

SO_GERICHTE VSBES.2018.32 vom 7. Dezember 2017

SO Obergericht, 2017-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.32

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.32 du 7 décembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.32 del 7 dicembre 2017

Erwägungen

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer eine volle Invalidenrente zuzusprechen.

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder

Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 7. Dezember 2017 ab, wobei als Entscheidungsgrundlage primär das polydisziplinäre Medas-Gutachten vom 9. März 2017 diene. Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt und das Gutachten sei in sämtlichen Fachbereichen ungenügend, unzuverlässig und nicht nachvollziehbar. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt aufgrund der ins Recht gelegten Akten darzulegen:

3.1 Aus dem Bericht des F.____, Neurologische Klinik, vom 8. September 2014 gehen folgende Diagnosen hervor: «Schmerzen und Raynaud-Syndrom Hände beidseits unklarer Ätiologie, DD: Thrombangitis obliterans, peripher arterielle Verschlusskrankheit, Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis, RF: langjähriger Nikotinabusus; arterielle Hypertonie». Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient berichte, dass er seit ca. 3 Jahren Schmerzen der Finger III bis V mit Ausstrahlung in den Unterarm links habe, welche vor allem am Morgen bestünden und aktuell in den letzten Monaten stark zugenommen hätten. Zudem habe er aktuell auch an der rechten Hand Dig. II bis V solche Beschwerden. Bei der Arbeit habe er teilweise überhaupt keine Kraft in den Händen und er lasse gelegentlich auch Dinge aus den Händen fallen. Auffallend sei, dass er stets am Morgen violett-weisslich verfärbte Finger habe, welche dann auch sehr steif seien. Trotz dem Tragen von Handschuhen hielten diese Verfärbungen jeweils über Stunden an. Bei Kälte im Winter seien diese Beschwerden noch viel ausgeprägter. Er habe eine Handgelenksschiene links getragen, welche eigentlich nur wenig geholfen habe. Nachts erwache er gelegentlich auch aufgrund der Schmerzen. Er habe keine Physiotherapie besucht und ansonsten keine Beschwerden. Er rauche ca. 10 bis 12 Zigaretten pro Tag seit sehr vielen Jahren. Er arbeite seit 37 Jahren in der gleichen Firma mit Spritzgranulat, wozu er jeweils eine Pistole in der Hand halten müsse. Er halte die Pistole abwechselnd mal links und mal rechts. Er sei nun zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben seit Juli 2014. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, weder in der

klinischen Untersuchung noch in den elektrophysiologischen Abklärungen bestünden Hinweise für eine periphere Nervenschädigung. Insbesondere seien keine Hinweise für ein Karpaltunnelsyndrom oder ein Sulcus ulnaris Syndrom ersichtlich. Somit könne man die beklagten Beschwerden keiner neurologischen Ursache zuordnen. Da der Patient über eine Raynaud-Symptomatik klagt und seit Jahren ein Nikotinabusus bestehe, müsste insbesondere auch an eine Thrombangitis obliterans gedacht werden oder allenfalls an eine peripher arterielle Verschlusskrankheit. Atypisch wären allerdings die fehlenden Beschwerden an den Füßen beidseits. Zudem müsste differenzialdiagnostisch auch an eine rheumatologische Erkrankung gedacht werden (IV-Nr. 7.4 S. 14 f.).

3.2 Dem Bericht des G.____, Medizinische Klinik Abteilung Angiologie, vom 2. Oktober 2014 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Raynaud-Syndrom der oberen Extremitäten beidseits, e.a. sekundär i.R. rheumatologischer Grunderkrankung; 2. PAVK der oberen Extremitäten beidseits Stadium I, Duplex 02.10.14: allgemeine leichtgradige Wandsklerose, keine Stenosen, keine Grossgefässvaskulitis; 3. Arterielle Hypertonie; 4. Adipositas». Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient klagt über eine rezidivierende dunkelviolette Verfärbung im Bereich der Fingerkuppen beider Hände, auf welche eine Abblassung der Finger folge. Die Symptomatik trete vor allem bei kälteren Aussentemperaturen auf und bestehe seit etwa drei Jahren. Seit Juli 2014 sei die Symptomatik noch deutlich stärker geworden und neuerdings klagt der Patient dann auch über Schmerzen im Bereich der Finger. Nach einer Wärmeexposition komme es zu einer Regredienz der Symptomatik. An den Füßen habe er keinerlei Probleme. Der Patient arbeite an einer Stanzmaschine («Pistole»), hierbei sei ihm in letzter Zeit eine Schwäche im Bereich der Arme aufgefallen. In dieser Form liege ein erstmaliges Ereignis vor. Bis dato habe es keine thromboembolischen Ereignisse in der Vorgeschichte und keine Voroperationen am Gefässsystem der oberen Extremitäten gegeben. Als kardiovaskuläres Risikoprofil seien der anhaltende Nikotinkonsum (aktuell 1 Pack/Tag, kumuliert ca. 25 py) sowie die arterielle Hypertonie zu nennen. Unter dem Titel «Beurteilung und Prozedere» wurde angegeben, bei der aktuellen Standortbestimmung habe man messtechnisch und sonographisch keine Hinweise für eine relevante Stenose entlang der grossen Arterien bis zum Handgelenk beidseits gefunden. Aufgrund der Klinik und der Anamnese bestehe das klassische Vollbild eines Raynaud-Syndroms. Es mache den Anschein, dass an beiden Händen hauptsächlich der Zeige-, Mittel- und Ringfinger betroffen seien. Als Differenzialdiagnose komme eine vermehrte Vasospastizität im Rahmen einer rheumatologischen Grunderkrankung in Frage (Sklerodermie), zum anderen wäre aber auch eine periphere Mikroembolisation denkbar; die letztere Differenzialdiagnose sei jedoch eher unwahrscheinlich (IV-Nr. 7.4 S. 16 ff.).

3.3 Im Bericht des G.____ vom 31. Oktober 2014 wurde angegeben, in der Kapillarmikroskopie vom 29. Oktober 2014 seien von den untersuchten Fingern (Dig II – V beider Hände) die Zeige- und Mittelfinger beidseits nicht verwertbar wegen zu starker mechanisch bedingter Vernarbungen. Am Ringfinger und kleinen Finger finde sich beidseits eine unauffällige Kapillardichte, allerdings beidseits mit deutlicher Häufung von Makrokapillaren, welche meist auch stark torquiert und elongiert seien. Zur Beurteilung wurde ausgeführt, bei der aktuellen Kapillarmikroskopie habe man beidseits deutlich gehäufte Megakapillaren gefunden, was als Hinweis auf eine allfällige rheumatologische Grunderkrankung gewertet werden könne. In der Labordiagnostik habe man deutlich erhöhte Titer von antinukleären Antikörpern gefunden, was ebenfalls für einen autoimmunen Prozess spreche. Der Patient sei den Kollegen der rheumatologischen Klinik zur konsiliarischen Beurteilung zuzuweisen. Eine Nachkontrolle sei hier vorerst nicht

vorgesehen (IV-Nr. 7.4 S. 13). 3.4 Laut dem Bericht des F.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 17. November 2014 wurde die bisherige Diagnostik bei schmerzhaftem Raynaud-Symptom und pathologischer Kapillarmikroskopie mit einer weiteren Serologie ergänzt. Zudem erfolge eine Standortbestimmung mittels Lungenfunktion inklusive Diffusionsmessung sowie eine Herzechuntersuchung zum Ausschluss einer Perikarditis oder Kinetikstörung. Symptomatisch sei dem Patienten Nitro Salbe (2 %) verordnet worden, welche ausschliesslich an den Händen anzuwenden sei. Des Weiteren werde eine alternative antihypertensive Therapie mit Adalat 20 mg aufgrund der peripheren Gefässerweiterung empfohlen. Sodann sei der Patient zur Ergotherapie für ein Paraffin Bad aufgeboten worden. Dem Patienten sei dringend empfohlen worden, den Nikotinkonsum zu sistieren (IV-Nr. 7.4 S. 11 f.). 3.5 Dem Bericht des F.____, Rheumatologische Klinik, vom 5. Dezember 2014 kann unter dem Titel «Zwischenanamnese und Beurteilung» entnommen werden, in der Konsultation vom 4. Dezember 2014 habe der Patient keine wesentliche Besserung auf Nitro-Gel tropisch angegeben. Bisher sei noch kein Besuch beim Hausarzt erfolgt, wie dies mit dem Patienten besprochen worden sei. Die Befunde, welche für eine Kollagenose, am ehesten im Sinne eines beginnenden systemischen Lupus erythematoses, sprächen, seien mit dem Patienten besprochen worden (IV-Nr. 7.4 S. 9 f.). 3.6 Am 7. September 2015 wurde der Beschwerdeführer im H.____ am rechten Handgelenk operiert (Ganglionexzision Handgelenk rechts dorsal). Laut Bericht vom 11. September 2015 bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorerst für zwei Wochen bis zur Fadenentfernung, eventuell erfolge eine Verlängerung je nach Beschwerden (IV-Nr. 7.4 S. 5 f.). 3.7 Aus dem Bericht des I.____, Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, vom 23. Oktober 2015 gehen folgende Diagnosen hervor: «1. Undifferenzierte Konnektivitis, Klinische Präsentation: Raynaud-Syndrom, Kapillarmikroskopie 10/2014: Häufung von Makrokapillaren, ANA 1 : 1280, RNP/Sm-Komplex 131 (positiv), Anti-Sm 33 (positiv), Saxon-Test normwertig, Schirmer-Test positiv, Sonographie Hände 23.10.15: keine Synovitiden, Kapillarmikroskopie 22.10.15: vereinbar mit Konnektivitis, Anamnestisch vorangehende Abklärungen Kantonsspital [...] (ICD-10: M35.9); 2. PAVK der oberen Extremitäten beidseits Stadium 1, Duplex 10/2014: leichtgradige Wandsklerose, keine Stenosen, keine Grossgefässvaskulitis, Kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Adipositas, Nikotin». Als Nebendiagnosen wurden ein Status nach Zervikobrachialgie links bei Dysfunktion intervertebral, ein Status nach leukozystoklastischer Vaskulitis (Nifedipin-induziert) 02/2015 sowie ein Status nach Handgelenksoperation rechts 09/2015 (anamnestisch Zystenentfernung) angegeben. Die Beurteilung lautete dahingehend, beim Patienten bestehe eine Raynaud-Symptomatik mit im F.____ bereits vor einem Jahr positiv gemessenen ANA (1 : 640) und Verdacht auf eine undifferenzierte Konnektivitis. Labormässig sowie klinisch könne man die undifferenzierte Konnektivitis bestätigen. Einzige und vordergründige Präsentation sei die Raynaud-Symptomatik, weshalb eine genaue Einteilung zur Zeit nicht möglich sei. Zwecks Perfusions-Verbesserung habe man nochmals einen Kalzium-Antagonisten (Amlodipin) rezeptiert. Auf die Therapie mit Nifedipin habe der Patient vor einem Jahr mit einer leukozytoplastischen Vaskulitis reagiert. Die Lokalthherapie mit Nitro-Gel könne unverändert weitergeführt werden. Die aktuelle Kapillarmikroskopie zeige unspezifische Veränderungen, welche jedoch mit einer Konnektivitis vereinbar seien. Da sich aktuell sonografisch keine Synovialitiden zeigten, sehe man vorerst von einer Therapie mit Plaquenil ab. Mit dem Patienten sei eine strikte

Kälteschutzprophylaxe besprochen worden, wobei hier bereits in [...] via Ergotherapie eine Kälteschutzberatung etabliert worden sei (IV-Nr. 22).

3.8 Im Bericht des F.____, Klinik für Chirurgie, Traumatologie, vom 21. März 2016 wurde die Hauptdiagnose «akuter Wadenschmerz rechts aufgetreten am 11.03.16» angegeben. Es wurde ausgeführt, der Patient sei am 11. März 2016 zum Bus gerannt, wobei es zu einem akuten Wadenschmerz rechts gekommen sei. Er äussere noch Schmerzen, könne aber das Bein normal belasten. Klinisch bestehe der Verdacht auf einen Muskelabriss. Es werde eine Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden empfohlen. Eine Vollbelastung sei erlaubt. Bei regredientem Verlauf oder persistierenden Schmerzen könne der Patient jederzeit erneut zugewiesen werden (IV-Nr. 42 S. 51 f.).

3.9 Gemäss dem Bericht des H.____, HNO-Klinik, vom 18. Juli 2016 bestehen folgende Hauptdiagnosen: «1. Polyposis nasi et sinuum, mit Antrochoanalpolypen beidseits, mit multiplen Zahngranulomen beidseits; 2. Cerumen obturans beidseits». Zum Verlauf wurde angegeben, es sei zwischenzeitlich eine Bildgebung durchgeführt worden. Im CT der Nasennebenhöhlen zeige sich die linke Kieferhöhle stärker betroffen als die rechte. Linksseitig sei auch ein ossärer Defekt zu sehen im posterioren Bereich des Kieferhöhlenbodens. Es bestünden mehrere Zahngranulome und zusätzlich auch Verschattungen ethmoidal und der Stirnhöhle linksseitig. Im Anschluss sei eine Biopsie in LA auf der linken Seite durchgeführt worden. Hier zeige sich histologisch der Nachweis eines Polypen ohne Hinweis auf maligne Veränderungen. Es werde vermutet, dass zunächst die Behandlung der Zahngranulome erfolgen sollte und im Anschluss die Nasennebenhöhlenoperation. Der Patient sei informiert, dass eine erhöhte Fistelgefahr zwischen Kieferhöhle und Mundhöhle auf der linken Seite bestehe bei ossärem Defekt (IV-Nr. 42 S. 28 f.).

3.10 Aus dem Bericht des I.____, Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie, vom 3. August 2016 geht hervor, anamnestisch sei der Patient vom Hausarzt während 3 Monaten zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seine Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen wahrscheinlich verbessert werden. Der Patient berichte über eine seit zwei Jahren bestehende bläuliche Verfärbung im Bereich der Fingerkuppen bei Kälte. Ebenfalls beschreibe er brennende Schmerzen zu diesem Zeitpunkt. Ein weissliches Abblassen der Finger könne nicht bestätigt werden. Im Weiteren beschreibe der Patient Schmerzen im Bereich der Finger- und Ellenbogengelenke beidseits. Es seien keine Schwellungen vorhanden. Es bestünden bewegungsabhängige Schmerzen. Eine Morgensteifigkeit bestehe nicht. Der Allgemeinzustand sei gut und es bestehe weder ein Krankheitsgefühl noch eine Müdigkeitszunahme. Die Raynaud-Symptomatik habe weder auf Plaquenil noch bei ergotherapeutischen Behandlungen vor einem Jahr einen Effekt gezeigt. Der Patient werde im F.____ rheumatologisch betreut. Sodann werde er medikamentös behandelt, ebenfalls sei im Oktober 2005 eine Kälteschutzberatung durch die Ergotherapie veranlasst worden. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, zur Auswirkung der gesundheitlichen Störung bei der bisherigen Tätigkeit sei festzuhalten, dass bei Kälteexposition Schmerzen im Bereich der Hände und Finger beidseits vorhanden seien, was zu einer verminderten Belastung der betroffenen Gelenke führe, ebenfalls zu einer verminderten Wundheilung. Wenn die bisherige Tätigkeit unter Kältebedingungen ausgeübt werde, bestehe sicherlich eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Ein ausreichender Kälteschutz verbessere die Arbeitsfähigkeit durch Verminderung von Raynaud-Phänomenen bzw. von Finger- und Handgelenkschmerzen. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten zuzumuten. Dabei müsse es sich um eine Tätigkeit handeln, bei welcher der Patient nicht der Kälte ausgesetzt sei. Er habe bei der letzten Konsultation ebenfalls über Arthralgien geklagt, obwohl damals keine

Arthritiden gefunden worden seien. Diesbezüglich müsste mit dem behandelnden Rheumatologen Kontakt aufgenommen werden (IV-Nr. 40). 3.11 Im Bericht des Hausarztes med. prakt. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin, vom 29. August 2016 wurde der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär bezeichnet. Zu therapeutischen Massnahmen bzw. zur Prognose wurde festgehalten, aktuell sei der Patient in Abklärung, welche Arbeit für ihn noch machbar sei. Da die Problematik beide Hände betreffe und bislang eine Besserung der Beschwerden nicht absehbar sei, sei arbeitstechnisch von einer eher schlechten Prognose auszugehen. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde vermerkt, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr vorstellbar, da beide Hände betroffen seien. Andere Tätigkeiten seien ihm jedoch zuzumuten. Um welche es sich handeln könnte, werde abgeklärt. Es sei nur eine geringe Belastung der Hände möglich. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, da der Patient wegen des schlechten Greifens viel Zeit benötige (IV-Nr. 42 S. 1 ff.). 3.12 Dem polydisziplinären Gutachten der E.____, vom 9. März 2017 (IV-Nr. 51.1) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer am 13. Dezember 2016 internistisch (Dr. med. J.____, Innere Medizin & Endokrinologie/Diabetologie FMH), am 14. Dezember 2016 rheumatologisch (Dr. med. K.____, Facharzt FMH Rheumatologie), am 15. Dezember 2016 angiologisch (Dr. med. L.____, FA Innere Medizin/Angiologie FMH) und am 14. Dezember 2016 psychiatrisch (Dr. med. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) untersucht und begutachtet wurde. Die Schlussbesprechung fand am 24. Februar 2017 mit Dr. med. J.____ sowie Dr. med. N.____, Rheumatologie FMH, Chefarzt E.____, statt, wobei diese auf einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachleute beruhte. Die Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «Undifferenzierte Konnektivitis (Erstmanifestation 2011, Erstdiagnose 11/2014), mit sekundärer Raynaud-Symptomatik an den Fingern II – V beidseits, seit kurzem auch an den Zehen, bei teilweise rarefizierten, torquierten und elongierten Makrokapillaren (kapillarmikroskopisch), positivem Schirmer-Test, leukozytoklastischer Vaskulitis (01/2015), positiver Immunserologie (antinukleäre Antikörper, RNP/Sm-Komplex 131, Anti-Sm 33), Absenz von morphologisch fassbarer arterieller oder venöser Durchblutungsstörung an den oberen Extremitäten, persistierendem Nikotinabusus (ICD-10 F17.25; 10 bis 15 Zigaretten pro Tag, 20 pack years); Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links, bei Segmentdegeneration zwischen dem 1. und 2., dem 4. und 5. und dem 5. Lumbal- und 1. Sakralwirbel, mit dortigen Chondrosen, kleinen, nicht-neurokompressiven Diskusalterationen zwischen dem 4. und 5. und dem 5. Lumbal- und 1. Sakralwirbel, Status nach lumbalem Morbus Scheuermann; Symptomtisches dorsales Rezidiv-Handgelenkganglion rechts, bei Status nach dortiger Ganglienexzision 09/2015». Die weiteren gestellten Diagnosen (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41]; arterielle Hypertonie, wahrscheinlich «essentiell», seit 1995 behandelt, unter Therapie aktuell normalisiert; Polyposis nasi et sinuum mit antrochoanal Polypen beidseits, bei multiplen Zahngranulomen und ossärem Defekt im Kieferhöhlenboden links) verursachen nach den gutachterlichen Angaben keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, haben aber Krankheitswert. Als Nebenbefunde wurden Übergewicht (167.5 cm/78 kg, Body Mass Index 27.8), Hypermetropie (Brille), ein Lückengebiss, Dyslipidämie bei leichter Erhöhung von LDL-Cholesterin und atherogenem Index, ein hoher Verdacht auf eine Inguinalhernie links, ein Hämorrhoidalleiden (anamnestisch) sowie ein Status nach laparoskopischer Cholezystektomie (1998), nach arthroskopischer Teilmeniskektomie am linken Knie medial

(2011), nach Rissquetschwunde am rechten Mittelfinger distal (Arbeitsunfall, 2014), nach Ausschluss eines Verdachts auf ein Karpaltunnelsyndrom (2014), nach Diagnose eines Raynaud-Syndroms an den oberen Extremitäten unklarer Ätiologie (2014), nach Operation eines Ganglions am dorsalen Handgelenk rechts (2015), nach Muskelfaserriss in der rechten Wade beim Spurt auf den Bus mit fünfwöchiger Arbeitsunfähigkeit (2016) und nach Diagnose eines Antrochoanalpolypen in der Nase (2016) angegeben. Die zusammenfassende Beurteilung lautete im Wesentlichen wie folgt: beim 57-jährigen, verheirateten und zuletzt als Sandstrahler tätig gewesenen Exploranden seien im Jahr 2013 bei der Arbeit zunehmende Schmerzen an seinen Händen aufgetreten. Deswegen habe er diese Tätigkeit aufgeben müssen (letzter Arbeitstag: 16. August 2015); der Arbeitgeber habe das Arbeitsverhältnis auf den 31. Mai 2016 aufgelöst. Ein geplanter 5-wöchiger Wiedereingliederungsversuch im März 2016 sei vorzeitig gescheitert. Seither habe er keine ausserhäusliche Berufstätigkeit mehr ausüben können. Subjektiv klagt der Explorand in erster Linie über zunehmende Missempfindungen an den Fingerspitzen beider Hände, wie wenn er dort mit tausend Nadeln gestochen würde, stets symmetrisch und vor allem nachts, weswegen er jede Nacht drei- bis viermal aufstehen und die Hände und Arme «ausschütteln» müsse. Die Finger würden dabei in Flexionsstellung gezogen, verfärbten sich in Richtung Dunkelviolett und fühlten sich kalt an. Diese Beschwerden stünden in engem Zusammenhang mit der Aussentemperatur. Im Winter müsse er stets warme Handschuhe tragen, im Sommer gehe es besser. Die zehn Zigaretten pro Tag hätten nach der Auffassung des Exploranden keinen Einfluss, hingegen das Tragen einer schweren Tasche mit «Abschnürung» der Finger, welche dann aber eher weiss würden. Am besten dagegen wirke Wärme; Salben und Medikamente hätten nichts genützt. Im Weiteren wurde ausgeführt, das zweitwichtigste Gesundheitsproblem seien seit dem Jahr 2010 stark fluktuierende Kreuzschmerzen mit «Blockade» im September 2016, als im Magnetresonanztomogramm eine Diskushernie zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel entdeckt worden sei, von wo die Schmerzen bis zum linken Knie ausgestrahlt hätten, sodass der Explorand kaum mehr drei Kilo habe heben, sich nicht mehr habe bücken oder kauern und längstens noch eine Stunde habe sitzen oder gehen können. Seine dritte Klage habe ständigen wässrigen Schnupfen mit dem Gefühl einer «verstopften» Nase seit etwa einem Jahr betroffen und seine vierte Klage seit etwa drei Monaten kalte Zehen mit ähnlichem «Einschlafgefühl» wie bei den Fingern. Der Explorand halte sich für invalid, weil er seine Hände nicht mehr normal gebrauchen könne. Objektiv habe der etwas übergewichtige Explorand altersentsprechend und etwas besorgt gewirkt, aber nicht depressiv. Er habe mit normal lauter Stimme fast ausschliesslich italienisch mit hier und da einem Wort Deutsch gesprochen. Es bestehe ein Integument mit unbeschwielen Händen und, im geheizten Untersuchungszimmer, kühlen, leicht zyanotischen Fingerendgliedern und einem Rezidiv-Ganglion am rechten dorsalen Handgelenk, welches stark berührungsempfindlich sei und ein Neurinom vermuten lasse. Es sei eine leichte Varikose am linken distalen Oberschenkel medial vorhanden, sodann bestehe eine Druck- und Klopfdolenz der Wirbelsäule auf der Höhe des 4. und 5. Lendenwirbels mit sofortigem Ausweichen sowie über dem linken Beckenkamm und dem rechten Trochanter maior. Die aktive Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bezüglich Seitneigung nach rechts sei mehr vermindert als nach links. Beim Armschwingen gebe der Explorand Schmerzen im 4. und 5. Lendenwirbel an, beim Fersenfall im linken Beckenkamm. Es bestehe eine Hypermetropie (Brille). Die Atmung durch das rechte Nasenloch sei etwas behindert. Es bestehe ein Lückengebiss. Die Arteriae tibiales posteriores seien nicht palpabel. Es seien

leichte Bronchitiszeichen bei der Lungenauskultation vorhanden. Der Verdacht auf eine Inguinalhernie links sei hoch. Die restliche Untersuchung inklusive Neurostatus mit Ausnahme von leichtem, inkonstantem, wechselseitigem Hinken sei unauffällig. Im Labor seien sämtliche Routine-Werte unauffällig, das LDL-Cholesterin und der atherogene Index seien – bei leicht erniedrigtem HDL-Cholesterin – allerdings leicht erhöht und die GBT an der obersten Normgrenze. Sodann wurde angegeben, der Angiologe diagnostiziere eine Raynaud-Symptomatik an den Fingern II – V beidseits bei undifferenzierter Konnektivitis mit positiven antinukleären Antikörpern und Makrokapillaren in der Kapillarmikroskopie bei persistierendem Nikotinkonsum und (behandelter) arterieller Hypertonie und veranschlage die Arbeitsunfähigkeit (unter Voraussetzung eines geeigneten Kälteschutzes) generell auf 0 % der Norm, auch als Sandstrahler. Zur rheumatologischen Begutachtung wurde dargelegt, der Rheumatologe fasse seine eigenen und die auswärtigen Befunde unter dem Oberbegriff einer undifferenzierten Konnektivitis mit sekundärem Raynaud-Syndrom zusammen, finde zudem ein degenerativ bedingtes lumbospondylogenes Syndrom bei einem Status nach lumbalem Morbus Scheuermann und des Weiteren ein symptomatisches dorsales Rezidiv-Ganglion am rechten Handgelenk; er attestiere aus seinem Blickwinkel eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Sandstrahler, für Tätigkeiten mit Exposition an feucht-kühler Witterung oder solche mit Kontakt zu kalten Gegenständen, für körperliche Schwerarbeit sowie solche mit ausgeprägt rückenbelastenden Arbeitspositionen respektive stehender oder sitzender Zwangshaltung und – momentan – auch für kraftaufwändige Verrichtungen mit der rechten Hand, währenddem sämtliche körperlich leichten und mittelschweren Verweistätigkeiten ohne Kälteexposition und die andern obgenannten Kautelen voll zumutbar seien. Schliesslich wurde zur psychiatrischen Begutachtung vermerkt, der Psychiater komme zum Schluss, dass eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege, welche in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, für die zuletzt im August 2015 ausgeübte Tätigkeit als Sandstrahler werde die Arbeitsfähigkeit auf 0 % der Norm eingeschätzt, vor allem aus rheumatologischen, weniger aus angiologischen Gründen. Zur Arbeitsfähigkeit bei einer anderen Tätigkeit wurde angegeben, das Vorerwähnte gelte ebenso für jegliche körperliche Schwerarbeit, währenddem körperlich leichte und mittelschwere Verweistätigkeiten vollzeitig zumutbar seien, jedoch mit folgenden Kautelen: Keine Exposition an kalt-feuchte Witterung oder Kälte ohne geeigneten Kälteschutz, kein Hantieren mit kalten Gegenständen, keine rückenbelastenden Arbeitspositionen oder solche in stehenden oder sitzenden Zwangshaltungen sowie – momentan – keine kraftaufwändigen Verrichtungen mit der rechten Hand. Zu den Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen wurde schliesslich Folgendes angegeben: Nikotin-Stopp (alle Gutachter, mit Nachdruck); geeigneter Kälteschutz, Weiterführen der peroralen und perkutanen Therapie mit Kalziumantagonisten diskutabel, da subjektiv kein Nutzen (cf. angiologisches Teilgutachten); halbjährliche rheumatologische Kontrollen am Zentrum (Inselspital), Gewichtsreduktion, adäquate Schmerztherapie, Intensivierung der aktiven Physiotherapie mit Kräftigung der Rumpfmuskulatur und Instruktion der «Rückenschule», Reoperation des Handgelenk-Ganglions (cf. rheumatologisches Teilgutachten); Weiterführen der Therapie mit 10 mg Amlodipin pro Tag, da dieses nicht nur zur peripheren Vasodilatation, sondern zugleich zur Hypertoniebehandlung diene; adäquate Therapie der Probleme im otorhinolaryngologischen und odontologischen Bereich (Hauptgutachter). Als berufliche Massnahme wurde die Mithilfe bei der Suche nach einer

adaptierten Stelle angegeben. Sodann wurde festgestellt, für eine leidensangepasste Verweistätigkeit habe bis jetzt nie eine langdauernde, unbehandelbare und irreversible Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Prognose sei ungewiss, hauptsächlich von der Weiterentwicklung/Ausbreitung der Konnektivitis abhängig (IV-Nr. 51.1).

3.13 RAD-Arzt Dr. med. O.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 fest, das Medas-Gutachten vom 9. März 2017 sei nachvollziehbar und schlüssig. In der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % ab August 2016 (rheumatologisches Gutachten, S. 11). In einer Verweistätigkeit bestehe eine durchgehende Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 57 S. 2 ff.).

3.14 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich Dr. med. O.____ in seiner Stellungnahme vom 21. September 2017 noch dahingehend, der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bemängle die Untersuchungen und Beurteilungen der Gutachter ohne neue fachärztliche Berichte, sondern aufgrund seiner eigenen Überlegungen zu einer ausgesprochen speziellen, fachärztlich zu beurteilenden Diagnose einer Konnektivitis. Seine Überlegungen könnten die detailliert erhobenen angiologischen (inklusive ausführliche apparative Kapillarmessungen), rheumatologischen und psychiatrischen Befunde nicht in Frage stellen, auch nicht die logischen Schlussfolgerungen der Gutachter. Das Gutachten komme zu einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit gemäss einem Zumutbarkeitsprofil, das sehr wohl die Beschwerden des Versicherten (dominant in den Fingern, weniger auch in den Füßen und im Rücken) gebührend berücksichtige (warme Umgebung, nicht rückenbelastend und nicht in stehender oder sitzender Zwangshaltung). Zu beachten sei ferner die chronische Schmerzstörung, welche der Rechtsvertreter nicht erwähne, die aber das gesamte Beschwerdebild funktionell, d.h. nicht organisch verstärke. Und schliesslich dürfe auch auf die Schadenminderungspflicht des Versicherten hingewiesen werden, der einen fortgesetzten Nikotinabusus betreibe, was beim Raynaud-Syndrom absolut verboten sei. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 65 S. 2).

4. 4.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle P.____ vom 9. März 2017 auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Angiologie», «Rheumatologie», und «Psychiatrie» beruht. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die gestellten Fragen im Rahmen einer gesamthaften Betrachtung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen beantwortet. Das Gesamtgutachten sowie die Teilgutachten tragen die Unterschriften aller beteiligten Gutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

4.2 Aufgrund ihrer eingehenden fachärztlichen Untersuchungen vom Dezember 2016 und der Schlussbesprechung vom 24. Februar 2017 kommen die Gutachter nach erarbeitetem Konsensfindungsprozess zum Schluss, aufgrund der undifferenzierten Konnektivitis, dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom links sowie dem symptomatischen dorsalen Rezidiv-Handgelenksganglion rechts bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als

Sandstrahler vor allem aus rheumatologischen, weniger aus angiologischen Gründen keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies gelte auch für jegliche körperliche Schwerarbeit. Körperlich leichte und mittelschwere Verweistätigkeiten sind nach den gutachterlichen Angaben jedoch vollumfänglich zumutbar, wobei folgende Kautelen zu beachten sind: Keine Exposition an kalt-feuchte Witterung oder Kälte ohne geeigneten Kälteschutz, kein Hantieren mit kalten Gegenständen, keine rückenbelastenden Arbeitspositionen oder solche in stehenden oder sitzenden Zwangshaltungen sowie – aktuell – keine kraftaufwändigen Verrichtungen mit der rechten Hand. Zu den Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wird von sämtlichen Gutachtern mit Nachdruck auf einen Nikotinstopp hingewiesen. Im Weiteren sei auf einen geeigneten Kälteschutz zu achten und es seien halbjährliche rheumatologische Kontrollen, eine Gewichtsreduktion, eine adäquate Schmerztherapie, eine Intensivierung der aktiven Physiotherapie mit Kräftigung der Rumpfmuskulatur und eine Reoperation des Handgelenk-Ganglions durchzuführen. Die Gutachter weisen schliesslich ausdrücklich darauf hin, für eine leidensangepasste Verweistätigkeit habe bis jetzt nie eine langdauernde, unbehandelbare und irreversible Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-Nr. 51.1 S. 20 ff.).

4.3 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt und seine massgebende Arbeitsunfähigkeit fehlerhaft ermittelt worden. So sei das angiologische Teilgutachten von Dr. med. L.____ vom 15. Dezember 2016 unzuverlässig und zu knapp ausgefallen. Es bestehe lediglich aus 5 Seiten (inkl. Anamnesen und Zusammenfassung der relevanten Akten) und die eigentliche Beurteilung ergehe in 5 Sätzen und setze sich mit den Beschwerden des Beschwerdeführers ungenügend bzw. gar nicht auseinander. Insbesondere werde der Zusammenhang der undifferenzierten Kollagenose (undifferenzierte Konnektivitis) und der Raynaud-Symptomatik nicht beschrieben, sondern lediglich festgestellt. Im Weiteren blieben die Beschwerden an den Zehen ebenfalls unberücksichtigt. Die Aussage, wonach der Beschwerdeführer im angestammten Beruf als Sandstrahler zu 100 % arbeitsfähig sei, könne nicht richtig sein. Denn die ständigen Schläge verursachten nur noch eine weitere Verletzung der Schlagadern in den Handballen bzw. die bereits bestehenden Verletzungen verschlimmerten sich noch. Ferner berücksichtige das angiologische Gutachten die negativen Auswirkungen von emotionalen Einflüssen wie Stress, Hektik und innere Anspannung auf die Raynaud-Symptomatik mit keinem Wort. Es sei als unvollständige und unbrauchbare Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu betrachten (vgl. Beschwerde, S. 6 ff.).

4.3.1 Die vom Beschwerdeführer erhobene Kritik am angiologischen Gutachten vermag nicht zu überzeugen. Der angiologische Gutachter Dr. med. L.____ stützte sich bei seiner Begutachtung auf die Ergebnisse der Untersuchung in seiner Praxis vom 15. Dezember 2016, welche im Beisein eines Dolmetschers durchgeführt wurde, sowie auf die verschiedenen Unterlagen der Medas (Dr. med. J.____). Dr. med. L.____ stellte eine angiologische Diagnose (Raynaud-Symptomatik an den Fingern II bis V beidseits bei undifferenzierter Konnektivitis mit ANA Positivität und Makrokapillaren in der Kapillarmikroskopie), nahm eine problemorientierte Anamnese vor, gab die aktuellen Beschwerden des Exploranden wieder und machte Angaben über die aktuelle Medikation sowie die soziale Anamnese. Im Weiteren gab er die erhobenen Befunde, insbesondere auch die Pulstast- und Dopplerdruckbefunde, wieder, machte Angaben zur Oszillographie am Unterarm und an den Fingern I bis V beidseits und führte die Untersuchungsergebnisse (Duplex Scan inkl. Farbdoppler des oberflächlichen und tiefen Armvenensystems beidseits; Duplex Scan inkl. Farbdoppler der Arteria subclavia und der Arterien beidseits; bidirektionaler Doppler an den Fingerarterien proximal medial wie lateral beidseits) auf.

Ferner nahm er seine Beurteilung vor, gab eine Therapieempfehlung ab und äusserte sich zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Exploranden (vgl. IV-Nr. 51.5). Dieses fünfseitige Teilgutachten enthält die erforderlichen Angaben und es ist nicht ersichtlich, weshalb es nach Auffassung des Beschwerdeführers zu knapp ausgefallen sein soll. Sein Einwand, die Beurteilung setze sich mit den Beschwerden ungenügend bzw. gar nicht auseinander, geht fehl. So wurden die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers (praktisch dauernd brennende Schmerzen und Kribbeln an den Fingerkuppen II bis V beidseits sowie an den Unter- und Oberarmen ventral beidseits, weisse oder blauviolette Fingerkuppen II bis V bei kaltem Wetter oder beim Tragen von Taschen, Kraftlosigkeit und Steifigkeit in den Händen, zunehmend auch kalte Füsse und Zehen ohne Verfärbung, aktuell starke Schmerzen lumbal) angegeben (vgl. S. 3 des Teilgutachtens) und berücksichtigt, wobei im Rahmen der Beurteilung (auf S. 5) darauf hingewiesen wurde, die Raynaud Symptomatik an den Fingern II bis V beidseits sei sekundärer Genese bei undifferenzierter Kollagenose, Hinweise für Fingerarterienverschlüsse, für einen Morbus Winiwarter-Bürger oder für eine Grossgefässvaskulitis könne man aktuell nicht finden und es bestehe eine Neigung zu Spastizität der Fingerarterien vor allem bei Kälteexposition. Die vom Patienten angegebenen, meist dauernd bestehenden brennenden Schmerzen an den Fingerkuppen II bis V und an den Armen ventralseits beidseits liessen sich vaskulär nicht erklären (IV-Nr. 51.1 S. 5). Mit dieser Beurteilung setzte sich der angiologische Gutachter im Rahmen seines Teilgutachtens genügend mit den Beschwerden des Beschwerdeführers auseinander. Weshalb eine weitergehende Beschreibung des Zusammenhangs zwischen der undifferenzierten Kollagenose und der Raynaud-Symptomatik erforderlich sein soll, ist unklar und wird auch vom Beschwerdeführer nicht näher erläutert.

4.3.2 Indem der Gutachter sodann auf die zunehmend kalten Füsse und Zehen ohne Verfärbung hinwies (vgl. S. 3 des Teilgutachtens) und in der problemorientierten Anamnese vermerkte, es bestünden keine Beschwerden an den Füssen (vgl. S. 2 des Teilgutachtens), wurde auch diese neu aufgetretene Symptomatik in die Beurteilung miteinbezogen. Dass dieser Auffälligkeit vom Facharzt keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beigemessen und der Beschwerdeführer aus angiologischer Sicht für angepasste Arbeiten jeglicher Art als vollumfänglich arbeitsfähig eingestuft wurde, vermag den Beweiswert des Medas-Gutachtens nicht zu relativieren. So steht die Einschätzung des Angiologen in Übereinstimmung mit der Beurteilung des rheumatologischen Teilgutachters, Dr. med. K.____, der hinsichtlich des Raynaud Syndroms ebenfalls ausführte, aktuell im Vordergrund stünden für den Exploranden Beschwerden seitens seines klinisch deutlich erkennbaren Raynaud-Syndroms an den Fingern II bis V beidseits; die von ihm ebenfalls angegebene, in den letzten drei Monaten aufgetretene Raynaud-Symptomatik im Bereich der Zehen beider Füsse sei von geringerer Ausprägung. Klinisch sei zum Zeitpunkt der Untersuchung an den Zehen keine Abblassung bzw. livide Verfärbung erkennbar (IV-Nr. 51.4 S. 9). Dementsprechend wurde auch vom rheumatologischen Gutachter eine arbeitsrelevante Problematik in der Kälteempfindlichkeit mit Raynaud-Symptomatik ausschliesslich im Bereich der Finger II bis V beidseits gesehen (vgl. IV-Nr. 51.4 S. 11). Die Raynaud-Symptomatik in den Füssen wurde demnach von beiden Teilgutachtern übereinstimmend beurteilt.

4.3.3 Der Einwand des Beschwerdeführers, er könne im angestammten Beruf als Sandstrahler nicht zu 100 % arbeitsfähig sein, wird damit begründet, die ständigen Schläge verursachten nur noch eine weitere Verletzung der Schlagadern in den Handballen bzw. solche bereits vorhandenen Verletzungen verschlimmerten sich noch. Dabei verweist er auf einen Bericht des Ratgebers der

Deutschen Gesellschaft für Angiologie (1. Aufl., April 2011, S. 10), wonach dauerhafte physikalische Einwirkungen auf die Hände ein Raynaud-Phänomen hervorrufen können. Darunter fielen besonders Vibrationen, die bei der Arbeit mit Kettensägen, Bohrhämmern oder Pressluftschraubern auf die Hände übertragen werden. Berufsgruppen wie KFZ-Mechaniker, Steinmetze oder Gussputzer seien betroffen. Wenn Hände wie ein Werkzeug (z.B. Hammer) eingesetzt werden, könne eine Schlagader im Handballen verletzt werden (IV-Nr. 61 S. 13). Ob die Hände des Beschwerdeführers in seiner bisherigen Tätigkeit als Sandstrahler tatsächlich solchen Belastungen ausgesetzt waren, ist nicht ersichtlich. Nach den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin wird für das Halten der Strahlpistole in den Händen zwar viel Kraft benötigt und ebenso ist ein gewisser Kraftaufwand im Bereich der Schultern nötig, um die Strahldüse führen zu können (vgl. IV-Nr. 12 S. 7), von «ständigen Schlägen» auf die Hände, welche angeblich eine Verletzung der Schlagadern in den Handballen bzw. eine Verschlimmerung solcher Verletzung verursachen, ist in den Akten jedoch nirgends die Rede. Im Rahmen der rheumatologischen Teilbegutachtung gab der Beschwerdeführer an, er habe die Spritzpistole jeweils vier Stunden in der rechten und dann vier Stunden in der linken Hand gehalten. Bei dieser Arbeit habe er meist Handschuhe getragen. Beim Sandstrahlen habe die Spritzpistole stark vibriert und sei unter einem Druck von 4 bar gestanden (IV-Nr. 51.4 S. 2). Demnach ist es vorstellbar, dass die dauernden Vibrationen das Auftreten des Raynaud-Syndroms an den Händen zumindest begünstigt haben könnten. Zu beachten ist jedoch, dass dieser Umstand zur Ermittlung des IV-Grades hier nicht relevant ist, attestiert doch der angiologische Gutachter eine vollständige Arbeitsfähigkeit auch in jeder anderen (angepassten) Tätigkeit. 4.3.4 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, dem vorerwähnten Ratgeber könne (auf S. 20 ff.) entnommen werden, dass Stress, Hektik oder innere Anspannung sich negativ auf die Blutgefäße auswirkten; diese Auswirkungen seien von erheblicher Bedeutung (IV-Nr. 61 S. 16; vgl. auch Deutsches Ärzteblatt, Heft 49, S. 39, IV-Nr. 61 S. 20). Je nach Stress- und Anspannungsempfinden, welches mit jedem Wechsel einer gewöhnlichen Tätigkeit stets verbunden sei, begünstigten oder verschlimmerten solche emotionalen Effekte das Raynaud-Syndrom. Aus der problemorientierten Anamnese des angiologischen Gutachtens geht jedoch hervor, dass das Raynaud-Syndrom beim Beschwerdeführer seit etwa fünf Jahren vor allem bei Kälteexposition und beim Tragen von Lasten in Form einer Blauverfärbung oder Abblässen bis Weissverfärbung der Fingerkuppen II bis V beidseits auftritt. Nach einer Wärmeexposition stelle sich eine Regredienz der Symptomatik ein (IV-Nr. 51.5 S. 2). Bei den Angaben zu den aktuellen Beschwerden wurde darauf hingewiesen, es seien praktisch dauernd brennende Schmerzen und ein Kribbeln in den Fingerkuppen II bis V beidseits sowie an den Unter- und Oberarmen ventral beidseits vorhanden. Oft seien die Beschwerden nachts ausgeprägter als tagsüber. In letzter Zeit bestehe vor allem morgens oft eine Kraftlosigkeit und Steifigkeit in den Händen (IV-Nr. 51.5 S. 3). Daraus ist zu schliessen, dass vor allem Kälteexpositionen und das Tragen von schweren Lasten vermieden werden sollten. Dass Stress, Hektik oder innere Anspannung, welche bei einem Stellenwechsel auftreten können, die Raynaud-Symptomatik des Beschwerdeführers theoretisch verschlimmern könnte, geht aus den vorliegenden ärztlichen Angaben nicht hervor. Demnach ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer auch unter Berücksichtigung der mit der Raynaud-Symptomatik einhergehenden Einschränkungen eine andere angepasste Tätigkeit durchaus zugemutet werden könnte. Mit seinem Einwand vermag er jedenfalls nicht darzulegen, dass sich der angiologische Gutachter bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit mit den bestehenden

Einschränkungen des Beschwerdeführers nur ungenügend auseinandergesetzt hätte. Das angiologische Gutachten kann deswegen nicht als unvollständig und/oder unbrauchbar qualifiziert werden. 4.4 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, auch das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. K. ___ vom 14. Dezember 2016 sei unvollständig und nicht nachvollziehbar. Dies wird damit begründet, die Auswirkungen einer weiteren, neben den Rückenschmerzen bestehenden rheumatologischen Diagnose der undifferenzierten Konnektivitis auf die Arbeitsfähigkeit blieben unberücksichtigt. Zwar fehle es in den Akten an den notwendigen kardiologischen, pneumologischen und dermatologischen Abklärungen, dies rechtfertige jedoch kein stillschweigendes Missachten der rheumatologischen Diagnose durch den Gutachter. Eine Konnektivitis (Entzündung des Bindegewebes) sei eine sehr schmerzhaft Krankheit, die erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könne (Beschwerde, S. 9 f.). Der rheumatologische Teilgutachter führte die Diagnose einer undifferenzierten Konnektivitis mit sekundärem Raynaud-Syndrom der Finger II bis V beidseits unter den rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (vgl. IV-Nr. 51.4 S. 7 Ziff. 4.1) und legte im Rahmen der Beurteilung dar, aufgrund der Raynaud-Symptomatik der Finger II bis V beidseits und der Polyarthralgie seien arbeitsrelevante Einschränkungen für berufliche Betätigungen mit Kälteexposition und manuell schwere Tätigkeiten abzuleiten (IV-Nr. 51.4 S. 10). Zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf führte er aus, bezüglich arbeitsrelevanter Problematik bestehe eine relevante Kälteempfindlichkeit mit Raynaud-Symptomatik im Bereich der Finger II bis V beidseits sowie eine Minderbelastbarkeit der Hand- und Fingergelenke und der Lendenwirbelsäule. Dem Exploranden könne man keine Tätigkeiten mit feucht-kühler Witterungsexposition, keine Tätigkeiten mit Kontakt zu kalten Gegenständen, keine körperlichen Schwerarbeiten, keine manuell schweren Verrichtungen und keine rückenbelastenden Arbeitspositionen zumuten. Zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit hielt der rheumatologische Gutachter fest, dem Exploranden seien jegliche körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten unter Beachtung der vorerwähnten Einschränkungen ganztags und ohne Leistungseinschränkung zuzumuten. Die leidensadaptierte Arbeitsfähigkeit sei auf 100 % zu schätzen. Zu den medizinischen Massnahmen äusserte er sich dahingehend, seitens der undifferenzierten Konnektivitis und des im Vordergrund stehenden Raynaud-Syndroms bestehe eine unbefriedigende Behandlung. Entgegen den Empfehlungen der Rheumaklinik des I. ___ hätten seit Oktober 2015 keine halbjährlichen rheumatologischen Kontrollen im Hinblick auf das weitere Procedere und einen möglichen Organbefall stattgefunden (IV-Nr. 51.4 S. 11 f.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nach dem Gesagten nicht behauptet werden, die Auswirkungen der undifferenzierten Konnektivitis auf die Arbeitsfähigkeit seien unberücksichtigt geblieben. Zur Festsetzung der Arbeits(un)fähigkeit wurden nicht nur die Rückenbeschwerden, sondern insbesondere auch die relevante Kälteempfindlichkeit mit Raynaud-Symptomatik im Bereich der Finger II bis V beidseits miteinbezogen. Von einem «stillschweigenden Missachten der rheumatologischen Diagnose» durch den Gutachter kann keine Rede sein. Die Diagnose der undifferenzierten Konnektivitis mit sekundärem Raynaud-Syndrom der Finger II bis V beidseits sowie eine Minderbelastbarkeit der Hand- und Fingergelenke sowie der Lendenwirbelsäule führten zur gutachterlichen Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Sandstrahler. Es besteht daher kein Anhaltspunkt, dass der massgebende Sachverhalt diesbezüglich ungenügend abgeklärt worden wäre. 4.5 Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, auch das innermedizinische und

endokrinologische Teilgutachten vom 9. März 2017 (Untersuchung vom 13. Dezember 2016) sei unbrauchbar. Auch in diesem Bereich seien die Auswirkungen der Konnektivitis auf die Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt geblieben (Beschwerde, S. 11). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. med. J. ___ im Rahmen der Befunderhebung im Wesentlichen ausführte, das Integument mit unbeschwielen Händen und kühlen Fingerendgliedern sei bei der Untersuchung im gut geheizten Raum nicht etwa weiss, sondern eher minim bläulich (IV-Nr. 51.1 S. 16 f.). In der zusammenfassenden Beurteilung wurde ebenfalls darauf hingewiesen, der Explorand klage subjektiv in erster Linie über zunehmende Missempfindungen an den Fingerspitzen beider Hände, wie wenn er dort mit tausend Nadeln gestochen würde. Die Finger seien dann in Flexionsstellung, verfärbten sich dunkelviolett und fühlten sich kalt an. Diese Beschwerden stünden in engem Zusammenhang mit der Aussentemperatur (IV-Nr. 51.1 S. 19). Nach dem Gesagten wurde die Konnektivitis auch bei der innermedizinischen Begutachtung – nebst den anderen Leiden – erwähnt, nach erfolgter Schlussbesprechung als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufgeführt und im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen. Der Umstand, dass die Festsetzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der innermedizinischen Begutachtung nicht zuerst separat (wie in den anderen Teilgutachten), sondern erst nach erfolgter Schlussbesprechung im Rahmen der Konklusion für alle Disziplinen vorgenommen wurde, vermag das innermedizinische Teilgutachten nicht in Frage zu stellen, zumal keine Widersprüche zwischen dem innermedizinischen und den anderen Teilgutachten ersichtlich sind. Dem Einwand, die Auswirkungen der Konnektivitis auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht berücksichtigt worden, kann nach dem Gesagten nicht gefolgt werden.

4.6 Zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M. ___ vom 19. Dezember 2016 lässt der Beschwerdeführer einwenden, darin seien die vom Bundesgericht neu aufgestellten Standardindikatoren für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Demnach sei das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers nicht beurteilt worden. Auch dies stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar, indem der massgebende Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei (Beschwerde, S. 12). Zunächst ist festzuhalten, dass der psychiatrische Teilgutachter die Begutachtung im Beisein einer Übersetzerin durchführte und sein Teilgutachten auf seinen eigenen Untersuchungen und Beobachtungen des Exploranden vom 14. Dezember 2016 und den ihm zur Verfügung gestellten Akten beruht. Dr. med. M. ___ konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hat nach seiner Einschätzung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Teilgutachter stellte fest, der Explorand sei bisher weder in psychiatrischer Behandlung gewesen noch sei er psychiatrisch beurteilt worden. Dementsprechend seien auch keine psychiatrischen Berichte in den Akten. Der psychiatrische Gutachter hielt im Weiteren fest, eine Aggravation oder gar Simulation könne ausgeschlossen werden. Es sei von einem tiefen Chronifizierungsgrad auszugehen. Im Weiteren führte er eine Indikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 durch, wobei Folgendes festgehalten wurde: Bei der Kategorie «funktioneller Schweregrad» wurde zum Komplex «Gesundheitsschädigung» angegeben, medizinisch-theoretisch seien die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) erfüllt. Der Referent schätze die psychische Mitbeteiligung bei der Genese der Handbeschwerden abgestützt auf die Anamneseerhebung und die Angaben des Exploranden als eher gering

ein. So verneine der Explorand u.a., dass die Schmerzen bei psychischer Belastung oder Nervosität zunehmen. Andererseits vermittele er während der Untersuchung immer wieder den Eindruck, dass er durch die Handbeschwerden stark verunsichert sei. Mehrmals erwähne er, dass die Arbeit für ihn sehr wichtig gewesen sei. Es sei möglich, dass bei der Schmerzgenese ängstliche Persönlichkeitsanteile eine Rolle spielten. So mache sich der Explorand grosse Sorgen, dass die Ärzte bisher nicht in der Lage gewesen seien, die Schmerzen aus somatischer Sicht genügend zu erklären. Gesicherte Aussagen zu einer allfälligen psychischen Mitbeteiligung seien erst im Arbeitskontext mit Verhaltensbeobachtungen möglich. Der provisorische Schlussbericht vom 23. Mai 2016 der D. ___ sei in Bezug auf eine psychische Mitbeteiligung der Schmerzgenese wenig aussagekräftig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Kontraindikation für weitere Arbeitsversuche oder Wiedereingliederungsmassnahmen in den ersten Arbeitsprozess in einer der psychophysischen Belastbarkeit angepassten Tätigkeit. Es sei von einem tiefen Chronifizierungsgrad auszugehen. Beim Exploranden finde man keine Anhaltspunkte für eine krankheitswertige psychiatrische Komorbidität. Im Weiteren gab der psychiatrische Gutachter zum Komplex «Persönlichkeit» an, abgestützt auf die Exploration und die medizinischen Akten finde man keine Anhaltspunkte, dass der Explorand unter einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung mit konsekutiver Einschränkung der Leistungsfähigkeit leide oder gelitten habe. Auch die Kriterien für eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur mit labilem Selbstwertgefühl, hohem Leistungsanspruch, Abhängigkeit von Lob von Dritten, Aggressionshemmung, Konfliktvermeidung, hohem Unabhängigkeitsbedürfnis und Dyslexiethymie, die u.a. pathognomonisch seien für Menschen, welche unter Disstress zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen neigten, seien beim Exploranden nicht erfüllt. Zum Komplex «sozialer Kontext» wurde vermerkt, der Explorand lebe zusammen mit seiner Ehefrau. Das soziale Aktivitätsniveau sei unauffällig. Er pflege Kontakte zu Kollegen und Freunden. Zur Kategorie «Konsistenz» wurde schliesslich angegeben, während der Untersuchung habe es keine Hinweise auf eine willentliche Verdeutlichung, Aggravation oder gar Simulation gegeben. Diese Beurteilung decke sich mit den medizinischen Akten. Der Tagesablauf, das geschilderte Aktivitätsniveau und die sozialen Kontakte seien konsistent mit den Befunden und kongruent mit der gestellten Diagnose. Der Explorand sei nach wie vor interessiert, erwerbstätig zu sein. Gestützt auf die medizinischen Akten bestehe beim Exploranden ein Leidensdruck. Abschliessend hielt der psychiatrische Gutachter zur Arbeitsfähigkeit fest, der Explorand sei in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Zurzeit sei beim Exploranden keine integrierte psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung indiziert (IV-Nr. 51.3 S. 8 ff.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann das oben wiedergegebene psychiatrische Teilgutachten nicht als ungenügend angesehen werden. Die vom Bundesgericht aufgestellten Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 wurden für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geprüft und das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers konnte aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden. Dabei kam der Experte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht vollumfänglich arbeitsfähig ist. Die Ausführungen des Gutachters können nachvollzogen werden und sind überzeugend. Auch bei der vorliegenden psychiatrischen Begutachtung wurde der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt. Eine durch die Beschwerdegegnerin begangene Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) ist nicht ersichtlich. 4.7 Die vorerwähnten Begutachtungsergebnisse werden auch nicht

durch andere vorliegende Arztberichte in ihrem Beweiswert relativiert. So wurde bereits im Bericht des I.____ vom 3. August 2016 angegeben, eine andere angepasste Tätigkeit, bei welcher der Patient nicht der Kälte ausgesetzt sei, sei zumutbar (vgl. E. II. 3.10 hiervor). Auch der Hausarzt, med. pract. C.____, stellte in seinem Bericht vom 29. August 2016 fest, die Zumutbarkeit einer anderen angepassten Tätigkeit sei grundsätzlich zu bejahen, wobei die Art der Tätigkeit abgeklärt werden müsse und nur eine geringe Belastung der Hände möglich sei; es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, da der Beschwerdeführer schlecht greifen könne (vgl. E. II. 3.11 hiervor). Sodann werden die Begutachtungsergebnisse der Medas-Gutachter auch durch den RAD-Arzt Dr. med. O.____ gestützt, wonach das Gutachten nachvollziehbar und schlüssig sei und aus medizinischer Sicht eine durchgehende vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe. Die Überlegungen des Beschwerdeführers bzw. seines Vertreters könnten die detailliert erhobenen angiologischen (inklusive ausführliche apparative Kapillarmessungen), rheumatologischen und psychiatrischen Befunde sowie die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht in Frage stellen. Die Beschwerden des Exploranden seien gebührend berücksichtigt worden. Zu beachten sei ferner die chronische Schmerzstörung, welche das gesamte Beschwerdebild nicht organisch, sondern funktionell verstärke. Schliesslich sei auch auf die Schadenminderungspflicht des Versicherten hinzuweisen, der einen fortgesetzten Nikotinabusus betreibe, was bei einem Raynaud-Syndrom absolut verboten sei (E. II. 3.13. und 3.14 hiervor; vgl. auch IV-Nr. 51.4 S. 12). Diesen überzeugenden Einschätzungen des RAD-Arztes ist beizupflichten.

E. 3

Eventualiter sei die Sache zur Neu Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 4

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei der unterzeichnende Anwalt als sein unentgeltlicher Vertreter einzusetzen.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, die Beschwerdegegnerin habe bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die nicht vorhandenen zumutbaren Einsatzmöglichkeiten nicht beachtet. Unbeachtet bleibe zunächst, dass das Anforderungsprofil für eine angepasste Tätigkeit derart eng sei, dass eine solche Arbeitsstelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gar nicht zu finden sei. Die aus medizinischer Sicht zumutbare Tätigkeit werde als eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende und nicht rückenbelastende Tätigkeit angegeben, welche zudem ohne häufig vorgeneigten oder abgedrehten Rumpf und ohne ausschliesslich stehende oder sitzende Zwangshaltung ausgeübt werden könne. Ferner dürfe der Beschwerdeführer weder einer Witterungsexposition ausgesetzt, noch in feucht-kühler Umgebung mit Kontakt zu kalten Gegenständen arbeiten. Im Weiteren dürfe er keine manuellen schweren Verrichtungen leisten; diese seien medizinisch unzumutbar. Sodann dürften persönlich unzumutbare Einsatzmöglichkeiten nicht berücksichtigt werden. Darunter fielen Überwachungs-, Prüf-, Sortier- und Kontrolltätigkeiten sowie die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten. Diese Einsatzmöglichkeiten erforderten einen (relativ hohen) Einsatz der oberen Extremitäten (Arme, Hände, Finger) sowie Konzentration und Aufmerksamkeit (mentale Belastbarkeit). Diese Anforderungen fehlten jedoch dem Beschwerdeführer wegen

der ständig präsenten Behinderung im Rücken- und Hände- sowie Fingerbereich. Ausserdem sei die mentale Belastbarkeit durch einen hohen Stressfaktor beeinträchtigt. Auch die mit jedem Tätigkeitswechsel verbundene Flexibilität erzeuge Stressfaktoren, sodass im Hinblick auf die verbliebene sechsjährige Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt (bis zum Eintritt ins AHV-Rentenalter) aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung die Arbeitsfähigkeit nicht umsetzbar sei. Der Beschwerdeführer finde keinen Arbeitgeber mehr, der ihn für eine geeignete Tätigkeit einstellen würde. Auch die Chancen hinsichtlich eines Nischenarbeitsplatzes seien vorliegend nicht gegeben. Es liege eine volle Erwerbsunfähigkeit vor (Beschwerde, S. 13 ff.).

5.2 Der ausgeglichene Arbeitsmarkt, welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zugrunde zu legen ist, ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_304/2018 vom 5. November 2018 E. 5.1.1, 8C_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2, 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.2.2, 9C_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, 8C_669/2013 vom 17. Januar 2014 E. 4.3.2 und 9C_124/2010 vom 21. September 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Art und Mass dessen, was einer versicherten Person an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach ihren besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch die versicherte Person ankommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_98/2014 vom

22. April 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

5.3 Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2018 (A.S. 29) zu Recht ausführt, unterliegen die dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten zwar somatisch begründeten qualitativen Einschränkungen, es kann jedoch nicht gesagt werden, dass die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet Arbeitsstellen, welche dem Anforderungsprofil des Beschwerdeführers gerecht werden und keine spezifische Ausbildung und auch keine speziell lange Einarbeitungszeit verlangen. Zu denken ist beispielsweise an serielle Bestückungsarbeiten, Kommissionieren und Rüstarbeiten, Bedienen von Maschinen, Bewachungstätigkeiten oder visuelle Endkontrollen (vgl. provisorischer Schlussbericht der D.____ vom 23. Mai 2016, S. 2; IV-Nr. 31). Dem Einwand des Beschwerdeführers, solche Einsatzmöglichkeiten erforderten einen (relativ hohen) Einsatz der oberen Extremitäten (Arme, Hände, Finger) sowie Konzentration und Aufmerksamkeit, was ihm wegen der ständigen Behinderung im Rücken-, Hände- und Fingerbereich und wegen des Stresses nicht mehr zuzumuten sei, kann nicht gefolgt werden.

5.4 Das fortgeschrittene Alter wird in der Rechtsprechung, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, das zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall war der am 2. Juli 1959 geborene Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt (9. März 2017) knapp 58 Jahre alt. Die verbleibende Aktivitätsdauer von rund 7 Jahren bis zum Eintritt des ordentlichen AHV-Rentenalters steht einer Verwertung der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht entgegen. Bei einem grundsätzlich noch bestehenden vollen Leistungsvermögen in einer angepassten Tätigkeit kann selbst unter Berücksichtigung einer gewissen Einarbeitungszeit nicht davon ausgegangen werden, dass eine Anstellung aus Sicht eines potentiellen Arbeitgebers von vornherein unwirtschaftlich wäre. Im Weiteren ist das ärztlich definierte Anforderungsprofil nicht derart eingeschränkt, dass es schlechterdings keine realistischen Einsatzmöglichkeiten gibt. Laut den Medas-Gutachtern ist der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich leichte und mittelschwere Verweistätigkeiten vollzeitlich auszuüben, wobei die Exposition an kalt-feuchte Witterung oder Kälte ohne geeigneten Kälteschutz, das Hantieren mit kalten Gegenständen, rückenbelastende Arbeitspositionen oder solche in stehenden oder sitzenden Zwangshaltungen sowie ■ aktuell ■ kraftaufwändige Verrichtungen mit der rechten Hand unzumutbar und daher zu vermeiden sind. Auch mit diesen qualitativen Einschränkungen verbleibt dem Beschwerdeführer noch ein hinreichend

grosses Tätigkeitsfeld. Auf Grund dessen und angesichts der relativ hohen Hürden, welche rechtsprechungsgemäss für die Annahme der Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen gelten, kann nicht gesagt werden, dass dem Beschwerdeführer zumutbare berufliche Aufgabenspektrum sei nur in so eingeschränkter Form möglich, dass es der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Zudem fehlen Hinweise, dass der Beschwerdeführer in seiner Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit massgeblich beeinträchtigt sein könnte. Es kann daher nicht von einem invalidenversicherungsrechtlich erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt ausgegangen werden. Dem Beschwerdeführer ist somit die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt trotz seines Alters zuzumuten (vgl. vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

6. Abschliessend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer gegen die Invaliditätsgradberechnung der Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben hat. Aufgrund der vorliegend ins Recht gelegten Akten bestehen denn auch keine Hinweise für eine fehlerhafte Festsetzung des IV-Grades. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Dezember 2017, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 17 % abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Der rechtserhebliche Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt. Es besteht daher kein Anlass, weitere medizinische und/oder berufliche Abklärungen zu veranlassen, da von weiteren Beweiserhebungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.