

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.33 vom 25. März 2019**

SO Obergericht, 2019-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.33\\_d20190325](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.33_d20190325)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.33 du 25 mars 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.33 del 25 marzo 2019

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 11. Dezember 2017 sei aufzuheben.

### **E. 2**

a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (Invalidenrente, berufliche Massnahmen) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei zu ergänzenden Sachverhaltsabklärungen medizinischer und beruflich-erwerbsbezogener Art an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. c) Subeventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen.

### **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen. Dabei sei zusätzlich eine Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen.

### **E. 4**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 3. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 24. April 2018 (A.S. 27 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht die Aktennotiz von Dr. med. G.\_\_\_\_, RAD, sowie den Protokolleintrag betreffend die berufliche Eingliederung, beide vom 24. April 2018, ein. 4. Mit Replik vom 19. Juni 2018 (A.S. 42 ff.) bzw. Duplik vom 11. Juli 2018 (A.S. 46) halten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest. 5. Die am 28. August 2018 durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote (A.S. 48 ff.) geht mit Verfügung vom 29. August 2018 (A.S. 53) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

### **E. 6**

6.1 Mit Vorladung vom 8. Januar 2019 (A.S. 54 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 25. März 2019, 14.00 Uhr, vorgeladen. Der Antrag des Beschwerdeführers auf eine Partei- und Zeugenbefragung wird abgewiesen. 6.2 An der öffentlichen Verhandlung vom 25. März 2019 (vgl. Protokoll, A.S. 59 f.) lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen eine Umschulung beantragen. Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 57 f.). 7. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen

(Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 11. Dezember 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). 3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222). 3.4 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). 4. 4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den

rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5. Da aufgrund der vorliegenden Rechtsbegehren der Umfang von Anfechtungs- und Streitgegenstand offenbar unklar ist, ist dieser zunächst zu bestimmen:

5.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414 mit Hinweisen). Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches – im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes – den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungs- und Streitgegenstand sind danach identisch, wenn die Verwaltungsverfügung insgesamt angefochten wird; bezieht sich demgegenüber die Beschwerde nur auf einzelne der durch

die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten – verfügungsweise festgelegten – Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand (BGE 125 V 413 E. 1b S. 414 i.V.m. E. 2a, 131 V 164 E. 2.1 S. 164 f.). 5.2 Da in jedem Fall nur das Dispositiv anfechtbar ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_246/2016 vom 31. August 2016 E. 3.1, 9C\_431/2018 vom 16. November 2018 E. 3.3), aber bei der Beurteilung der Frage, ob ein Verfügungsbestandteil zum Dispositiv oder zur Begründung (Motive) gehört, nicht ohne weiteres auf die textliche Gestaltung einer Verfügung abgestellt werden kann, sondern sich vielmehr entsprechend dem Verfügungsbegriff in Art. 5 Abs. 1 Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG, SR 172.021] die Prüfung aufdrängt, ob die fragliche Textstelle im Einzelfall zum Gegenstand hat: a. die Begründung, Änderung oder Aufhebung von Rechten oder Pflichten; b. die Feststellung des Bestehens, Nichtbestehens oder Umfanges von Rechten oder Pflichten; c. die Abweisung von Begehren auf Begründung, Änderung, Aufhebung oder Feststellung von Rechten oder Pflichten, oder das Nichteintreten auf solche Begehren. Trifft dies zu, so ist der Dispositivcharakter zu bejahen (BGE 115 V 416 E. 3b/aa S. 417; ZAK 1988 S. 42 E. 1b mit Hinweisen). 5.3 Die vorliegend streitige Verfügung vom 11. Dezember 2017 betrifft im Wesentlichen den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. So führt die Beschwerdegegnerin im Dispositiv aus, der Anspruch auf eine Invalidenrente werde abgewiesen (A.S. 1). Dazu gehört auch der in der Verfügungsbegründung ebenfalls enthaltene Einkommensvergleich. Somit kommt diesem ebenfalls Dispositivcharakter zu. 5.4 Anfechtungs- und auch Streitgegenstand bildet daher vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie die entsprechende bzw. dazugehörige Berechnung des IV-Grades. Der Beschwerdeführer macht geltend (A.S. 8 f.), es liege eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 61 lit. c ATSG sowie eine Verletzung des Rechts auf Beweis (Art. 8 Zivilgesetzbuch [ZGB, SR 210], Art. 6 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten [EMRK, SR 0.101]) vor. So habe die Beschwerdegegnerin zwar ein Belastbarkeitstraining organisiert, über den Rentenanspruch aber befunden, bevor die Firma H.\_\_\_\_ und die Eingliederungsfachperson überhaupt irgendwelche Einschätzungen zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers abgegeben hätten. Wie den Ausführungen unter E. I. 1.2 zu entnehmen ist, erweist sich die Darlegung des Beschwerdeführers dahingehend als korrekt, als die Beschwerdegegnerin vom 16. Oktober 2017 bis 15. Januar 2018 bei der Firma H.\_\_\_\_ ein Belastbarkeitstraining organisiert hat, aber dennoch bereits mit der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2017 – und somit vor Abschluss der entsprechenden beruflichen Massnahme – über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers entschieden hat. Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 24. April 2018 zutreffend ausführte (A.S. 28), ist es zulässig, dass über den Rentenanspruch befunden wird, bevor über berufliche Massnahmen entschieden worden ist, wenn der Invaliditätsgrad weniger als 40 % beträgt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_150/2012 vom 30. August 2012 E. 5.4). Da die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall einen Rentenanspruch von 20 % errechnet hat, erweist sich ihr Vorgehen, wonach sie vorgängig über die Rente verfügt hat, als rechtmässig. Die Beschwerdegegnerin wird – falls dies noch nicht geschehen sein sollte – über den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen noch zu entscheiden haben. Da die beruflichen Massnahmen im vorliegenden Fall nicht Anfechtungsgegenstand bilden, ist nicht auf diese einzutreten. 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom

11. Dezember 2017 (A.S. 1 f.) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant: 6.1 Im Bericht «Koronarangiographie mit Ventrikulographie, PTCA, Stentimplantation DES» vom 5. April 2015 (IV-Nr. 22.3 S. 15 ff.) hielt Prof. Dr. med. et phil. nat. I.\_\_\_\_, Chefarzt Kardiologie, E.\_\_\_\_, Kardiologie, folgende Diagnosen fest: Akuter inferoposterolateraler Myokardinfarkt (STEMI) – 40%ige Plaque RIVA mitte – funktioneller Verschluss RCA distal -> direkte Stentimplantation RCA/PLA (DES) und PTCA des RIVPO – Dissektion Stenteingang RCA distal -> direkte Stentimplantation (DES) – global normale systolische LV-Funktion mit inferoapikaler und posterolateraler Hypokinesie CvRf: Status nach Nikotinkonsum (10 py), Dyslipidämie Beurteilung: Die invasive Untersuchung zeige eine langstreckige, nicht-signifikante Stenose des mittleren RIVA und einen funktionellen Verschluss der distalen RCA unmittelbar vor der Bifurkation. Die RCA-Läsion sei die Ursache des aktuellen ST-Hebungsinfarkts und es sei die Plaqueruptur durch direkte Stentimplantation (beschichtet, DES) in die RCA zum PLA hin und Fenestration des RIVPO versorgt worden. Wegen einer Dissektion am Stenteingang habe zur Stabilisierung der Läsion ein zweiter Stent (DES) implantiert werden müssen. Die systolische LV-Funktion nach Revaskularisation der RCA sei global normal bei inferoapikaler und posterolateraler Hypokinesie. 6.2 Im Kurzbericht stationär vom 7. August 2015 hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzarzt, E.\_\_\_\_, Medizinisch-kardiologische Schwerpunktstation, aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 6. bis 7. August 2015 (IV-Nr. 15) durch Selbsteinweisung folgende Hauptdiagnose fest: 1. Belastungsabhängige Thoraxschmerzen 6. August 2015 koronar-ischämisch bei koronarer (2-Gefäss) und hypertensiver Kardiopathie – Koronarangiographie bei akutem inferoposterolateralem Myokardinfarkt (STEMI) April 2015 – 40%ige Plaque RIVA mitte – funktioneller Verschluss RCA distal -> direkte Stentimplantation RCA/PLA (DES) und PTCA des RIVPO – Dissektion Stenteingang RCA distal -> direkte Stentimplantation (DES) – TTE 10. April 2015: Konzentrischer linker Ventrikel mit normaler Dimension und linksventrikulärer Funktion (LVEF 60 %). Keine Regionalitäten. Keine Klappenvitien. Normale RV-Funktion. – a.e. im Rahmen einer belastungsinduzierten Extrasystolie – Ergometrie 7. August 2015: Max Last 170 W (Soll 200 W) leicht eingeschränkter Frequenzanstieg unter 25 mg Metoprolol. Ab 160 W polymorphe VES mit Bigemini mit Schwindel. Klinisch und elektrisch bezüglich Ischämie negativ. – CvRf: Nikotinkonsum (10 py). Dyslipidämie, OSAS, arterielle Hypertonie Prozedere: In Ergometrie belastungsinduzierte Bigemini, keine Hinweise auf ischämietypische Veränderung. Steigerung der Betablockertherapie auf 50 mg/d. Bei initial Hypertonie Steigerung der Lisinopriltherapie auf 5 mg/d. Regelmässige Blutdruckmessung, Wiedervorstellung in einer Woche der Praxis von Dr. med. K.\_\_\_\_ und allenfalls weitere Steigerung der ACE-Hemmerdosis. Verlaufskontrolle in kardiologischem Ambulatorium wie geplant im September 2015. Wiedervorstellung bei erneuten anhaltenden Thoraxschmerzen. 6.3 Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt im Bericht vom 7. Oktober 2015 (IV-Nr. 23.2 S. 10) einen «akuten infero-postero-lateralen Myokardinfarkt (STEMI) am 5. April 2015, pathologische Ergometrie am 24. August 2015 mit polymorphen, ventrikulären Extrasystolen und Schwindel, anhaltende Bigemini nach Abbruch der Belastung» fest. Verlauf: Langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit, da unklare Belastungsintoleranz. Der Beschwerdeführer werde diesbezüglich von den Kardiologen am E.\_\_\_\_ weiter abgeklärt, weil die Kontrollergometrie vom 24. August 2015 ventrikuläre Extrasystolen und Bigemini während und nach Belastung gezeigt hätten.

Aktuell sei der Beschwerdeführer noch zu 40 % arbeitsunfähig geschrieben, sobald die Kardiologen aber die Belastbarkeit des Herzens besser hinkriegen würden, werde die Arbeitsunfähigkeit weiter sinken, bzw. die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden können.

6.4 Im Bericht vom 6. November 2015 zur Polysomnographie und den Vigilanztests vom 3. / 4. November 2015 hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, Leiter Schlaflabor, L.\_\_\_\_, Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum, folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 20 S. 7 ff.): 1. Exzessive Tagesschläfrigkeit (ICD-10 G47.1) mit / bei – Verdacht auf idiopathische Hypersomnie / DD Narkolepsie Typ 2 (ICD-10 G47.4) – Verstärkte Aufwachreaktionen (Hyperarousals) – Keine Hinweise für ein Restless-Legs Syndrom oder eine Depression 2. Obstruktives Schlafapnoe Syndrom (ICD-10 G47.31) mit / bei – AHI initial 18/h (Rückenlage 30/h) – Auto-CPAP-Therapie Juni 2015, CPAP-Therapie seit dem 25. Juni 2015 3. Akuter inferoposterolateraler Myokardinfarkt (STEMI) 5. April 2015 bei ED KHK – Stenting (DES) RCA/PLA und PTCA des RIVPO; Stenting bei Dissektion Stenteingang RCA distal 5. April 2015 – Status nach postinterventionellem Leistenhämatom rechts – vRF: Nikotinkonsum 10 py, Dyslipidämie 4. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung ungeklärter Ätiologie mit / bei – Im Rahmen von Diagnose 1 Während sich in der Polysomnographie kein richtungsweisender Befund zeige und lediglich eine leicht erhöhte spontane Weckbarkeit beobachtet werden könne, sei die exzessive Tagesschläfrigkeit eindrücklich. Auch im Wachhaltetest gelinge es dem Beschwerdeführer nicht, sich wach zu halten. Diese exzessive Schläfrigkeit erkläre sich weder durch die Hyperarousals alleine, noch durch eine Schlafapnoe oder Insomnie infolge Restless-Legs Syndrom. Die obstruktive Schlafapnoe sei durch die CPAP-Therapie mit fixem Druck suffizient eingestellt. Insgesamt müsse von einer idiopathischen Hypersomnie ausgegangen werden, wohingegen bei der «klassischen» Narkolepsie neben SOREM auch eine Störung der Schlafstruktur an sich postuliert werden müsste. Die Mindestanforderungen für das Lenken von Fahrzeugen der Klasse 3 sei nicht gegeben. Prozedere: Die exzessive Schläfrigkeit erkläre auch die kognitive Beeinträchtigung im Sinne einer Einschränkung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der exzessiven Tagesschläfrigkeit nicht vollumfänglich gegeben (Arbeitsfähigkeit von maximal 75 %, Leistung von maximal 60 %, wahrscheinlich eher tiefer). Die Indikation zum Einsatz von Stimulanzien sei gegeben, wobei aufgrund der Kardiopathie zunächst stimulierende Antidepressiva versucht würden. Es sei Cymbalta in einer Dosierung von 30 mg rezeptiert worden, mit Dosissteigerung nach zwei bis drei Wochen auf 60 mg. Der Beschwerdeführer werde zu einer pupillographischen Kontrolle hinsichtlich Tagesschläfrigkeit zur Einschätzung der Notwendigkeit einer Verlängerung des Fahrverbotes noch im Dezember dieses Jahres aufgeboten.

6.5 Aufgrund der MRT des linken Kniegelenks vom 17. November 2015 (IV-Nr. 64.2 S. 17) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Radiologie, N.\_\_\_\_, folgende Beurteilung fest: Diffuse Signalanhebung des Innenmeniskus mit allenfalls leichter Läsion im Hinterhorn Grad IIIb. Keine instabile Läsion des Aussenmeniskus, zarte Läsion der Aussenmeniskusspitze an der Pars intermedia. Kein freier Gelenkkörper und kein nennenswerter Erguss. Reizzustand am Tractus iliotibiale: Klinisches Korrelat für Runners Knee?

6.6 Aufgrund des am 27. November 2015 durchgeführten MRI der HWS gab Dr. med. O.\_\_\_\_, Radiologie, P.\_\_\_\_, folgende Beurteilung ab (IV-Nr. 64.2 S. 15): Bestätigung einer kleinen, paramedian rechtsseitigen Diskushernie C5/6 mit leichter Einengung des Recessus lateralis und des Foramen intervertebrale C5/6 rechts und mit möglicher Nervenwurzelreizung C6 rechts.

6.7 Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Klinikdirektor und Chefarzt, Dr. med. R.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. S.\_\_\_\_, Stv. Oberarzt, T.\_\_\_\_,

Universitätsklinik für Neurochirurgie, hielten im Bericht vom 10. Dezember 2015 (IV-Nr. 22.3 S. 7 ff.) folgende Diagnosen fest: 1. Koronare Herzkrankheit – Akuter inferioposteriorer Myokardinfarkt (STEMI) am 5. April 2015 – Koronarangiographie 5. April 2015 40%ige Plaque RIVA Mitte; funktioneller Verschluss RCA distal -> direkte Stentimplantation RCA/PLA (DES) und PTCA des RIVPO; Dissektion Stenteingang RCA distal -> direkte Stentimplantation (DES); global normale syst. LV-Funktion mit infero-apikaler und posterolateraler Hypokinesie – TEE 10. April 2015: Konzentrisch hypertropher linker Ventrikel mit normaler Dimension und links ventrikulärer Funktion (EF 60 %). Keine Regionalitäten. Keine Klappenvitien. Normale RV-Dimension und Funktion. – Ergometrie vom 15. September 2015: Klinisch und elektrisch negativ. Gute körperliche Leistungsfähigkeit. Unter Belastung passagerer ventrikulärer Bigeminus. – Ergometrie vom 9. Oktober 2015: Klinisch und elektrisch negativ. Gute körperliche Leistungsfähigkeit. Unter Belastung passagerer ventrikulärer Bigeminus. – Holter-EKG vom 8. / 9. Oktober 2015: Sinusrhythmus. Selten isolierte polymorphe ventrikuläre Extrasystolen. Kein Vorhofflimmern. – cvRf: Seit Ereignis sistierter Nikotinkonsum (10 py), Dyslipidämie, arterielle Hypertonie Status nach Leistenhämatom rechts nach Koronarangiographie bei Diagnose 1 2. Aktuell: Zervikobrachialgiformes Schmerzsyndrom C6 rechtsseitig mit / bei: – Paramediane Diskushenie HWK5/6 rechtsseitig mit Tangierung der C6-Wurzel rechtsseitig Nebendiagnosen 1. Status nach Rippenfraktur rechts 2. Status nach Hämorrhoiden- und Hämangiomentfernung der Bauchdecke am Oberbauch links 3. Status nach Varizenentfernung 4. Neu diagnostiziertes Schlaf-Apnoe-Syndrom – unter CPAP-Therapie seit 12. Juni 2015 Beurteilung: Aufgrund der aktuellen Klinik ohne sensomotorische Defizite mit korrelierendem bildgebendem Befund werde von einem operativen Eingriff abgesehen, ebenso bei aktuell bestehender Doppel-Aggregation. Procedere: Es werde ein konservatives Vorgehen mit analgetischer Therapie und Beginn von physiotherapeutischen Massnahmen vorgeschlagen. Der Beschwerdeführer werde in drei Wochen erneut nachkontrolliert. Bis dahin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.8 Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Dr. med. U.\_\_\_\_, Spitalfacharzt, und Dr. med. V.\_\_\_\_, Assistenzärztin, T.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Neurochirurgie, führten im Bericht vom 6. Januar 2016 (IV-Nr. 22.3 S. 22 ff.) nebst den bereits im Bericht vom 10. Dezember 2015 festgestellten Diagnosen (vgl. E. II. 6.7 hiervor), welche hier als «Nebendiagnosen» aufgeführt werden, die Folgenden auf: Zervikobrachialgiformes Schmerzsyndrom C6 rechtsseitig mit / bei – Paramediane Diskushenie HWK5/6 rechtsseitig mit Tangierung der C6-Wurzel rechtsseitig Beurteilung: Aufgrund der aktuellen Klinik ohne sensomotorische Defizite mit jedoch bildmorphologischem Korrelat der zervikobrachialgiformen Schmerzen entsprechend dem Dermatome C6, bestehe eine relative Operationsindikation. Der Leidensdruck des Beschwerdeführers sei recht hoch. Da der Beschwerdeführer wegen obengenannter kardialer Vorbelastung unter einer Doppelthrombozytenaggregationshemmenden Medikation noch bis April 2016 stehe (ASS 100 mg / Eifent 10 mg), sei das aktuelle Operationsrisiko erhöht. Aus diesem Grund sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden, zunächst eine Infiltration der Nervenwurzel C6 rechtsseitig durchführen zu lassen.

6.9 Dr. med. D.\_\_\_\_ bestätigte im neurologischen Sprechstundenbericht vom 20. Januar 2016 (IV-Nr. 20 S. 5 f.) die bereits im Bericht vom 6. November 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) gestellten Diagnosen. Es sei mit dem Beschwerdeführer die Situation besprochen worden und es werde ein Kostengutsprache gesuch für Modasomil an die Krankenkasse gerichtet, wobei im Falle der Zusicherung der Kostenübernahme aufgrund des stattgehabten Myokardinfarkts sicherlich

sehr niedrig dosiert begonnen und die Dosis nur langsam gesteigert werden sollte. Hierunter sei sicherlich auch eine umfassende kardiologische Kontrolluntersuchung (Februar bis März 2016) sinnvoll, um allfällige unerwünschte Nebenwirkungen, insbesondere Rhythmusstörungen, zu erfassen. Insgesamt gehöre das Modasomil zu denjenigen Stimulantien, die im geringsten Umfang kardiale Auswirkungen hätten und wo primär Rhythmusstörungen in den Vordergrund treten könnten. Mit Zusicherung der Kostenübernahme für das Modasomil würde bereits auch eine Pupillographie unter Modasomil geplant, dies im Hinblick auf die Fahreignung, um möglichst rasch erfassen zu können, ob der Effekt dieser bedarfsweise einsetzbaren Medikation ausreichend sei, um auch am Steuer wach zu bleiben. Bis dahin müsse das Fahrverbot weiterhin rigoros aufrechterhalten werden, was bisher nicht unbedingt der Fall gewesen sei.

Dementsprechend sei der Beschwerdeführer nochmals an seine Eigenverantwortung und an mögliche Konsequenzen hinsichtlich Versicherung erinnert worden. 6.10 Im Bericht vom 8. März 2016 (IV-Nr. 19) hielten PD Dr. med. W.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. X.\_\_\_\_, Oberärztin, T.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, folgende Diagnosen fest: 1. Cervikobrachialgieforme Schmerzen rechts mit / bei: – paramediane Diskushernie C5/6 rechtsseitig mit Tangierung der C6-Wurzel 2. Nebendiagnosen: KHK mit / bei: – Status nach STEMI 5. April 2015 (duale Thrombozytenaggregationshemmung mit Efient und Aspirin bis Ende April 2016) – Obstruktives Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Therapie seit Juni 2015 – Exzessive Tagesschläfrigkeit mit / bei: – Verdacht auf idiopathische Hypersomnie – Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung ungeklärter Ätiologie im Rahmen der vorangehenden Nebendiagnose Beurteilung: Zusammengefasst sähen sie einen Beschwerdeführer, der seit Ende November 2015 an cervikobrachialgieformen Schmerzen rechtsseitig leide. Initial seien der Schmerz und das korrespondierende Parästhesiegebiet im Bereich des Dermatoms C6 bis zum Unterarm reichend gewesen. Über die letzten drei Monate zeichne sich eine deutliche Regredienz ab mit Fokussierung der Schmerzproblematik auf den cervikalen Bereich rechts mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten lateralen Oberarm. Die in der rechten Handfläche bestehenden Kribbelparästhesien schienen untypisch für eine radikuläre Komponente. Die Genese sei aktuell unklar. Bei Status nach STEMI mit folgender dualer Thrombozytenaggregationshemmung bis Ende April 2016 könne aktuell die erwünschte gezielte C6-Infiltration rechts nicht durchgeführt werden, was bereits mit Erhalt der Zuweisung rückgemeldet worden sei. Bezüglich einer chirurgischen Intervention sei eine «relative Operationsindikation» gestellt worden. Diese Option sei gemäss dem Beschwerdeführer nicht abschliessend diskutiert worden und er stehe dieser aktuell eher zurückhaltend gegenüber. Procedere: Je nach klinischem Verlauf werde am 12. Mai 2016 eine sonographiegesteuerte extraforaminale C6-Wurzelinfiltration geplant. Das Ende der Efient-Therapie sei seitens der betreuenden Kardiologen am E.\_\_\_\_ auf Ende April festgesetzt worden und das erforderliche Zeitintervall zwischen dem Ende der Therapie und einer möglichen Infiltration mit 10 Tagen werde hierbei eingehalten. Der Beschwerdeführer werde die bestehende Dafalgan-Therapie auf Wirksamkeit testen und bei Wirkungslosigkeit beenden. Die vorbestehende NSAR-Therapie mit Optifen 4 x 600 mg werde er ebenfalls auf Wirksamkeit testen. Unabhängig davon werde eine Reduktion resp. ein Ausschleichen bei ungünstigem kardialen Nebenwirkungsprofil favorisiert. Weiterführung der Novalgin-Therapie nach einem fixen Schema 4 x 1 g. Es werde mit dem Akutschmerzmedikament Palexia 50 mg mit max. 4 x pro Tag begonnen. Der Effekt werde evaluiert werden. Eine konservative Therapieoption sei die TENS-Therapie. Hierbei sei der

Beschwerdeführer aktuell zurückhaltend; könne sich jederzeit für eine Instruktion des Geräts mit Leihgabe melden. Nach Rücksprache mit Dr. med. V.\_\_\_\_ werde eine erneute Physiotherapie zum Ausgleich der muskulären cervikalen Dysbalance, Detonisierung der Muskulatur, Förderung der Beweglichkeit und Anleitung zu Heimübungen rezeptiert. 6.11 Im Arztbericht vom 14. April 2016 (IV-Nr. 20 S. 1 ff.) hielt das E.\_\_\_\_, Schlafmedizin, (ohne Angabe eines Arztes) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Exzessive Tagesschläfrigkeit (ICD-10 G47.1) mit / bei, seit April 2015 – Verdacht auf idiopathische Hypersomnie / DD Narkolepsie Typ 2 (ICD-10 G47.4) – Verstärkte Aufwachreaktionen (Hyperarousals) – Keine Hinweise für ein Restless-Legs Syndrom oder eine Depression 2. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung ungeklärter Ätiologie mit / bei – Im Rahmen von Diagnose 1, DD bei möglicher zerebraler Minderperfusion unter Reanimation bei Diagnose 3 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: 3. Akuter inferoposterolateraler Myokardinfarkt (STEMI) 5. April 2015 bei ED KHK, seit April 2015 – Stenting (DES) RCA/PLA und PTCA des RIVPO; Stenting bei Dissektion Stenteingang RCA distal 5. April 2015 – Status nach postinterventionellem Leistenhämatom rechts – vRF: Nikotinkonsum 10 py, Dyslipidämie 4. Obstruktives Schlafapnoe Syndrom (ICD-10 G47.31) mit / bei – AHI initial 18/h (Rückenlage 30/h) – Auto-CPAP-Therapie Juni 2015, CPAP-Therapie seit dem 25. Juni 2015 In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiter sei der Beschwerdeführer vom 5. April bis 31. August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig und seit dem 1. September 2015 bis auf weiteres zu mindestens 25 % arbeitsunfähig als Autolackierer. Er habe wegen der Fahrunfähigkeit vom Aussendienst wieder zu seinem gelernten Beruf gewechselt. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Eine exzessive Tagesschläfrigkeit sei vergleichbar mit einem alkoholisierten Zustand (1 - 1.5 ‰!), indem eine starke Verlangsamung von Denkprozessen, eine verminderte Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit bestehe, wohingegen das formale Denken nicht gestört sei. Das Schlafbedürfnis sei erhöht und die Gesamtarbeitsbelastbarkeit reduziert. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer noch zumutbar. Die derzeitige Arbeit als Autolackierer sei aufgrund einer Tätigkeit in stehender Position besser geeignet als eine solche im Sitzen. Das Lenken von motorisierten Fahrzeugen sei weiterhin nicht gestattet und dementsprechend sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Aussendienst nicht zumutbar. Eine Arbeitszeit von sechs Stunden pro Tag an fünf Arbeitstagen sei zumutbar. Die reduzierte Leistungsfähigkeit könne durch Pausen etwas verbessert werden, so dass auch längere Präsenzzeiten (z.B. 6,5 Stunden) zumutbar seien. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Bei körperlich anstrengenden oder monotonen Arbeiten bestehe eine raschere Ermüdbarkeit, Ablenkbarkeit und verminderte Konzentrationsfähigkeit mit Fehlerhäufung. Kurze Arbeitsunterbrüche mit Bewegungsübungen oder (sofern möglich) ein Power-Nap seien ideal, um die Leistungsfähigkeit über den ganzen Tag aufrecht zu erhalten und könnten u.U. in Form einer längeren Präsenzzeit zur Arbeitszeit hinzugerechnet werden. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Dies bei gutem Ansprechen auf Stimulanzen, wobei gewisse Einschränkungen aufgrund des stattgehabten schweren Myokardinfarktes bestünden. Dem Beschwerdeführer seien auch andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei sei Folgendes zu beachten: Am besten Wechseltätigkeiten mit Vermeidung von längeren «statischen» Arbeitspositionen und monotonen Tätigkeiten (kein langes Sitzen vor einem Bildschirm, keine Fliessbandtätigkeit, etc.). Möglichkeit für kurze

Pausen und idealerweise einem Mittagsschläfchen. Keine Bedienung von gefährlichen Maschinen. Kein Lenken von Fahrzeugen. Solche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer sicher sechs Stunden an fünf Arbeitstagen zumutbar. Dabei bestehe auch eine verminderte Leistungsfähigkeit (s. oben). Eine Reevaluation der Situation in einem Jahr sei angezeigt. Es sei sowohl eine Verbesserung wie auch eine Verschlechterung infolge Erschöpfung bei Überforderung (Fehleinschätzung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit) möglich. 6.12 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 20. Mai 2016 (IV-Nr. 32) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom 6. November 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) festgestellten Diagnosen. Beurteilung und Prozedere: Aufgrund der deutlichen Besserung der Pupillographie könne nun die Fahreignung für Fahrzeuge der (neuen) Klasse 1 unter der Auflage des Verbots von Nacht-Fahrten, einer Fahrdauer von maximal 45 min. und der Einnahme von Modasomil an Tagen, wo das Fahrzeug gelenkt werde, wieder gutgeheissen werden. Im Hinblick auf die Veränderung der Mindestanforderungen im Rahmen der verkehrsmedizinischen Beurteilung aufgrund des neuen Gesetz-Paketes Via Sicura werde der Beschwerdeführer Ende Jahr für eine umfassende Vigilanz-Testung aufgeboten. Dies erneut unter Medikation mit Modasomil. Danach wären bei Erfüllung der Mindestanforderung Verlaufskontrollen mindestens alle zwei Jahre erforderlich. 6.13 Dr. med. Y.\_\_\_\_, Spitalfacharzt, und Dr. med. X.\_\_\_\_, T.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, bestätigten im Bericht vom 31. Mai 2016 (IV-Nr. 23 S. 1 f.) die bereits im Bericht vom 8. März 2016 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen. Verlauf: Der Beschwerdeführer stelle sich im Beisein seiner Ehefrau wie besprochen nach dem Absetzen der kardiologisch indizierten Efiend-Therapie nach einem Zeitintervall von zwei Monaten wieder vor. Es sei währenddessen zu einer weiteren deutlichen Verbesserung der Schmerzproblematik gekommen. Der Schmerzfokus sei im Bereich des rechten lateralen Halses lokalisiert, die Ausstrahlung reiche nur noch bis zur Schulter. Die Schmerzintensität sei von initial NRS 6 - 9 regredient auf NRS 5 - 6 (Skala 0 - 10). Der Beschwerdeführer habe nach dem Erstkonsultationsgespräch am 3. März 2016 seine Basis-Analgesie mit Dafalgan, Optifen und Sirdalud bei geringer analgetischer Wirkung beendet, Novalgin sei mit 2 - 3 g/Tag weiter eingenommen worden. Es sei mit dem Opioid Palexia Filmtablette 50 mg bis max. 4 x täglich mit gutem analgetischem Effekt begonnen worden, um eine intensive Physiotherapie zu ermöglichen. Diese sei in den letzten Wochen regelmässig (durch Hausarzt rezeptiert) durchgeführt worden, wovon der Beschwerdeführer sehr profitiert habe. Obwohl sich die Schmerzsymptomatik deutlich verbessert habe, bestehe weiterhin die Indikation für eine extraforaminale Wurzelinfiltration C6 rechts, was sonographiekontrolliert problemlos habe durchgeführt werden können. Direkt postinterventionell habe der Lokalanästhesieeffekt mit Analgesie und Thermhypästhesie im Dermatome C6 nachgewiesen werden können. In der Nachkontrolle zeige sich ein weiterhin stabiler schmerzreduzierter Verlauf. Es bestünden keine Dauerschmerzen mehr, lediglich punktuell bestehe ein lokaler Schmerzreiz am lateralen Hals mit NRS 3. Dieser trete meist gegen Abend auf und sei teilweise durch die Rotation des Kopfes nach rechts provozierbar. Die erzielte Schmerzreduktion führe zu einer deutlichen Verbesserung seines Nachtschlafes und seiner Lebensqualität, sodass der Beschwerdeführer seine Schmerzmedikamente nur noch bedarfsweise nehme. Eine Wiederholung dieser Infiltration wäre im Sinne eines Boostereffekts empfehlenswert. Diesbezüglich sei der Beschwerdeführer aktuell zurückhaltend und wünsche auch keine weitere schmerzmedikamentöse Therapie. In einem sehr ausführlichen Gespräch mit ihm und seiner Ehefrau hätten sie über Schmerzedukation, Coping-Mechanismen und

Chronifizierungsmechanismen gesprochen. Procedere: Verlaufskonsultation Beginn Juni 2016 bei den Kollegen der Neurochirurgie zur Reevaluierung. Je nach klinischem Verlauf könne eine Wiederholung der extraforaminalen Wurzelinfiltration C6 rechts mit Lokalanästhetika und Cortison durchgeführt werden. Die Schmerzmedikation mit Novalgin 1 g und Palexia 50 mg könne als Bedarfsmedikation weitergeführt werden. Es werde um eine Evaluierung von Palexia in circa drei Monaten gebeten. Weiterführung der Physiotherapie resp. Anwendung der erlernten Heimübungen. Eine weitere konservative Therapieoption wäre die schmerzmodulierende TENS-Therapie. Der Beschwerdeführer wisse um die Therapieoptionen und könne sich gegebenenfalls innerhalb von drei Monaten selbständig vorstellen. 6.14 Im Bericht vom 31. August 2016 (IV-Nr. 46 S. 2 f.) hielten PD Dr. med. W.\_\_\_\_, und Dr. med. Z.\_\_\_\_, Assistenzarzt, T.\_\_\_\_, Universitätsspital für Anästhesie und Schmerztherapie, fest, der Beschwerdeführer habe sie am 30. August 2016 letztmals besucht. Sie bestätigten die bereits im Bericht vom 31. Mai 2016 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Verlauf: Nach Wiederauftreten der Nacken- und Schulterschmerzen rechts hätten sie die Wurzel C6 rechts erneut infiltriert. Ein kurzfristiges Ansprechen auf die Lokalanästhesie habe nicht erreicht werden können, jedoch zeige sich nun ein anhaltender Effekt, welcher am ehesten durch die Steroidinfiltration bestehe. Die Nackenschmerzen seien vollständig regredient, die teilweise noch bestehenden Schulterschmerzen liessen sich physiotherapeutisch gut behandeln. Auf Einnahme von Analgetika habe weitgehend verzichtet werden können. Die Arbeit als Autolackierer werde ab nächster Woche wie vorgängig wieder zu 70 % aufgenommen (bisher 30 %). Procedere: Novalgin 4 x 1g/d i.R., aktive Physiotherapie weiter mit Instruktion für Heimübungen, bei Wiederauftreten der zervikobrachialgieformen Schmerzen Wiedervorstellung in der Sprechstunde innerhalb von drei Monaten. 6.15 Dr. med. AA.\_\_\_\_, FMH für Radiologie, AB.\_\_\_\_, hielt aufgrund der am 15. November 2016 durchgeführten CT HWS nativ folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 64.2 S. 16): Minimalste osteodiskogene foraminale Einengung HWK5/6 rechts gegenüber links bei geringer Bandscheibenhöhenminderung HWK5/6. Diskrete Unkovertebralarthrosen und Facettengelenksarthrosen. 6.16 Dr. med. AC.\_\_\_\_, Fellow Orthopädie, und Prof. Dr. med. AD.\_\_\_\_, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, AB.\_\_\_\_, führten im Sprechstundenbericht für Wirbelsäulenchirurgie vom 15. November 2016 (IV-Nr. 43 S. 5 f.) folgende Diagnose auf: Cervico-brachiales Schmerzsyndrom C6 rechts bei paramedianer Discushernie HWK5/6 rechts mit Tangierung der C6er-Wurzel rechts (November 2015) Beurteilung und Procedere: Beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin muskuläre Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und HWS paravertebral. Im auswärtigen MRI von vor einem Jahr zeige sich eine Discusprotrusion mit paramedianer Discushernie im Bereich C5/6 rechtsseitig. Aufgrund der Remission der ausstrahlenden Schmerzen in den rechten Arm, sollte die Discusprotrusion mittlerweile regredient sein. In der CT-Diagnostik (vgl. E. II. 6.15 hiervor) zeige sich keine Pathologie, die eine wirbelsäulen-orthopädische Intervention nötig mache. Insgesamt handle es sich um altersentsprechende Normalbefunde der HWS. Es werde nun das Weiterführen der physiotherapeutischen Übungstherapie, der Schmerztherapie und gegebenenfalls das Ausschöpfen aller übrigen konservativen Therapiemöglichkeiten empfohlen. Sollte es im Verlauf zu einer Beschwerdeänderung oder -zunahme, insbesondere zum Auftreten von sensomotorischen Defiziten, kommen, könne sich der Beschwerdeführer jederzeit wieder melden. 6.17 Dr. med. D.\_\_\_\_ bestätigte im «neurologischen Verlaufsbericht vom 25. November 2016», der vom 28. November 2016 datiert (IV-Nr. 37), die bereits im Bericht vom 20. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen. Beurteilung

und Prozedere: Im Moment sei dem Beschwerdeführer zur Weiterführung der Therapie mit Modasomil geraten worden, welches bedarfsweise in Dosierungen zwischen 200 und 400 mg (Maximaldosis) eingesetzt werden könne und an Wochenenden pausiert werde. Die Fahreignung sei im Rahmen der Eigenverantwortung unter der Auflage der Einnahme von Modasomil gegeben, es sei dem Beschwerdeführer aber von Fahrten während der Nacht und langen Autobahnfahrten abgeraten worden. Hier wäre bei einer Fahrstrecke von über 45 min. Dauer jeweils eine Pause einzulegen. Aufgrund der stattgehabten Diskushernienoperation sei die ursprüngliche Berufstätigkeit als Lackierer nicht mehr gegeben, dies vor allem aufgrund der Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule, aber auch der reduzierten Belastbarkeit. Aus schlafmedizinischer Sicht könne ausgesagt werden, dass eine vorwiegend sitzende, jedoch Wechseltätigkeit, welche keine allzu hohen Anforderung an die Konzentration stelle, in einem Umfang von 50 % zumutbar wäre, hierfür jedoch sicherlich eine Umschulung erforderlich werde. Der Beschwerdeführer sei mit Vigilanztestung in einem Jahr erneut aufzubieten. Ein Rezept für Modasomil sei ausgestellt worden. 6.18 Im kurzen Verlaufsbericht vom 28. November 2016 (IV-Nr. 34) hielt med. prakt. AE.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, fest, der Beschwerdeführer sei seit Oktober 2016 in seiner ärztlichen Behandlung. Dieser sei wegen Krankheit seit über einem Jahr arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei nun soweit wieder hergestellt, so dass zügig berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen durchgeführt werden könnten. Aufgrund der fachärztlichen Untersuchung und Meinungen der Spezialisten sei es nicht mehr möglich, den Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Autolackierer weiter arbeiten zu lassen. Der Beschwerdeführer sei in diesem Beruf zu 100 % arbeitsunfähig. In einer adaptieren Tätigkeit solle es aber möglich und dem Beschwerdeführer zumutbar sein, ab 2017 oder allenfalls April 2017 zu mindestens 50 % wieder eine eigene Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei begründet durch die folgenden gesundheitlichen Probleme: 1. Der Beschwerdeführer leide unter einem chronischem Zervikalsyndrom mit einerseits funktioneller Störung, andererseits unter einer Diskushernie C5/C6 mit Tangierung der Nervenwurzel C6 rechts. Bei körperlich schwerer Arbeit und Arbeiten in ungünstigen Körperpositionen, wie diese im Beruf als Autolackierer immer wieder notwendig seien, verstärkten sich die Schmerzen und die Einschränkungen. Der Beschwerdeführer sei aus diesem Grund in seinem angestammten Beruf als Autolackierer nicht mehr arbeitsfähig. Dies sei auch die Meinung der ihn untersuchenden Fachärzte am T.\_\_\_\_ und die Zweitmeinung von Prof. Dr. med. AD.\_\_\_\_, Wirbelsäulenorthopäde in der AB.\_\_\_\_. Beide seien aber der Ansicht, dass bezüglich der zervikalen Diskushernie konservativ behandelt werden sollte und eine Operation aktuell nicht indiziert sei. 2. Der Beschwerdeführer leide an einer koronaren Herzkrankheit und habe im April 2015 einen akuten Myokardinfarkt erlitten. Es sei damals eine PTCA und Stentimplantation durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer sei aktuell unter einer medikamentösen Therapie beschwerdefrei und kompensiert. Von Seiten des Herzens bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, der Beschwerdeführer solle allerdings keiner Arbeit mit allzu grossem psychischem und physischem Stress zugeführt werden. Eine psychische Störung habe bisher nicht festgestellt werden können, allerdings sei der Beschwerdeführer sehr stresssensibel und seit dem Auftreten des Zervikalsyndroms und des Myokardinfarktes dysthym bis subdepressiv. 3. Der Beschwerdeführer leide an einem ausgeprägten Schlaf-Apnoe-Syndrom, das anfangs 2016 eingehend abgeklärt worden sei. Er habe heute ein CPAP-Gerät zu Hause und schlafe mit einer Maske. Die vorher ausgeprägte

Tagesmüdigkeit habe sich dadurch weitgehend zurückgebildet und sei für den Beschwerdeführer nicht mehr hindernd. Der Beschwerdeführer werde wegen seiner koronaren Herzkrankheit und seines Schlaf-Apnoe Syndroms regelmässig nachkontrolliert. Zur beruflichen Wiedereingliederung könne der Beschwerdeführer evtl. in seinen Beruf als Aussendienstmitarbeiter zurückkehren, den er während mehreren Jahren ausgeführt habe. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass diese Tätigkeiten in der heutigen Zeit meistens sehr stressintensiv seien. Möglicherweise wäre die Eingliederung in die Logistik (Autobranche) eine sinnvollere Lösung und sollte zumindest geprüft werden. 6.19 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin FMH, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 7. Dezember 2016 (IV-Nr. 35 S. 2 f.) aus, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers habe sich gebessert und sei noch weiter auf dem Weg der Besserung, mittlerweile dürfe der Beschwerdeführer wieder 45 min. autofahren, unter der Einnahme von Modasomil an den Tagen, an denen er das Fahrzeug lenke. Laut dem neurologischen Sprechstundenbericht vom 20. Mai 2016 von Dr. med. D.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.12 hiavor), habe der Neurologe geplant, den Beschwerdeführer Ende 2016 für eine umfassende Vigilanz-Testung anzubieten. Es werde darum gebeten, diese Testergebnisse anzufordern und Dr. med. D.\_\_\_\_ zusätzlich einen IV-Bericht zum Ausfüllen zuzusenden. 6.20 In der Stellungnahme vom 8. Februar 2017 führte die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 41 S. 2) aus, der Beschwerdeführer werde aktuell wohl vor allem durch seine cervicobrachialiformen Beschwerden im HWS-Bereich (paramediane Diskushernie C5/6 rechtsseitig mit Tangierung der C6-Wurzel) in seiner Arbeitsfähigkeit als Autolackierer eingeschränkt. Der letzte Arztbericht von den behandelnden Schmerztherapeuten aus dem T.\_\_\_\_ datiere vom 31. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiavor). Darin seien weitere therapeutische Massnahmen empfohlen worden. Es sollten sämtlichen in der Behandlung der Cervicobrachialgie involvierten Ärzte des T.\_\_\_\_ sowie Prof. Dr. med. AD.\_\_\_\_, AB.\_\_\_\_, IV-Berichte mit der Bitte zugesandt werden, diese insbesondere unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer Verweistätigkeit auszufüllen. Nach Erhalt dieser Unterlagen sollten die Fragen 2 - 4 Dr. med. C.\_\_\_\_ noch einmal vorgelegt werden. Bei Diskrepanzen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Tagesschläfrigkeit – der Hausarzt Dr. med. AE.\_\_\_\_, Arztbericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiavor), gehe von einer Rückbildung der Symptomatik durch die CPAP-Therapie aus; der behandelnde Neurologe Dr. med. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, Arztbericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiavor), habe die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Tagesschläfrigkeit noch bei 50 % gesehen – müsse gegebenenfalls eine polydisziplinäre Begutachtung die medizinische Situation klären. 6.21 Im Arztbericht vom 13. Februar 2016 (recte: 2017, IV-Nr. 43 S. 1 ff.) hielt Dr. med. AF.\_\_\_\_, Assistenzärztin, AB.\_\_\_\_, Orthopädie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Cervico-brachiales Schmerzsyndrom C6 rechts bei paramedianer Diskushernie HWK5/6 rechts mit Tangierung C6-Wurzel rechts, seit November 2015 Der Gesundheitszustand sei stationär und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen (Physiotherapie) verbessert werden. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Schmerzen im cervico-brachialen Bereich aus. Es bestehe aufgrund der Schmerzen eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Dem Beschwerdeführer seien aber andere Tätigkeiten zumutbar, wobei zurzeit schweres Heben sowie lange statische Belastungen sicher ein Problem seien. Der zeitliche Rahmen werde nur von den Schmerzen gesteckt. Keine medizinische Indikation zum Einschränken der Arbeitszeit.

Trotzdem sei eine Eingliederung empfehlenswert. 6.22 Dr. med. C.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. März 2017 (IV-Nr. 47 S. 2) fest, die medizinische Situation sei unklar: Der BS-Prolaps HWK5/6 rechts mit Tangierung der Wurzel C6 rechts habe sich mittlerweile zurückgebildet. Der Beschwerdeführer müsste also in der Lage sein, wieder vermehrt zu heben und zu tragen. Laut dem Bericht des Hausarztes med. prakt. AE.\_\_\_\_ vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) habe sich die Tagesschläfrigkeit des Beschwerdeführers durch die optimale Schlafapnoebehandlung weitgehend zurückgebildet. Der behandelnde Neurologe Dr. med. D.\_\_\_\_, Arztbericht vom 28. November 2016, sehe allerdings immer noch eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Tagesschläfrigkeit. Von Seiten der KHK sei der Beschwerdeführer aktuell durch die entsprechende medikamentöse Therapie beschwerdefrei und vollschichtig arbeitsfähig. Zur Klärung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers werde eine polydisziplinäre Begutachtung empfohlen: WS-Chirurgie, Rheumatologie, Kardiologie, Neurologie / Spezialist in Schlafapnoe und Hypersomnie. 6.23 Dr. med. AG.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt im Bericht vom 3. Mai 2017 (IV-Nr. 64.2 S. 19) folgende Diagnosen fest: – Mechanische Schnappsymptome laterales Kompartiment Knie links, DD Meniscopathie, DD erneute Knorpelpartikel – Status nach arthroskopischer Corpus liberum Extraktion und Knorpelglättung am 18. Januar 2017 Knie links – Leichte Ansatzdendrose des Ligamentum patellae Knie links und weniger rechts Nebendiagnosen: – Aktuell cervikale Diachronie mit Restbeschwerden – Status nach Myokardinfarkt Februar 2015 – Schlafapnoesyndrom Beurteilung und Procedere: Die heutige Symptomatik sei die eines mechanischen Problems am lateralen Kompartiment, entweder eine Meniscopathie oder ein erneutes Knorpelflake. Weil der Beschwerdeführer verschiedene internistische Hypothesen mitbringe, habe sich Dr. med. AG.\_\_\_\_ für eine MRI-Untersuchung entschieden. Wenn eine Meniscopathie oder ein freies Knorpelstück bewiesen sei, müsste sich eine Arthroskopie anschliessen. Wenn es sich nur um ein Ulcus trochlea handle, würden sie konservativ behandeln. 6.24 Die am 9. Mai 2017 (IV-Nr. 64.2 S. 18) durchgeführte MRT des linken Kniegelenks wurde von Dr. med. AH.\_\_\_\_, Facharzt Radiologie FMH, N.\_\_\_\_, wie folgt beurteilt: Zeichen eines Tractus iliotibialis Friktionssyndromes. Stationär faserknorpelig regenerierte Knorpelläsion an der femoralen Trochlea. Leicht progrediente oberflächliche Meniskopathie am medialen Meniskushinterhorn. Stationär kleine randständige Läsion an der Meniskusspitze der Pars intermedia des lateralen Meniskus. Kein Gelenkerguss. 6.25 Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 11. September 2017 (IV-Nr. 64) hielten die Gutachter Dr. med. AI.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. AJ.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. AK.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. AL.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Schlafmedizin SCSSC, und Dr. med. AM.\_\_\_\_, FMH Kardiologie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 64.1 S. 28 f.): 1. Koronare 2-Gefässerkrankung (ICD-10 I25.1) – Status nach inferoposterolateralem STEMI 5. April 2015 – LIKA 5. April 2015: 90 - 99 % Stenose ACD vor Bifurkation, 40 % Stenose RIVA Mitte – directStenting (DES/Orsiro 3.0/13), bei Dissektion proximal Implantation zweiter DES, PTCA Posterolateralast – TTE initial LVEF 55 %, Hypokinesie inferoapikal und posterolateral, im Verlauf normale Kinetik und globale Funktion – polymorphe VES unter Belastung (ab etwa 140 Watt) – LIKA 6. September 2016: keine relevanten Stenosen, Wandveränderungen, gutes Langzeitergebnis nach Stenting ACD – kardiovaskuläre Risikofaktoren – metabolisches Syndrom (vgl. Dg. 5.2.3) – Status nach Nikotinabusus (kumulativ circa 15 - 20 py) 2.

Hypertensive Herzkrankheit (ICD-10 I11.9) – leichte Dilatation LA, Sinus valsalvae, aktuell keine LVH, normale diastolische Funktion

3. Chronische Nacken-Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2 / M79.61) – radiologisch Diskopathie HWK5/6 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C6 rechts (MRI 27. November 2015 und CT 15. November 2016) – Status nach sonographisch gesteuerter extraforaminaler Nervenwurzelinfiltration C6 rechts mit Kortison am 12. Mai 2016 und 16. August 2016 (Schmerztherapie T.\_\_\_\_) – klinisch keine klare höhergradige Veränderung

4. Narkolepsie Typ II (ICD-10 G47.4)

5. Leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose April 2015, AHI 18/h) (ICD-10 G47.31) – Unter CPAP-Therapie AHI 2.3/h Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Dysthymia (ICD-10 F34.1)

2. Chronisch rezidivierende Kniebeschwerden links (ICD-10 M79.66 / Z98.8) – anamnestisch Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie circa 2008 (Dr. med. AG.\_\_\_\_, [...]) – Status nach arthroskopischer Entfernung eines freien Gelenkkörpers und Knorpelglättung am 18. Januar 2017 (Dr. med. AG.\_\_\_\_, [...]) – radiologisch Zeichen eines Tractus iliotibialis-Friktionssyndromes, faserknorpelig regenerierte Knorpelläsion trochlear sowie mediale und laterale Meniskopathie ohne klaren Hinweis für Ruptur (MRI 9. Mai 2017) – klinisch kein klar fassbares Korrelat

3. Inkomplettes metabolisches Syndrom – Dyslipidämie, behandelt (ICD-10 E78.0) – Übergewicht (BMI 28 kg/m<sup>2</sup>) – asymptotische Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) – arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

Der Beschwerdeführer habe eine Lehre als Autolackierer absolviert und sei stets auf dem erlernten Beruf arbeitstätig gewesen. Die Tätigkeit als Autolackierer könne als angestammte Tätigkeit angesehen werden. Aus kardiologischer Sicht beeinflussten die koronare Herzkrankheit und die hypertensive Herzkrankheit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Für körperlich schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer jedoch für körperlich nicht belastende, leicht belastende und auch mittelschwer belastende Tätigkeiten arbeitsfähig. Aus orthopädischer Sicht schränkten die chronischen Nacken-Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite bei radiologischer Diskopathie HWK5/6 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ein. In der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der objektivierbaren Befunde, unter der Annahme, dass immer wieder auch der Einsatz der dominanten rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus nötig sei, eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum mit um 30 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sollte dabei ebenso wie die länger dauernde Einnahme kniender und kauender Positionen vermieden werden. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Der wiederholte Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus, das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie die länger dauernde Einnahme kniender und kauender Positionen sollten dabei vermieden werden. Aus neurologischer und schlafmedizinischer Sicht beeinflussten die Narkolepsie Typ II und das leichte obstruktive Schlafapnoesyndrom die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In der angestammten Tätigkeit als Autolackierer, welche über längere Zeit konzentriertes Arbeiten in einer monotonen Situation erfordere, bestehe eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Es sei nachvollziehbar, dass bis zu einem gewissen Grad Einschränkungen aufgrund der vermehrten Tagesschläfrigkeit vorhanden seien, so dass dem Exploranden keine Arbeiten in einer monotonen Arbeitssituation

zugemutet werden könnten. In einer lebhaften, stimulierenden Arbeitsumgebung bestünden aus neurologischer / schlafmedizinischer Sicht keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Weder aus allgemeininternistischer noch aus psychiatrischer Sicht könne eine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Namentlich die psychiatrische Diagnose einer Dysthymie schränke die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht ein. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwer belastende Tätigkeiten festgestellt werden. In der angestammten Tätigkeit als Autolackierer könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe aus gutachterlicher Sicht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich schwer belastenden Tätigkeiten seit dem Herzinfarkt im April 2015 angenommen werden könne. Die neurologischen Einschränkungen könnten mindestens seit der erstmaligen Abklärung wegen exzessiver Tagesschläfrigkeit im Juni 2015 nachvollzogen werden. Hinweise für eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten in der Vergangenheit fänden sich retrospektiv gesehen aus gutachterlicher Sicht nicht. Insgesamt könne über die Zeit gemittelt die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit dem April 2015 bestätigt werden. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen erschienen sinnvoll und sind dem Exploranden auch zumutbar.

6.26 Dr. med. G. \_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2017 fest (IV-Nr. 67), das eingegangene Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_\_, sei ausführlich, nachvollziehbar und schlüssig, so dass hierauf abgestellt werden könne.

6.27 In der Aktennotiz vom 24. April 2018 (A.S. 30 f.) nahm Dr. med. G. \_\_\_\_, RAD, zur Beschwerde Stellung. Dabei führte sie zu Punkt 10 aus, der Orthopäde spreche auf S. 18 von der Notwendigkeit einer Wechselbelastung (d.h. bspw. stehen, sitzen, knien) und der Vermeidung von Zwangshaltungen (kniend und kauend). Reine Zwangshaltungen seien relativ selten (z.B. im Bergbau etc.). Eine Tätigkeit, wie der Anwalt im Folgenden die angestammte Tätigkeit als Autolackierer beschreibe (stehend, kniend und sitzend) entspreche einer teilweisen Wechselbelastung, da die Zwangshaltung das «stehend» nicht mitbeziehe. Insofern sei zumindest von einer partiellen Wechselbelastung auszugehen. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit wäre demnach (bei bereits Vorhandensein einer partiellen Wechselposition) unter Einbezug entsprechender Hilfsmittel (Erhöhung der Arbeitsflächen etc.) oder Anpassung der Arbeitsabläufe (Pausenreglement) arbeitsmedizinisch als möglich anzusehen. Dies sei entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers auf S. 20 nachvollziehbar, der aktuell dem Gutachter gegenüber wegen den Schmerzen eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % äussere. «In einer angepassten Tätigkeit könne er sicher mehr arbeiten, ob allerdings eine 100%-Tätigkeit möglich sei, könne er nicht angeben.». Die Polysomnographie vom 2. Juni 2017 sowie der multiple Schlaflatenztest MSLT vom 19. August 2017 seien durch den Neurologen des F. \_\_\_\_ durchgeführt worden (S. 23: «Da die Ursache der vermehrten Tagesschläfrigkeit des Versicherten somit weiterhin im Unklaren blieb, haben wir im Rahmen der Begutachtung nochmals eine vertiefte schlafmedizinische Abklärung durchgeführt.»). Insofern sei die Argumentation in Punkt 11 medizinischerseits nicht nachvollziehbar, da hier eine intensive Auseinandersetzung mit den externen aber auch eigenen Befundergebnissen erfolgt sei. Der vermehrte Pausenbedarf auch als Ausgleich zum Konzentrationsmangel sei auf S. 23 als

Einschränkung der Arbeits-Leistungsfähigkeit von 50 % explizit gewürdigt worden, insofern sei dieser Punkt medizinischerseits nicht nachvollziehbar. 7. Es ist zunächst auf das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 11. September 2017 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf dieses abgestellt hat (A.S. 27).

7.1 Das von Dr. med. AI. \_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. AJ. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. AK. \_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. AL. \_\_\_, FMH Neurologie, Schlafmedizin SCSSC, und Dr. med. AM. \_\_\_, FMH Kardiologie, erstellte polydisziplinäre Gutachten (IV-Nr. 64.1) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) gerecht. So wurde der Beschwerdeführer je einer ausführlichen allgemeinmedizinischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen und kardiologischen Exploration unterzogen (IV-Nr. 64.1 S. 6 ff., S. 9 f., 14 f., 20 f., 25 f.). Damit sind auch seine geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden eine labormedizinische und eine schlafmedizinische Untersuchung, eine MRI des linken Knies am 9. Juli 2017, ein EKG, eine TTE sowie eine Ergometrie (IV-Nrn. 64.1 S. 8, 19, 24, 26 f.) durchgeführt und zudem wurde der psychopathologische Befund nach AMDP (IV-Nr. 64.1 S. 10 f.) erhoben. Durch das Aufführen der medizinischen Vorakten ab dem 5. April 2015 (IV-Nr. 64.1 S. 3 ff.) und den Auszügen aus den wichtigsten Vordokumenten (IV-Nr. 64.1 S. 5 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So führte der allgemeinmedizinische Gutachter Dr. med. AI. \_\_\_ aufgrund seiner durchgeführten Untersuchung und der dabei erhobenen Befunde aus, aus rein allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und somit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (IV-Nr. 64.1 S. 8). Diese Beurteilung vermag aufgrund der erhobenen und als unauffällig qualifizierten Befunde und der Laborwerte zu überzeugen. So wurde in Bezug auf den allgemeininternistischen Status u.a. festgehalten, es sei ein unauffälliger Allgemeinzustand gegeben, der Beschwerdeführer sei leicht übergewichtig. Die klinische Untersuchung der Lunge und des Abdomens seien unauffällig, normaler Gefässstatus, keine pathologischen Lymphknoten, Kopf- und Halsorgane geprüft unauffällig, isolierte kleine Hautblase plantar links, Integrum ansonsten unauffällig (IV-Nr. 64.1 S. 8). Im Rahmen der Laboruntersuchungen vom 15. Mai 2017 ergaben sich zudem ein normales rotes und weisses Blutbild mit unauffälliger maschineller Leukozytendifferenzierung, eine normale BS, CRP, HbA1c, Creatinin, GOT, GPT, Kalium und Harnstoff. Aufgrund des ebenfalls gemessenen Harnsäurewertes von 533  $\mu\text{mol/l}$  ( $< 420 \mu\text{mol/l}$ ) ist auch die Diagnose «asymptomatische Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)» nachvollziehbar. Aufgrund der psychiatrischen Exploration und den erhobenen psychopathologischen Befunden nach AMDP, leuchtet die Feststellung von Dr. med. AJ. \_\_\_ ein, wonach beim Beschwerdeführer leichte depressive Symptome bestünden (IV-Nr. 64.1 S. 11). So hielt er u.a. fest (IV-Nr. 64.1 S. 10 f.), sowohl die Mimik und Gestik seien eher weniger ausgeprägt und die affektive Modulation des Beschwerdeführers sei eingeschränkt gewesen, indem er durchwegs in ernster und gefasster Haltung geblieben sei. Hingegen sei der affektive Kontakt gut herstellbar gewesen, die Stimmung eher zum depressiven Pol hingerrichtet. Es bestünden keine Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst. Zwänge hätten nicht bestanden. Die

Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien intakt gewesen. Zudem sei das Denken formal geordnet und inhaltlich hätten keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen bestanden. Eine Zirkadianität sei nicht ausgeprägt und es seien keine Hinweise auf Suizidalität vorhanden. Auf die durch den Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang ebenfalls beklagte erhöhte Ermüdbarkeit am Tag, zuweilen Schlafstörungen in der Nacht und vermehrte Reizbarkeit (IV-Nr. 64.1 S. 11 oben) ging der psychiatrische Experte ebenfalls ein, wobei er darlegte, dass eine vermehrte Reizbarkeit bei Männern mit depressiver Verstimmung nicht selten sei, dies aber auch im Rahmen einer chronischen Schmerzsymptomatik vorkommen könne. Aufgrund der erhobenen Anamnese ist im Weiteren plausibel, wenn der psychiatrische Gutachter in Bezug auf die Schlafstörungen und erhöhte Ermüdbarkeit davon ausging, es seien in den Akten eine exzessive Tagesschläfrigkeit, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine zervikale Diskushernienproblematik und eine koronare Herzkrankheit mit Status nach STEMI 2015 aufgeführt. Daher vermag auch die daraus gezogene Schlussfolgerung von Dr. med. AJ.\_\_\_\_ einzuleuchten, wonach die erhöhte Ermüdbarkeit und die Schlafstörungen auch somatisch mitbedingt sein könnten. Da beim Beschwerdeführer weitere depressive Symptome, wie Schuldgedanken, verminderter Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven und deutliche Konzentrationsstörungen fehlten, erscheint ferner nachvollziehbar, dass der psychiatrische Experte die Diagnosestellung einer depressiven Episode als nicht gegeben qualifizierte und in diesem Zusammenhang aufgrund der vorliegenden leichten depressiven Symptome auch die Diagnose einer Neurasthenie ausschliessen konnte. Er ging vielmehr von einer Dysthymia aus (IV-Nr. 64.1 S. 11). Bei der orthopädischen Begutachtung hielt Dr. med. AK.\_\_\_\_ fest, die durch den Beschwerdeführer beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keineswegs vollständig begründen (IV-Nr. 64.1 S. 18). Diese gutachterliche Einschätzung kann nachvollzogen werden, da der Beschwerdeführer im Rahmen der orthopädischen Exploration über kontinuierliche Schmerzen an seiner rechten dominanten Seite und über vermehrte Schmerzen unterhalb der Kniescheibe sowie lateral klagte (IV-Nr. 64.1 S. 14). Bei der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule zeigte sich indes die Beweglichkeit zervikal und lumbal gering vermindert und war thorakal zeitweise unter Gegenspannung aufgehoben. Zudem bestand an den oberen und unteren Extremitäten eine praktisch freie Beweglichkeit samt Hinweisen für ein femoroazetabuläres Impingement der linken Hüfte. Ausserdem habe die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen bei ausgezeichneter Kooperation völlig problemlos durchgeführt werden können. Am linken Kniegelenk lägen klinisch keine fassbaren Veränderungen vor und insbesondere seien die Meniskusprovokationstests beidseits negativ (IV-Nr. 64.1 S. 18). Diese Einschätzungen wurden zudem durch die Ergebnisse der durchgeführten bildgebenden Untersuchungen bestätigt. So konnten radiologisch an der HWS bis auf eine Diskopathie HWK5/6 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C6 rechts keine Auffälligkeiten beschrieben werden. Am linken Knie gab es Hinweise für ein Tractus iliotibialis-Friktionssyndrom, eine trochleare Knorpelläsion sowie eine mediale und laterale Meniskopathie ohne klaren Hinweis für eine Ruptur. Die Ausführung des orthopädischen Gutachters, wonach ein gewisser Leidensdruck im Bereich der Nacken-Schulterregion nachvollziehbar sei, überzeugt aufgrund seiner anschliessenden Erklärung, wonach eine deutliche Fehlhaltung im Sinne eines Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern bestehe (IV-Nr. 64.1 S. 18). Aufgrund der bildgebenden Untersuchungen, in deren Rahmen – wie bereits beschrieben – u.a. Zeichen eines Tractus

iliotibialis-Friktionssyndroms sowie eine stationär faserknorpelig regenerierte Knorpelläsion trochlear objektiviert werden konnten, vermag auch die gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach bezüglich des linken Kniegelenks am ehesten eine trochleare Knorpelläsion sowie ein Tractus iliopsoas-Syndrom eine Rolle zu spielen scheinen (IV-Nr. 64.1 S. 18). Bei der neurologischen Teilbegutachtung führte Dr. med. AL.\_\_\_\_ die bei der klinischen Untersuchung der Extremitäten / Motorik festgestellte (IV-Nr. 64.1 S. 22), am rechten Arm geringfügig verminderte muskuläre Trophik sowie ein minimal schwächerer Innervationsgrad global am rechten Arm im Seitenvergleich (grobe Kraft) auf eine Schonung bzw. Schmerzhemmung zurück. Diese Beurteilung ist plausibel, da der rechtshändige Beschwerdeführer bei der Exploration angab, die Schmerzen seien rechts betont und würden sich in die rechte Schulter ausbreiten (IV-Nr. 64.1 S. 21 oben). In Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls beklagte vermehrte Müdigkeit und Schläfrigkeit wurde im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens eine vertiefte schlafmedizinische Abklärung durchgeführt (IV-Nr. 64.1 S. 22 unten), wobei die Diagnose einer Narkolepsie Typ II bestätigt werden könne. Dr. med. AL.\_\_\_\_ wies dabei in nachvollziehbarer Weise darauf hin, dass das Erkrankungsalter ungewöhnlich sei, indem sich die Narkolepsie-Symptomatik beim Beschwerdeführer erstmals im Alter von 45 Jahren gezeigt habe und diese typischerweise im jungen Alter in Erscheinung trete, aber es gebe einen zweiten Altersgipfel im Alter zwischen 30 und 45 Jahren (IV-Nr. 64.1 S. 24). Im Rahmen der kardiologischen Begutachtung führte Dr. med. AM.\_\_\_\_ unter Einbezug der durchgeführten Untersuchungen (EKG, TTE, Ergometrie) in schlüssiger Weise aus, von kardialer Seite sei der Beschwerdeführer bis auf gelegentliche Palpationen bei stärkerer Belastung beschwerdefrei. Die Ursache der bei der Fahrradergometrie aufgetretenen polymorphen VES, z.T. als Couplets, z.T. als Bigeminus, seien gemäss dem kardiologischen Gutachter unklar. Aufgrund des gemessenen BMI 28 kg/m<sup>2</sup> leuchtet zudem die gutachterlich empfohlene, leichte Gewichtsreduktion ein (IV-Nr. 64.1 S. 28). Da die Konklusion des Gutachtens durch einen interdisziplinären Konsensus mit den unterzeichneten Untersuchern erarbeitet worden ist (IV-Nr. 64.1 S. 29), erweist sich das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 13), wonach eine interdisziplinäre Beurteilung durch die Gutachter nachweisbar nicht erfolgt sei, als nicht stichhaltig. Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 11. September 2017 grundsätzlich voller Beweiswert zu. 7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ durch die zeitlich vor dem Gutachten verfassten Arztberichte allenfalls geschmälert wird: 7.3 Es ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. AJ.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2017 einzugehen (IV-Nr. 64.1 S. 8 ff.): In den vorliegenden Akten finden sich keine Berichte von psychiatrischen Fachpersonen. Es kann daher der Ausführung des psychiatrischen Gutachters gefolgt werden, wonach sich in den Akten keine fachärztlichen-psychiatrischen Beurteilungen fänden (IV-Nr. 64.1 S. 12). So hielt auch bereits der neue Hausarzt med. prakt. AE.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiavor) fest, es habe bisher keine psychische Störung festgestellt werden können, allerdings sei der Beschwerdeführer sehr stresssensibel und seit dem Auftreten des Zervikalsyndroms und des Myokardinfarkts dysthym und subdepressiv. In Bezug auf die in den Akten ausgewiesenen Diagnosen einer «Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung unklarer Ätiologie» (vgl. E. II. 6.4, 6.11 f.) kann festgehalten werden, dass diese nicht durch auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachpersonen festgestellt wurden und dieser Diagnosestellung daher kaum Beweiswert zukommt. Zudem wurde diese Diagnose stets in

Zusammenhang mit der ebenfalls festgestellten exzessiven Tagesschläfrigkeit (vgl. E. II. 6.4, 6.10 f. hiervor) sowie im Rahmen einer möglichen zerebralen Minderperfusion unter Reanimation (vgl. E. II. 6.11 hiervor) gestellt. Es ist daher von einem Zusammenhang mit einer bestehenden somatischen Gesundheitsproblematik auszugehen. Da der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration angab, damals unter verstärkten depressiven Verstimmung gelitten zu haben, führte Dr. med. AJ.\_\_\_\_ in überzeugender Weise aus, es sei gut möglich, dass damals eine manifeste depressive Episode bestanden habe. Gegenwärtig bestünden indes keine genügend ausgeprägten depressiven Symptome für die Diagnose einer depressiven Episode. Oft komme es nach einer depressiven Episode aber zu depressiven Nachschwankungen mit leichten depressiven Symptomen im Sinne einer Dysthymia. Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. AJ.\_\_\_\_ wird somit durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert. 7.4 In Bezug auf das allgemeininternistische Teilgutachten von Dr. med. AI.\_\_\_\_ (IV-Nr. 64.1 S. 8) ergibt sich Folgendes: Dr. med. AI.\_\_\_\_ führte aus, aus rein allgemeinmedizinischer Sicht hätten sich frühere ärztliche Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit stets auf Diagnosen bezogen, die in den spezialärztlichen Teilgutachten diskutiert würden (IV-Nr. 64.1 S. 8). Eine allgemeininternistische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei nie angeführt worden. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So wurden gemäss den medizinischen Vorakten beim Beschwerdeführer im Wesentlichen ein chronisches Zervikalsyndrom, eine koronare Herzkrankheit und ein Schlaf-Apnoe-Syndrom bzw. eine Tagesschläfrigkeit ausgewiesen, wobei es sich um Gesundheitsprobleme handelt, die nicht allgemeininternistischer Natur sind. So hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers in seinem Schreiben vom 22. Juli 2016 denn auch fest (IV-Nr. 24), die Wirbelsäulenorthopäden und der Neurologe hätten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu äussern. Der Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens wird durch die medizinischen Vorakten nicht verkleinert. 7.5 Einzugehen ist auf das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. AK.\_\_\_\_ (IV-Nr. 64.1 S. 14 ff.): 7.5.1 Im Bericht vom 10. Dezember 2015 des T.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.7 hiervor), wurde erstmals ein «zervikobrachialgiformes Schmerzsyndrom C6 rechtsseitig» ausgewiesen. Klinisch konnte ein sensomotorisches Defizit ausgeschlossen werden. Es bestünden symmetrische Muskeleigenreflexe und eine pseudoradikulär, in den dorsalen Oberarm erfolgende Ausstrahlung, weshalb ein konservatives Therapievorgehen mittels analgetischer Therapie und Physiotherapie empfohlen wurde. Diese Diagnose wurde im weiteren Verlauf im Bericht des T.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2016 bestätigt (vgl. E. II. 6.8 hiervor), wobei erneut klinisch-neurologisch unauffällige Verhältnisse (keine sensomotorischen Defizite) erhoben wurden. Aufgrund des bildmorphologischen Korrelats entsprechend dem Dermatome C6 wurde hier indes eine «relative Operationsindikation» in Betracht gezogen, wobei zunächst eine Infiltration der Nervenwurzel C6 durchgeführt werden solle. Diesbezüglich hielt der orthopädische Gutachter Dr. med. AK.\_\_\_\_ fest, dieser Einschätzung könne keinesfalls gefolgt werden. So werde trotz fehlender Hinweise für eine Radikulopathie von einer möglichen Operationsindikation gesprochen (IV-Nr. 64.1 S. 19). Eingehend auf den weiteren Bericht des T.\_\_\_\_ vom 31. August 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor), in welchem von einem anhaltenden Effekt nach der zweiten Infiltration berichtet wurde, führte Dr. med. AK.\_\_\_\_ aus, diese Einschätzung könne aufgrund der heutigen Untersuchung nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 64.1 S. 19). So habe der Beschwerdeführer von einem fehlenden Ansprechen auf die zweite Intervention berichtet. Diese gutachterliche Ausführung erweist sich als korrekt, da der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration angab, dass die

zweite, im August 2016 durchgeführte Infiltration sofort Schmerzen verursacht und keine Besserung gebracht habe (vgl. IV-Nr. 64.1 S. 15 oben). Folglich kann den Ausführungen der Ärzte des T.\_\_\_\_ in Bezug auf den Erfolg der zweiten Infiltration nicht gefolgt werden. Dennoch gab Dr. med. AK.\_\_\_\_ an, dass er der im Bericht vom 31. August 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) dem Beschwerdeführer attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % als Autolackierer ab nächster Woche zustimme. 7.5.2 In Bezug auf die Berichte der AB.\_\_\_\_ hielt Dr. med. AK.\_\_\_\_ fest, es könne der Einschätzung im Bericht vom 15. November 2016 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) aufgrund der heutigen Untersuchung durchaus gefolgt werden. Diese Einschätzung überzeugt. So diagnostizierten die Ärzte im Bericht vom 15. November 2016 ein «cervico-brachiales Schmerzsyndrom C6 rechts bei paramedianer Discushernie HWK5/6 rechts mit Tangierung der C6er-Wurzel rechts (November 2015)» und führten aus, es bestünden weiterhin Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und der HWS paravertebral. Dr. med. AC.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. AD.\_\_\_\_ hielten zudem folgende Befunde fest (IV-Nr. 43 S. 5): Schmerzen im Bereich der unteren HWS paravertebral mit ausgeprägtem muskulärem Hartspann. Bewegungsumfang des Kopfes schmerzbedingt leicht eingeschränkte Rotation nach rechts bei 20 °. Inklination, Reklination, Seitneigen soweit schmerzbedingt gut möglich mit endgradigen Schmerzen. Die periphere Sensomotorik sei vollumfänglich intakt, Kraftgrad Kennmuskulatur M5, BSR und TSR beidseits lebhaft, RPR beidseits fehlend. Ähnliche Befunde wurden im orthopädischen Teilgutachten durch Dr. med. AK.\_\_\_\_ erhoben (IV-Nr. 64.1 S. 16): So wurde bei der Abklärung der HWS eine Druckdolenz auf der gesamten Länge sowie paravertebral rechts und fraglich auch links festgestellt. Die Nackenmuskulatur sei keinesfalls höhergradig verspannt. Rotation 60 ° beidseits mit Schmerzangabe jeweils an der Pars descendens des rechten Trapezius. Lateralflexion 20 ° beidseits und Kinn-Jugulum-Abstand 0/17 cm. Somit stimmen die von den Ärzten der AB.\_\_\_\_ und die im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens erhobenen Befunde im Wesentlichen überein. Auch die weitere Darlegung des orthopädischen Gutachters vermag unter Heranziehung des Berichts vom 15. November 2016 einzuleuchten, wonach das gleichentags durchgeführte CT altersentsprechende Normalbefunde ergeben habe, so dass keine chirurgische Intervention nötig geworden sei. So beurteilten die die Ärzte der AB.\_\_\_\_ die Ergebnisse der am 15. November 2016 durchgeführten CT der HWS nativ (vgl. E. II. 6.15 hiervor) wie folgt: Es handle sich um altersentsprechende Normalbefunde der HWS. Sie empfahlen daher das Weiterführen von konservativen Massnahmen im Sinne von physiotherapeutischen Übungen, Schmerztherapie, und gegebenenfalls aller übrigen konservativen Therapiemöglichkeiten. Zum zuletzt eingegangenen Bericht der AB.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2017 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) führte der orthopädische Experte aus, es könne nicht zuletzt aufgrund der heutigen Untersuchung der Einschätzung gefolgt werden, wonach die Arbeitszeit aus medizinischer Sicht nicht eingeschränkt gewesen sei und aber aktuell ein schweres Heben sowie lange statische Belastungen «sicher ein Problem» darstellten. 7.5.3 In Bezug auf den Bericht des Orthopäden Dr. med. AG.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2017 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) legte Dr. med. AK.\_\_\_\_ dar, es könne dessen Einschätzung gefolgt werden, wonach, falls das vorzunehmende MRI nur eine trochleare Läsion zeige, eine konservative Vorgehensweise, ansonsten – falls zusätzlich eine Meniscopathie oder ein erneutes Knorpelflake festgestellt würden – eine Arthroskopie vorzunehmen wäre (IV-Nr. 64.1 S. 20). Folglich ist nicht von einer anderen medizinischen Beurteilung durch die beiden Fachärzte auszugehen. Dem fügte Dr. med. AK.\_\_\_\_ hinzu, da das durchgeführte MRI im wesentlichen Hinweise für ein Tractus iliotibialis-Syndrom ergeben habe, sei eine Arthroskopie nicht indiziert. Dieser

Einschätzung kann gestützt auf das am 9. Mai 2017 durchgeführte MRT des linken Kniegelenkes gefolgt werden (vgl. E. II. 6.24 hiavor). Aufgrund der vorangegangenen Erwägungen vermögen die medizinischen Vorakten den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. 7.6 Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. AL.\_\_\_\_ ist im Wesentlichen auf die Berichte des Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_ einzugehen. Dr. med. AL.\_\_\_\_ führte aus (IV-Nr. 64.1 S. 25), bereits anlässlich der Erstabklärung mittels Polysomnographie und Vigilanztest vom 3. November 2015 (vgl. E. II. 6.4 hiavor) habe Dr. med. D.\_\_\_\_ über eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der exzessiven Tagesschläfrigkeit (Arbeitsfähigkeit von maximal 75 %, Leistung von maximal 60 %, wahrscheinlich eher tiefer) berichtet. Diesen Ausführungen kann unter Heranziehungen des entsprechenden Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_ gefolgt werden. So diagnostizierte dieser u.a. eine exzessive Tagesschläfrigkeit gemäss ICD-10 F47.1 und hielt fest, diese sei eindrücklich. So sei es dem Beschwerdeführer auch im Wachhaltetest nicht gelungen, sich wach zu halten. Ähnliche Angaben finden sich auch im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. AL.\_\_\_\_. Demnach sei der Beschwerdeführer beim durchgeführten multiplen Schlaflatenztest MSLT vom 19. August 2017 (IV-Nr. 64.1 S. 22) bei allen fünf Durchgängen eingeschlafen. Im Gegensatz zum Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 6. November 2015, der einzig als Differenzialdiagnose eine Narkolepsie Typ 2 stellte, wurde diese Diagnose durch Dr. med. AL.\_\_\_\_ aufgrund der stark verkürzten durchschnittlichen Einschlafatenz mit 3,4 Minuten und bei dem bei drei Durchgängen früh auftretenden REM-Schlaf (SOREM) bestätigt. Im Weiteren konnte auch das durch Dr. med. D.\_\_\_\_ im November 2015 festgestellte «obstruktive Schlafapnoe Syndrom (ICD-10 G47.31)» im Rahmen der neurologischen Teilbegutachtung bestätigt werden, indem der Gutachter ein «leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.31)» diagnostizierte. Wie bereits in den beiden Berichten vom 20. Januar 2016 und 20. Mai 2016 (IV-Nrn. 6.9, 6.12 hiavor) ersichtlich, wies Dr. med. D.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiavor) aus, dass der Beschwerdeführer weiter mit Modasomil behandelt werde, dies in einer bedarfsweisen Dosierung zwischen 200 - 400 mg (Maximaldosis). Gemäss Dr. med. AL.\_\_\_\_ sei dies jedoch aus den übrigen Berichten nicht nachvollziehbar. Dieser gutachterlichen Einschätzung kann gefolgt werden. Denn aus den weiter dokumentierten medizinischen Berichten sind weder Angaben betreffend einer allfälligen Fahreignung des Beschwerdeführers noch einer diesbezüglich erforderlichen Medikamenteneinnahme zu entnehmen. Aus den vorliegenden Akten geht auch nicht hervor, ob die Einnahme des entsprechenden Medikaments den beabsichtigten Erfolg herbeiführte. So sind den Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ hierzu keine Angaben zu entnehmen. Da sich der Beschwerdeführer gegenüber dem neurologischen Gutachter dahingehend äusserte, als er aktuell nicht mehr so genau wisse, ob das Medikament noch helfe, erscheint dessen Wirksamkeit zumindest fraglich. Dr. med. D.\_\_\_\_ ging im Bericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiavor) auf die ursprüngliche Berufstätigkeit des Beschwerdeführers als Lackierer ein und hielt fest, diese sei aufgrund der stattgehabten Diskushernienoperation nicht mehr möglich. Dies v.a. aufgrund der Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule. Wie Dr. med. AL.\_\_\_\_ überzeugend darlegte, ist dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ indes kein klinischer Befund zu entnehmen. Es stellt sich daher die Frage, worauf er sich bei dieser Feststellung genau stützte. Weiter führte Dr. med. AL.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aus, es habe im Übrigen bisher keine Diskushernienoperation stattgefunden. Auch diese gutachterliche Einschätzung erweist sich als korrekt. So wurde bisher die Möglichkeit einer Operation lediglich diskutiert. Man

entschied sich indes bisher für die Durchführung konservativer Therapiemassnahmen und führte daher u.a. auch zwei Infiltrationen durch (vgl. E. II. 6.8 und 6.14 hiervor). Demzufolge kann den Ausführungen des behandelnden Neurologen nicht gefolgt werden. Es kommt hinzu, dass Dr. med. D. \_\_\_ in seinem Bericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darlegte, dass aus schlafmedizinischer Sicht eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar sei. Gemäss Dr. med. AL. \_\_\_ leuchte dies nicht ein, da im vorausgehenden Bericht vom 20. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) unter Behandlung mit Modasomil eine deutliche Verbesserung der Vigilanz angegeben worden sei. Unter Berücksichtigung der zusätzlich durchgeführten pupillographischen Untersuchung sei dann dem Beschwerdeführer auch das Führen von Motorfahrzeugen erlaubt worden. Ebenfalls fehlten von Dr. med. D. \_\_\_ Angaben hinsichtlich der Epworth-Schläfrigkeitsskala in allen Bereichen. Es handle sich dabei um eine allgemein gebräuchliche Skala, welche insbesondere geeignet sei, den Verlauf unter Behandlung zu dokumentieren. Aufgrund dieser Ausführungen kann der Zusammenfassung von Dr. med. AL. \_\_\_ gefolgt werden, wonach die Angaben des behandelnden Neurologen Dr. med. D. \_\_\_ wenig präzise seien und somit keine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlaubten. Es kommt hinzu, dass auch der Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Daher vermögen die Berichte des den Beschwerdeführer behandelnden Neurologen Dr. med. D. \_\_\_ die beweismässigen Ausführungen und Feststellungen von Dr. med. AL. \_\_\_ nicht zu vermindern.

7.7 In Bezug auf das kardiologische Teilgutachten von Dr. med. AM. \_\_\_ finden sich mit Ausnahme des Berichts vom 5. April 2015 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) betreffend die Erstintervention nach dem am gleichen Tag erlittenen Myokardinfarkt in den vorliegenden medizinischen Akten keine durch einen auf das medizinische Fachgebiet der Kardiologie spezialisierten Facharztberichte. Der Beweiswert des kardiologischen Teilgutachtens wird durch die Vorakten nicht eingeschränkt.

7.8 Die vor dem Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 11. September 2017 verfassten medizinischen Berichte vermögen dessen Beweiswert nicht zu schmälern.

7.9 Es ist auf die gegen das Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

7.9.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen (A.S. 11), es finde sich im Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ ein Widerspruch, indem der Orthopäde auf S. 18 des Gutachtens betreffend das Zumutbarkeitsprofil festhalte, eine «längerdauernde Einnahme kniender und kauender Positionen» müsse vermieden werden. Gleichzeitig werde die Arbeitsfähigkeit als Autolackierer, welche nun aber nur in Zwangshaltung auszuüben sei, auf 50 % geschätzt. Diese Tätigkeit sei nur in Zwangshaltung auszuüben, nämlich in stehender, kniender und kauender Arbeitshaltung. Entgegen der Annahme des Beschwerdeführers findet sich hier indes kein Widerspruch. So ging der orthopädische Experte Dr. med. AK. \_\_\_ in seinem Teilgutachten davon aus (IV-Nr. 64.1 S. 19 oben), dass der Beschwerdeführer für die Tätigkeit als Autolackierer, bei der immer auch der Einsatz der dominanten rechten oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus nötig sei, eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum mit um 30 % reduzierter Leistung aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs bestehe. Zudem hielt er explizit fest, dass das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie die längerdauernde Einnahme kniender und kauender Positionen vermieden werden müsse. Somit geht der orthopädische Experte davon aus, dass dem Beschwerdeführer das Ausüben der beruflichen Tätigkeit als Autolackierer insbesondere unter Beachtung von Wechselpositionen zumutbar sei. Diese

gutachterliche Einschätzung steht auch nicht im Widerspruch zu den Angaben des Beschwerdeführers betreffend die ausgeübte Tätigkeit als Autolackierer (IV-Nr. 64.1 S. 18 unten). So gab dieser an, er habe als Autolackierer oft kniend gearbeitet, den ganzen Körper bewegt, viel mit Kopf und Armen getan und Lasten von sicher zumindest 15 kg bewegt. Damit greift auch das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers nicht, wonach der Gutachter eine fehlende Kenntnis der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers habe (A.S. 11).

7.9.2 Der Beschwerdeführer stellt sich zudem auf den Standpunkt (A.S. 11), die Einschätzungen des Neurologen zur Arbeitsfähigkeit aufgrund der Narkolepsie und der Schlafapnoe beruhten nicht auf eigenen Befundaufnahmen. So habe Dr. med. AL. \_\_\_ keine eigenen schlaflabormedizinischen Befunde erhoben, weshalb seine Einschätzung nicht beweiswertig sei. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Wie bereits oben unter E. II. 7.1 hiervor dargelegt, beruht das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ u.a. auf umfassenden Untersuchungen, darunter auch eine schlafmedizinische Abklärung im Sinne einer Polysomnographie vom 2. Juni 2017, einem multiplen Schlaflatenztest MSLT vom 19. August 2017 und einer Aktigraphie sowie einem Schlaftagebuch vom 22. Mai bis 2. Juni 2017 und vom 14. bis 19. August 2017 (IV-Nr. 64.1 S. 22 f.). Die Ergebnisse dieser Abklärungen flossen in die Beurteilung des neurologischen Gutachters mit ein. So führte dieser auch explizit aus, da die Ursache der vermehrten Tagesschläfrigkeit des Beschwerdeführers somit weiterhin im Unklaren geblieben sei, hätten sie im Rahmen der Begutachtung nochmals eine vertiefte schlafmedizinische Abklärung durchgeführt (IV-Nr. 64.1 S. 24). In diesem Sinn hielt denn auch Dr. med. G. \_\_\_, RAD, in ihrer Stellungnahme vom 24. April 2018 (vgl. E. II. 6.27 hiervor) fest, die Argumentation des Beschwerdeführers sei medizinischerseits nicht nachvollziehbar, da hier eine intensive Auseinandersetzung mit den externen aber auch eigenen Befundergebnissen erfolgt sei. In Bezug auf das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers in diesem Zusammenhang, wonach sich Dr. med. AL. \_\_\_ inhaltlich nicht überzeugend mit der Divergenz zu Dr. med. D. \_\_\_ befasst habe, der von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgehe (A.S. 11 f.), kann auf die Ausführungen unter E. II. 7.6 hiervor verwiesen werden. Weiter sei gemäss dem Beschwerdeführer aktenwidrig, wenn Dr. med. AL. \_\_\_ darlege, Dr. med. D. \_\_\_ hätten «Angaben hinsichtlich der Epworth-Schläfrigkeitsskala in allen Berichten» gefehlt. So könne dem Bericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 28. November 2016 ein solcher Wert von «18/h (Rückenlage 30/h)» entnommen werden. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Dr. med. D. \_\_\_ im Bericht vom 28. November 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) unter der Hauptdiagnose «obstruktives Schlafapnoe Syndrom (ICD-10 G47.31)» zwar einen Wert von «AHI initial 18/h (Rückenlage 30/h)» aufführte, es sich aber bei diesem Wert – wie dies Dr. med. AL. \_\_\_ korrekt erkannte – nicht um das Ergebnis einer Epworth-Schläfrigkeitsskala handelt, die eine allgemein gebräuchliches Skala darstelle, welche insbesondere geeignet sei, den Verlauf unter Behandlung zu dokumentieren (vgl. IV-Nr. 64.1 S. 25). Damit vermag das Vorbringen des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen. Weiter «vollkommen nicht nachvollziehbar» sei laut dem Beschwerdeführer (A.S. 12), was der Gutachter Dr. med. AL. \_\_\_ mit einer «lebhaften, stimulierenden Arbeitsumgebung» meine, die der Beschwerdeführer benötige, damit keine Einschränkungen aufgrund der vermehrten Tagesmüdigkeit und Konzentrationsprobleme entstünden. Dem kann entgegengehalten werden, dass der neurologische Gutachter diese Ausführung im Zusammenhang mit der vermehrten Tagesschläfrigkeit des Beschwerdeführers machte, indem er darauf hinwies, dass dem Beschwerdeführer keine

Arbeiten in einer monotonen Arbeitssituation zugemutet werden könnten, es demgegenüber in einer lebhaften, stimulierenden Arbeitsumgebung aus neurologischer / schlafmedizinischer Sicht keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gebe (IV-Nr. 64.1 S. 24 unten). Diese gutachterlichen Ausführungen erscheinen plausibel. So ist durchaus nachvollziehbar, dass bei einem Patienten mit vermehrter Tagesschläfrigkeit das Ausüben von eintönigen und dadurch eher rasch ermüdenden beruflichen Tätigkeiten nicht gerade förderlich ist. Der daraus gezogenen Schlussfolgerung des Beschwerdeführers kann indes nicht gefolgt werden. So kann nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche industriellen Tätigkeiten monotoner Art sind (A.S. 12). Dies ist weder erstellt noch anzunehmen. Denn bei den Anforderungen, welche der Beschwerdeführer an einen Arbeitsplatz zu stellen hat (vgl. E. II. 8 hiernach), ist vielmehr mit ausreichend nicht-monotonen Arbeitsmöglichkeiten zu rechnen, etwa leichten Montagetätigkeiten, Kontroll-, Lager-, Verpackungs- oder Speditionsarbeiten, Bedienungs- und Überwachungsfunktionen und ebenso im Dienstleistungssektor (bspw. Magaziner, Ausläufer etc.; vgl. auch Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 447/06 vom 5. September 2006 E. 2.2 mit Hinweis). Es ist daher davon auszugehen, dass es in der Industrie durchaus Tätigkeiten gibt, die in einer «lebhaften, stimulierenden Umgebung» ausgeübt werden können. Der Beschwerdeführer stellt sich zudem in generell-abstrakter Weise auf den Standpunkt, dass nicht nachvollziehbar sei, wenn der Neurologe der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ eine Arbeitsrelevanz der Narkolepsie und der Schlafapnoe einzig für monotone Tätigkeiten und für solche, welche eine längere Zeit konzentriertes Arbeiten erfordern würden, attestiere (A.S. 12 Mitte). So fehlten verbindliche Aussagen zur Fahr- und Wegfähigkeit. Diesbezüglich vermag der Beschwerdeführer indes nicht darzutun, inwiefern das Führen eines Fahrzeugs bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit als Autolackierer bzw. in einer anderen beruflichen industriellen Tätigkeit (vgl. oben) notwendig sei. Im Übrigen hielt der Gutachter Dr. med. AL.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer könne seine Aufgaben (aktuell als Hausmann) gut erfüllen, somit sei in Bezug auf die berichteten Alltagsaktivitäten und die aktuelle Tätigkeit als Hausmann keine schwerwiegende Einschränkung der vermehrten Tagesschläfrigkeit nachvollziehbar (IV-Nr. 64.1 S. 24). In diesem Zusammenhang überzeugt auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer aufgrund der vermehrten Tagesschläfrigkeit aus neurologisch / schlafmedizinischer Sicht in einer lebhaften, stimulierenden Arbeitsumgebung keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Er wies zudem auf therapeutische Optionen hin, die zu einer Besserung führen könnten. Somit vermag der Beschwerdeführer aus diesen Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Daran vermag auch das weitere Argument des Beschwerdeführers, wonach gemäss § 2 Abs. 2 des deutschen Sozialgesetzbuches (SGB) Patienten mit Narkolepsie aufgrund der Symptomatik der Erkrankung als schwerbehindert einzustufen seien, nichts zu ändern.

8. Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 11. September 2017 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) ist somit voll beweiswertig. Dies hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) fest. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 11. Dezember 2017 auf dieses abgestellt hat. Es kann daher der im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ formulierten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gefolgt werden (IV-Nr. 64.1 S. 30): Damit besteht für den Beschwerdeführer für körperlich schwer belastende Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Autolackierer kann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen

werden. Aus kardiologischer Sicht ist der Beschwerdeführer für körperlich nicht belastende, leicht belastende und auch mittelschwer belastende Tätigkeiten arbeitsfähig. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung liegt dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Der wiederholte Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Schulterniveaus, das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie die länger dauernde Einnahme kniender und kauender Positionen sollten dabei aber vermieden werden. Aus neurologischer und schlafmedizinischer Sicht sind aufgrund der vermehrten Tagesschläfrigkeit bis zu einem gewissen Grad Einschränkungen vorhanden, so dass dem Beschwerdeführer keine Arbeiten in einer monotonen Arbeitssituation zugemutet werden können. In einer lebhaften, stimulierenden Arbeitsumgebung bestehen aus neurologischer / schlafmedizinischer Sicht jedoch keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Weder aus allgemeininternistischer noch aus psychiatrischer Sicht können weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die psychiatrische Diagnose einer Dysthymie schränkt die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht ein. Insgesamt besteht somit aus polydisziplinärer Sicht für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Einsetzen der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveau und ohne länger dauernde Einnahme kniender und kauender Positionen eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 64.1 S. 30). Diese Einschätzung gilt seit April 2015 (IV-Nr. 64.1 S. 30 f.). In Bezug auf das Vorbringen des Vertreters des Beschwerdeführers im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 25. März 2019 (vgl. Protokoll vom 25. März 2019, A.S. 59 f.), wonach es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Verweistätigkeiten konkret zu benennen, kann festgehalten werden, dass rechtsprechungsgemäss nur eine entsprechende Konkretisierungspflicht besteht, wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Kreis der zumutbaren Tätigkeiten ausserordentlich stark einschränken. So verhält es sich hier nicht. Aufgrund des durch die Gutachter der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ formulierten, theoretisch-medizinischen Zumutbarkeitsprofils (vgl. oben) ist es zudem ohne weiteres möglich, auf konkrete berufliche Tätigkeit zu schliessen. 9. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.3. hiervor) und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den berechneten IV-Grad von 20 % korrekt errechnet hat (A.S. 1): 9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab April 2016 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 9.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit

Hinweisen; 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

9.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (vgl. IV-Nrn. 5, 7, 10, 64.1 S. 7) absolvierte der Beschwerdeführer nach dem Besuch der Grundschule von April 1987 bis April 1990 die Lehre als Autolackierer in der Firma AN.\_\_\_\_ in [...]. Vom Mai 1991 bis im Oktober 1992 war er sodann als Autolackierer bei der Firma AO.\_\_\_\_ in [...], vom Juni 1993 bis September 1998 als Autolackierer bei der Firma AP.\_\_\_\_ in [...], vom Oktober 1998 bis April 2005 als Autolackierer bei der Firma AN.\_\_\_\_ und vom August 2005 bis März 2008 als Autolackierer bei der Firma AQ.\_\_\_\_ in [...] beschäftigt. Seit April 2008 war der Beschwerdeführer bei der Firma AR.\_\_\_\_, [...], angestellt, wobei er seit Oktober 2010 im Aussendienst als Regionaler Verkaufsleiter tätig war. Ab dem 1. Januar 2015 war er sodann als Autolackierer zu 100 % bei der Firma AS.\_\_\_\_ in [...] beschäftigt. Ab dem 5. April 2015 war er zunächst zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, konnte aber nach der Rehabilitation wieder zu 50 % arbeiten. Im Verlauf konnte er das Pensum auf 70 % steigern und war nach dem Bandscheibenvorfall im November 2015 wieder arbeitsunfähig geschrieben. Von Juni bis September 2016 war der Beschwerdeführer wieder mit einem Arbeitspensum von 30 % berufstätig und dann wiederum zu 100 % arbeitsunfähig. Das Arbeitsverhältnis wurde durch den Arbeitgeber am 19. September 2016 aufgelöst (vgl. Protokolleintrag vom 28. Oktober 2016). Seither ist der Beschwerdeführer arbeitslos.

9.1.3 Da dem gelernten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Autolackierer bei der Firma AS.\_\_\_\_ aus gesundheitlichen Gründen per 19. September 2016 gekündigt wurde und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis tätig war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma AS.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Daher hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf das zuletzt bei der Firma AS.\_\_\_\_ erzielte Einkommen im Jahr 2015 von CHF 84'175.00 (13 x CHF 6'475.00, vgl. IV-Nr. 10 und Protokolleintrag vom 26. Oktober 2017) abgestellt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis im Jahr 2016 (T1.10 Nominallohnindex, 2011 - 2017; Maschinenbau, Fahrzeugbau [: 104,3 x 105,3]) beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 84'982.05. Der Beschwerdeführer lässt hierzu vorbringen, es fehlten in Bezug auf das Valideneinkommen Auskünfte über Aufstiegsmöglichkeiten und Lohnsteigerungen im Gesundheitsfall (A.S. 15). Da in den vorliegenden Akten indes keinerlei Anhaltspunkte in Bezug auf entsprechende Aufstiegs- oder Lohnsteigerungsmöglichkeiten ersichtlich sind und der Beschwerdeführer – obschon er dies im Rahmen der Beschwerdeschrift ankündigte (A.S. 15) – ebenfalls keine weiteren Angaben dazu geltend macht, kann diesem Vorbringen nicht gefolgt werden. Die entsprechenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 24. April 2018 erweisen sich daher als korrekt (A.S. 28).

9.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

9.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 8 hiervor), ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab April 2015 eine körperlich leichte bis mittelschwere, leidensadaptierte Tätigkeit zu 100 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Wie dargelegt, besteht kein Anlass, nun die Werte des Dienstleistungs-Sektors einzubeziehen. Gemäss LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'312.00 auszugehen (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten

körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 5'312.00 x 12 [: 40 x 41,7] = CHF 66'453.15) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2016 anzupassen (: 103,3 x 104,4). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 67'161.00.

9.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann – Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 47 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 3 S. 1) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Aufgrund der vorliegenden Akten scheint sich beim Beschwerdeführer auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht zu stellen, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Aufgrund sämtlicher beim Beschwerdeführer ausgewiesenen somatischen gesundheitlichen Einschränkungen (vgl. E. II. 8 hiervor) ist von einem – wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 15) – leidensbedingten Abzug von insgesamt 10 % auszugehen. Damit beträgt das Invalideneinkommen total CHF 60'444.90.

9.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 84'982.05 und einem Invalideneinkommen von CHF 60'444.90 eine Erwerbseinbusse von CHF 24'537.15, die einem IV-Grad von gerundet 29 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 3 hiervor).

10. Damit ist die Verfügung vom 11. Dezember 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.