

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.123 vom 28. April 2021

SO Obergericht, 2021-04-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.123\\_d20210428](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.123_d20210428)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.123 du 28 avril 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.123 del 28 aprile 2021

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1960, meldete sich am 27. Mai 2015 bei der C.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung und am 11. Juni 2015 zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Belege Nr. [IV-Nr.] 1 und 8). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden Schulterschmerzen rechts angegeben, daraus resultierend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 11. Dezember 2014. Der Beschwerdeführer war zuletzt in einem 100%-Pensum bei der D.\_\_\_\_ AG, [...], als Busschauffeur angestellt gewesen.

1.2 Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schulterbeschwerden sind auf einen Unfall vom 15. Februar 2014 zurückzuführen (Kollision des vom Beschwerdeführer gelenkten Busses mit einem Personenwagen, IV-Nr. 2). Parallel zur IV-Anmeldung lief ein Verfahren der Unfallversicherung Suva. Die Beschwerdegegnerin holte folglich die Akten der Unfallversicherung ein. Nach Einstellung der Heilbehandlung durch die Unfallversicherung wurden dem Beschwerdeführer Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Jobcoachings gewährt (IV-Nr. 35). Dieses wurde mit Bericht vom 19. September 2017 abgeschlossen, IV-Nr. 54).

2. Zwischenzeitlich hatte die Unfallversicherung dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 31. Mai 2017 (IV-Nr. 44) mit Wirkung ab 1. Juli 2017 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 30 % sowie eine Integritätsentschädigung von 30 % zugesprochen. Eine vom Beschwerdeführer dagegen erhobene Einsprache wurde abgewiesen (IV-Nr. 60). Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) hiess eine dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 4. Februar 2019 hinsichtlich der Integritätsentschädigung gut; die Rentenberechnung wurde bestätigt (VSBES.2018.161; IV-Nr. 68 S. 2 ff.).

3. Die Beschwerdegegnerin legte nach dem Urteilsspruch des Versicherungsgerichts die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Nach anschliessend durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 72 und 77) wies sie mit Verfügung vom 30. April 2020 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Invalidenrente ab (IV-Nr. 81; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

4. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 5. Juni 2020 beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben (A.S. 7 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:

5. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2020 (A.S. 25 ff.) die Abweisung der Beschwerde.
6. Der Beschwerdeführer lässt sich mit Replik vom 5. Oktober 2020 (A.S. 33 ff.) noch einmal vernehmen, wobei er an seinen in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren festhält.
7. In ihrer Duplik vom 28. Oktober 2020 (A.S. 38) teilt die Beschwerdegegnerin mit, sie verzichte auf weitere Äusserungen.
8. Mit Verfügung vom 23. November 2020 (A.S. 40) wird festgestellt, dass die Vertreterin des Beschwerdeführers innert Frist keine Kostennote eingereicht hat.
9. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## II.

### E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) und der Beschwerdeantwort (A.S. 25 ff.) dar, dem Beschwerdeführer sei seit dem Unfall vom 15. Februar 2014 aus gesundheitlichen Gründen die Tätigkeit als Buschauffeur nicht mehr zumutbar. Trotz intensiven Bemühungen habe keine Anstellung in einem angepassten Tätigkeitsfeld gefunden werden können, worauf das Dossier in der beruflichen Eingliederung geschlossen worden sei. Die weiteren Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer unfallbedingt in seiner Beweglichkeit der rechten, in geringerem Ausmass auch der linken Schulter eingeschränkt sei. Die Schmerzen nähmen insbesondere bei Belastung zu, was die weitere Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Berufschauffeur ausschliesse. Diese Beeinträchtigungen hätten zur Folge, dass keine Arbeiten über Kopf, auf Leitern und Gerüsten sowie mit Schlag- oder Vibrationsbelastungen mehr ausgeübt werden könnten. Die Belastung sei körpernah auf 10 kg bis Hüfthöhe und 5 kg bis Brusthöhe, körperfern auf 1 kg (nicht repetitiv) beschränkt. Unter Berücksichtigung der unfallfremden gesundheitlichen Einschränkungen lasse sich festhalten, dass für angepasste, leichte Tätigkeiten weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese sollten vorzugsweise in Wechselbelastung mit wenig Rumpfdrehbewegungen sowie ohne Überkopfarbeiten sein. Gewichtsbelastungen seien körpernah auf Hüfthöhe bis max. 10 kg zumutbar und auf Brusthöhe bis max. 5 kg möglich. Körperfern sollte die Last bei repetitiven Tätigkeiten nicht mehr als 1 kg betragen. Zu vermeiden seien kniende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlagbelastungen. Ebenfalls zu vermeiden seien Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Eine solche angepasste Tätigkeit sei weiterhin in einem vollen Pensum zumutbar. Dabei könne der Beschwerdeführer ein entsprechendes und rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Es bestehe keine lang dauernde Erwerbsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung zu tragen und ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorzunehmen. Bei einem Invaliditätsgrad von 27 % bestehe kein Rentenanspruch.

Zum Einwand wird wie folgt Stellung genommen: In der Beurteilung durch den RAD sei das Dossier vollständig gewesen und die aktuellen medizinischen Berichte hätten allesamt

vorgelegen. Diese seien bei der medizinischen Beurteilung miteinbezogen worden. Die unfallfremden Diagnosen seien in der Bewertung einer leidensangepassten Tätigkeit mitberücksichtigt worden. Dazu sei die RAD-Ärztin zum Schluss gekommen, dass aufgrund der Gesundheitsschäden das Leistungsprofil in qualitativer Hinsicht angepasst werden müsse. Die gesundheitliche Beurteilung sei gestützt auf Untersuchungsberichte durch qualifizierte Spezialärzte vorgenommen worden. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Erwerbstätigkeit finden lasse, die den Anforderungen an das Arbeitsprofil gerecht werde. Dementsprechend seien bereits Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten oder leichte Montagearbeiten, auf Tischhöhe, als mögliche Tätigkeiten erwähnt worden. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens habe die Unfallversicherung verschiedene Arbeitsplatzprofile herangezogen, die dem definierten Zumutbarkeitsprofil entsprächen. Somit hätten mindestens fünf Profile benannt werden können, die eine Erwerbstätigkeit zuließen. Auch bei einer sehr kurzen verbleibenden Aktivitätsdauer sei je nachdem nicht von einem erheblich erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt auszugehen. Zum Valideneinkommen sei zu sagen, dass für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des (potentiellen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend seien, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen seien. Im vorliegenden Fall sei der Eintritt des Versicherungsfalls, unter Berücksichtigung der verspäteten Anmeldung im Juni 2015, und somit der frühestmögliche Rentenbeginn am 1. Dezember 2015. Daher sei es korrekt, dass hier auf die Angaben des Arbeitgeberberichts vom 23. Juni 2015 abgestellt werde. Hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs sei zu sagen, dass die konkrete Schwierigkeit, eine Arbeitsstelle zu finden, unter dem Axiom des ausgeglichenen Arbeitsmarktes in der Regel keinen Abzug rechtfertige.

In der Beschwerdeantwort wird festgehalten, das Fehlen einer eigenen Untersuchung durch den RAD könne nicht Grund dafür sein, die Einschätzung als nicht überzeugend und somit als nicht beweiswertig zu taxieren, wenn die Beurteilung gestützt auf fachärztliche Berichte erfolge. Die fachlichen Qualifikationen der erfahrenen RAD-Ärztin könnten zudem nicht mit einer anderen Beurteilung durch den behandelnden Allgemeinarzt in Frage gestellt werden. Ferner seien das Vorhandensein oder die Länge einer Diagnoseliste nicht von Relevanz für den Leistungsentscheid der Invalidenversicherung. Zum Vorbringen, dass der RAD die Eingliederungsmassnahmen in seiner Beurteilung nicht berücksichtigt habe, sei zu sagen, dass es Sache des Mediziners sei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Zudem nehme die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung. Es sei nicht die Aufgabe der Mediziner, eine Beurteilung der Eingliederungsfachperson oder die aktuelle Wirtschaftslage in ihrer Stellungnahme zu berücksichtigen.

2.2. Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 7 ff.) und Replik (A.S. 33 ff.) entgegenhalten, die Sachverhaltsabklärungen der Beschwerdegegnerin seien ungenügend. Das von ihr übernommene Zumutbarkeitsprofil wie auch die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seien ohne Weiterungen aus den Abklärungen der Suva übernommen worden. Bei der Stellungnahme der RAD-Ärztin handle es sich um eine reine Aktenbeurteilung, da sie den Beschwerdeführer nicht selber untersucht habe. Wenn der Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden solle, seien an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Eine rechtsgenügeliche

Auseinandersetzung mit den unfallfremden Diagnosen sei nicht erfolgt. Die RAD-Ärztin verfüge nicht über die notwendige Fachqualifikation, um die Auswirkung der unfallfremden kardiologischen und orthopädisch-chirurgischen Diagnosen beurteilen zu können. Sie habe offenbar keinen Facharztstitel. Insbesondere in Bezug auf die kardiologische Erkrankung diskutiere sie nicht, weshalb weder eine quantitative noch eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, obwohl Dr. med. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 22. Februar 2019 eine um 50 ■55 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Im von der RAD-Ärztin aufgestellten ergänzten Zumutbarkeitsprofil sei die Berücksichtigung der kardiologischen Beeinträchtigungen nicht erkennbar. Auch der Widerspruch zur von Dr. med. E.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsfähigkeit werde nicht diskutiert. In Bezug auf die Rückenschmerzsymptomatik und die beidseitige Kniegelenksarthrose finde keine Diskussion eines möglichen quantitativen Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit statt. Sodann werde nicht Stellung genommen zu möglichen Wechselwirkungen zwischen den vom Kreisarzt beurteilten unfallkausalen und den unfallfremden Beschwerden. Die RAD-Ärztin setze sich nicht mit den Ergebnissen der beruflichen Wiedereingliederung auseinander, obwohl auch die dort gewonnen praktischen Erkenntnisse deutlich von ihrer theoretischen Beurteilung abwichen. Nach einem sechsmonatigen Job-Coaching sei festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer mit dem von der Suva aufgestellten Zumutbarkeitsprofil auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr einsetzbar sei, sofern die Beschwerdegegnerin keine Umschulung gewähre. Nun seien seither aber keine weiteren beruflichen Massnahmen gesprochen und das Zumutbarkeitsprofil sei durch die unfallfremden Beeinträchtigungen noch weiter eingeschränkt worden. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sei damit gegenüber 2017 weiter erschwert. Es bestünden somit mehr als nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der medizinischen Beurteilungen der RAD-Ärztin, weshalb ein Gerichtsgutachten einzuholen sei. Weiter sei dem Beschwerdeführer die Verwertbarkeit der ermittelten Restarbeitsfähigkeit nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdegegnerin argumentiere gegen eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit unter anderen damit, dass die Suva das Invalideneinkommen mittels DAP Profilen ermittelt habe. Dieser Argumentation sei zu widersprechen. Einerseits sei der Einfluss des fortgeschrittenen Alters im Geltungsbereich des UVG ein anderer, da UVG Rentenleistungen lebenslang bezahlt würden und nicht mit dem Erreichen des Pensionsalters endeten. Andererseits sei der Beschwerdeführer während sechs Monaten durch einen Job-Coach mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den realen Arbeitsmarkt unterstützt worden. Es habe sich aber gezeigt, dass er auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne eine Umschulung nicht vermittelbar sei. Weshalb die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Jahr 2017 die für eine erfolgreiche Wiedereingliederung so dringend benötigte Umschulung nicht gewährt habe, sei nicht nachvollziehbar. Ihm jetzt entgegenzuhalten, dass er sich selber eingliedern müsse, nachdem man ihm vor drei Jahren die nötige berufliche Unterstützung grundlos verwehrt habe, scheine geradezu treuwidrig. Der Beschwerdeführer habe seit 1981 immer für den gleichen Arbeitgeber gearbeitet. Er sei seit etlichen Jahren praktisch nicht gefordert gewesen, sich an neue Strukturen und Aufgaben anzupassen. Entsprechend spezifisch seien seine Berufserfahrungen und sein Berufshorizont. Die langjährig ausgeübten Tätigkeiten seien nicht mehr möglich. Er wäre mithin gezwungen, nach knapp 40 Jahren bei einem neuen Arbeitgeber eine völlig neue Tätigkeit auszuüben, die er zunächst noch erlernen müsste. Zum Einkommensvergleich sei zu sagen, dass das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 4. Februar 2019 das Valideneinkommen auf CHF 87'237.00, basierend auf den Auskünften der Arbeitgeberin

D.\_\_\_\_, festgelegt habe. Daher sei für den Rentenanspruch spätestens ab anfangs 2016 von einem Valideneinkommen von CHF 87'237.00 auszugehen und nicht einem solchen von nur CHF 81'939.00, wie die Beschwerdegegnerin behaupte. Zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE 2014 (TA1, Durchschnittswert Hilfstätigkeit Männer, Niveau 1) abzustellen, sei im Grundsatz nicht zu bestreiten. Jedoch sei der Abzug vom Tabellenlohn von lediglich 10 %, der vom Versicherungsgericht alleine aufgrund der Unfallfolgen für angemessen gehalten worden sei, zu tief. Im von der RAD-Ärztin aufgestellten Zumutbarkeitsprofil würden die kardiologisch bedingten Beeinträchtigungen noch gar nicht und die orthopädischen nur ungenügend berücksichtigt. Ausser Acht gelassen werde auch das Alter des Beschwerdeführers. Allein schon das Zumutbarkeitsprofil der Suva schränke die dem Beschwerdeführer offenstehenden beruflichen Möglichkeiten derart ein, dass er nicht mehr als vermittelbar qualifiziert werden könne. Insgesamt müsse daher der Maximalabzug von 25 % gewährt werden, sofern keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werde.

### **E. 3**

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Dezember 2014 (IV-Nr. 8) geltend gemacht. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 11. Juni 2015, IV-Nr. 8), was hier im Dezember 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Dezember 2015 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

### **E. 4**

4.1 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 gestellt 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen,

solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4.4 Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Bei Bedarf können sie selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden. Die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind. Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Diesen Anforderungen genügende RAD-Berichte nach Art. 49 Abs. 2 IVV können einen Beweiswert haben, der mit jenem von externen medizinischen Gutachten vergleichbar ist. Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des Bundesgerichts 9C\_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Nach einer von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, am 8. September 2014 durchgeführten MR Arthrographie der rechten Schulter wurden eine Tendinose und Partiailläsion mit gelenkseitigem, nicht transmuralem Riss der Supraspinatussehne, eine Tendinose der Subscapularissehne (ohne Ruptur), ein Verdacht auf eine SLAP-Läsion, eine hypertrophe AC-Arthrose mit konsekutiver subakromialer Impingement-Situation sowie eine Bursitis subacromialis / subdeltoidea festgestellt (IV-Nr. 12.55).

5.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, führte am 12. Dezember 2014 eine Schulterarthroskopie rechts durch (IV-Nr. 6). In den nachfolgenden Verlaufsberichten (IV-Nrn. 12.31, 12.27, 12.23 und 12.20) legte er zunächst eine (postoperative) Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest und berichtete über einen komplikationslosen sowie zeitgerechten Verlauf nach der Operation. Am 6. März 2015 (IV-Nr. 12.23) hielt er fest, aus Sicherheitsgründen könne der Beschwerdeführer noch nicht als Buschauffeur arbeiten. Eine Arbeit mit abwechselnder Haltung und leichter Belastung wäre sicher zu vier Stunden pro Tag möglich (Büroarbeiten mit leichter Belastung). Am 10. April 2015 (IV-Nr. 12.20) gab er an, der Verlauf sei problemlos und der Beschwerdeführer könne ab dem 13. April 2015 seine Arbeit als Buschauffeur wieder zu 50 % aufnehmen (maximal vier Stunden am

Stück).

Am 20. Mai 2015 wurde eine erneute MR Arthrographie der rechten Schulter durch den Radiologen Dr. med. H.\_\_\_\_ durchgeführt (IV-Nr. 12.13). Festgestellt wurden eine vollständige Ruptur des ventralen Drittels der distalen Supraspinatussehne, eine intakte Bizepssehnen-Tenodese, eine SLAP-Läsion mit schlitzförmigem Einriss des superioren Labrums bis in den Bizepssehnen Anker reichend, eine höhergradige AC-Gelenksarthrose sowie ein eingengter Subakromialraum bei subakromialer Spornbildung. In der Folge führte Dr. med. E.\_\_\_\_ am 26. Juni 2015 nochmals eine Operation durch (Schulterarthroskopie rechts mit subakromialer Dekompression, AC-Gelenksresektion über Miniopen, Labrumshaving, Rotatorenmanschetten-Reinsertion über Miniopen [Supraspinatussehne]; IV-Nr. 19.2 S. 45 f.) und berichtete anschliessend wieder über den Verlauf (IV-Nrn. 19.2 S. 42 f., 36 f., 27 f. und 24 f.), der sich gemäss seinen Angaben problemlos gestaltete. Die Arbeitsunfähigkeit als Buschauffeur wurde ab 11. Dezember 2014 bis auf weiteres auf 100 % festgelegt. Mit einer Steigerung sei ab Ende September / Anfang Oktober 2015 zu rechnen. Am 8. September 2015 (IV-Nr. 19.2 S. 27 f.) berichtete er, seit einer Woche seien plötzlich Schmerzen in der rechten Schulter mit aktiv deutlicher Bewegungseinschränkung bei aber guter Kraftentwicklung aufgetreten. Nach einer Infiltration sei der Beschwerdeführer deutlich beschwerdeärmer gewesen. Es handle sich wahrscheinlich um eine Überlastungssituation nach konsequenter Physiotherapie. Am 28. September 2015 (IV-Nr. 19.2 S. 24 f.) hielt er fest, mittlerweile sei unter der intraartikulären und subakromialen Infiltration die Entzündung zurückgegangen und der Beschwerdeführer sei in Ruhe beschwerdefrei. Allerdings entwickle sich jetzt bei dem Diabetiker eine Frozen Shoulder mit deutlicher Beweglichkeitseinschränkung. Eine Schulterarthroskopie sei indiziert.

5.3 Am 1. Oktober 2015 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie FMH, über eine kardiologische Untersuchung vom 30. September 2015 (IV-Nr. 46 S. 35 f.) und stellte folgende Diagnosen:

Es wurde dargelegt, vor zwei bis drei Wochen habe die Symptomatik begonnen mit belastungsinduziert auftretendem retrosternalem Brennen. Auffällig sei ein deutlich erhöhtes kardiovaskuläres Risikoprofil mit Diabetes mellitus Typ II, arterieller Hypertonie, Adipositas Grad I und positiver Familienanamnese. Die Echokardiographie vom 30. September 2015 zeige eine gute systolische Funktion beider Ventrikel, ein konzentrisches Remodelling des linken Ventrikels, vereinbar mit einer hypertensiven Herzkrankheit, eine leichte Dilatation der Aortenwurzel sowie eine Aortensklerose.

5.4 Am 13. Oktober 2015 äusserte sich PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie FMH, K.\_\_\_\_ Klinik, im Sinne einer Zweitmeinung zur Frage einer erneuten Schulteroperation (IV-Nr. 17 S. 3 ff.). Er diagnostizierte Folgendes:

Orthopädische Zusatzdiagnosen:

Internistische Zusatzdiagnosen:

Zum Befund wurde angegeben, an der rechten dominanten Schulter zeige sich eine reizlose, naturgemäss noch hyperämische Narbe im ventralen Bereich. Die aktive und passive Schultergelenksfunktion sei schmerzhaft endgradig eingeschränkt. Das Röntgen zeige ein korrekt zentriertes Glenohumeralgelenk in allen Projektionen, ein leicht dysplastisches

kaudales Glenoid und keine arthrotischen Veränderungen glenohumeral. Es bestehe ein Status nach AC-Gelenkresektion. Die Sonographie beider Schultergelenke zeige intakte Rotatorenmanchetten. Die rechte Schulter sei reduziert beweglich (retraktile Capsulitis).

Zur Beurteilung wurde dargelegt, die gegenwärtige Schultergelenksproblematik auf der rechten dominanten Seite gehe auf den Verkehrsunfall vom 15. Februar 2014 zurück. Nach diesem Unfall habe der Beschwerdeführer lückenlose Brückensymptome mit impingementartigen Schulterschmerzen rechts gehabt, welche in der Folge noch zugenommen hätten. Bei anfänglich günstigem Verlauf nach einer Arthroskopie sei ein Restschmerzsyndrom zurückgeblieben, welches in der Folge wiederum zugenommen und die Lebensqualität entscheidend beeinträchtigt habe. Auch nach einer zweiten Schulterrekonstruktion rechts sei es im weiteren Verlauf zu einer Schmerzexazerbation mit stetiger Abnahme der Beweglichkeit gekommen. Unter der Diagnose einer Frozen-Shoulder sei die druckgesteuerte Sprengung der Schulterkapsel mit Mobilisation der rechten Schulter geplant worden. Dieser Eingriff habe jedoch wegen eines kardiologischen Ereignisses (Myokardinfarkt) abgesetzt werden müssen. Bei der aktuellen Untersuchung sei die rechte Schulter nach wie vor eingeschränkt in ihrer Funktion mit einer vor allem endgradigen Schmerzhaftigkeit in allen Bewegungsrichtungen. Im Beruf als Buschauffeur bestehe aus orthopädischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit. Sonographisch könne die Kontinuität der rekonstruierten Rotatorenmanschette rechts verifiziert werden. Das Gelenk zeige keine arthrotischen Veränderungen. Der Beschwerdeführer präsentiere aktuell das Bild einer retraktiven Capsulitis / partiellen Frozen-Shoulder. Eine operative Adhäsiolyse / Kapsulektomie sei bei der aktiven Capsulitis grundsätzlich kontraindiziert. Wünschbar wäre eine intraartikuläre und subakromiale Steroidstosstherapie / Infiltration. Dies sei aber so kurz nach der Stent-Implantation nicht opportun und auch wegen des Diabetes mellitus Typ II zum aktuellen Zeitpunkt kontraindiziert. Bei Versagen der konservativen Behandlungsmassnahmen wäre eine arthroskopische Adhäsiolyse Kapsulotomie / Kapsulektomie in Erwägung zu ziehen.

Am 1. Dezember 2015 führte PD Dr. med. J.\_\_\_\_ aus (IV-Nr. 26.83), zwischenzeitlich sei die retraktile Capsulitis weitgehend abgeklungen. Die Schulterfunktion rechts habe sich im Wesentlichen normalisiert. Es bestehe aber nach wie vor ein schmerzhaftes subakromiales Impingementsyndrom bzw. ein Restimpingement mit erheblicher Schmerzhaftigkeit der rechten Schulter bei Tätigkeiten um die Horizontale herum. Eine Infiltration habe eine Schmerzreduktion bewirkt. Die noch verbliebenen Schmerzen seien kapsulärer Natur gewesen.

5.5 Am 20. April 2016 wurde beim Beschwerdeführer eine erneute Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt (IV-Nr. 22). Es zeigte sich Folgendes:

5.6 Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie, H.\_\_\_\_ Klinik, diagnostizierte am 11. Mai 2016 (IV-Nr. 26.61 S. 2 ff.) ein Restschmerzsyndrom mit anamnestisch Zustand nach retraktiver Kapsulitis bei Status nach unverschuldetem Auffahrunfall vom 15. Februar 2014. Es bestünden beträchtliche Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter. Gestützt auf die klinisch erhobenen Befunde könne aktuell gesagt werden, dass das Bild einer offensichtlich bestehenden retraktiven Kapsulitis nicht mehr nachweisbar sei. Dies korreliere auch mit den Angaben des Patienten. Die Schulterfunktion habe im Verlauf deutlich verbessert werden können. Es persistiere aber eine Schmerzsymptomatik über der Horizontalen, ein fassbares sicheres Korrelat hierfür könne man aber nicht finden. Gestützt auf die Anamnese, die klinisch erhobenen Befunde sowie die Arthro-MRT der rechten

Schulter vom 20. April 2016 sei die Indikation für eine Re-Re-Arthroskopie nicht zu stellen. Längerfristig seien höchstwahrscheinlich berufliche Anpassungen notwendig.

5.7 Im Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, Universitätsklinik L.\_\_\_\_ (Sprechstundenbericht vom 8. August 2016, IV-Nr. 26.52) wurden ebenfalls Restschmerzen an der rechten Schulter nach dem Unfallereignis vom 15. Februar 2014 diagnostiziert. Im MRI zeige sich keine Reruptur. Klinisch bestehe eine starke Kapsulitiskomponente mit Bewegungseinschränkung. In Bezug auf eine Operation sei man sehr zurückhaltend; es seien die konservativen Massnahmen auszuschöpfen. Zudem habe eine Belastungsanpassung zu erfolgen. Die Tätigkeit als Buschauffeur könne der Beschwerdeführer zurzeit nicht ausüben.

5.8 Im Bericht der Kardiologin Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2016 (IV-Nr. 46 S. 15 f.) wurde ausgeführt, ein Jahr nach der Koronarintervention sei der Beschwerdeführer von kardialer Seite stabil. Belastungsunabhängig trete wiederholt ein retrosternaler und interscapulärer Schmerz auf, der am ehesten als muskuloskelettal zu deuten sei. Eine typische Angina-pectoris-Symptomatik werde verneint. Blutdruck-Eigenmessungen bewegten sich unter der Medikation durchschnittlich. Klinisch im Vordergrund stehe weiterhin das rechtsseitige Schulterleiden. Der Beschwerdeführer stelle sich in insgesamt gutem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand vor, kardiopulmonal kompensiert und auskultatorisch unauffällig. Die Carotiden seien frei und der Pulsstatus sei regelrecht. Die erhobenen Befunde zeigten erfreulicherweise ein kardial stabiles Verlaufsbild. Insbesondere bestehe kein Anhalt für eine Myokardischämie. Unverändert liege eine leicht- bis mässiggradige hypertensive Herzkrankheit vor.

5.9 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 16. November 2016 der Unfallversicherung (IV-Nr. 26.10), er habe bei der Konsultation vom 16. November 2016 beim Beschwerdeführer eine PAHS links (V.a. Tendinose des M. supraspinatus) diagnostiziert. Es bestünden Schmerzen und eine leichte Bewegungseinschränkung bei der Innenrotation.

5.10 Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen des Suva-Verfahrens am 6. Dezember 2016 von Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kreisärztlich untersucht (IV-Nr. 26.5). Dort wurden folgende Befunde erhoben:

Es seien eine Schonhaltung des rechten Armes und ein normaler Händedruck festzustellen. Das Abziehen der Kleidung zum Untersuchen der oberen Extremität gestalte sich verlangsamt und könne nur mit Hilfe des linken Arms bewältigt werden. Bei der Inspektion bestünden keine auffälligen Asymmetrien. Es seien keine Rötung, Überwärmung oder Schwellung vorhanden. Es seien reizlose, strichförmige Narben und reizlose Arthroskopieportale zu erkennen. Es bestehe eine symmetrische Muskulatur ohne Atrophien. Sämtliche Berührungen empfinde der Beschwerdeführer als äusserst schmerzhaft. Es bestehe keine Druckdolenz über dem SC-Gelenk oder über der Clavicula. Es sei eine ausgeprägte Druckdolenz über dem AC-Gelenk und Acromion festzustellen. Es bestünden ein schmerzhaftes Tuberculum majus und eine Druckdolenz über dem Sulcus bicipitalis. Der Nackengriff rechts sei bis zur rechten Schläfe möglich. Links sei der Nackengriff durchführbar. Der Schürzengriff rechts sei knapp bis zum Gesäss, links bis L5 möglich. Es bestehe eine gute Kraftentwicklung der Rotatorenmanschette. Der Impingement-Tests sei aufgrund von starken Schmerzen nicht durchführbar. Am linken

Schultergelenk präsentiere der Beschwerdeführer ein Painful-Arc. Die Impingement-Zeichen seien positiv bei Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Die Rotatorenmanschette sei intakt. Die Biceps- und Tricepssehnenreflexe seien symmetrisch. Der Kraftgrad der oberen Extremität betrage beidseits M5/5. Es bestehe eine periphere Sensibilität und die Durchblutung sei intakt.

Die Fachärztin nannte als unfallkausale Diagnose einen Status nach Verkehrsunfall am 15. Februar 2014 mit / bei: aktuell sekundärer Frozen Shoulder rechts; Status nach posttraumatischer Partiaalläsion Rotatorenmanschette, SLAP-Läsion Grad II am 15. Februar 2014; Status nach Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie Bicepssehne am Labrum, Labrum-Shaving, Shaving Tuberculum majus bei artikulärseitiger Ruptur; subacromialer Dekompression mit extraartikulärer Bicepstenodese, Acromioplastik und Bursektomie am 12. Dezember 2014 sowie Status nach Schulterarthroskopie rechts mit subacromialer Dekompression, AC-Gelenksresektion über Mini-open, Labrum-Shaving, Rotatorenmanschetten-Reinsertion über Mini-open (Supraspinatus) am 26. Juni 2015. In ihrer Beurteilung führt sie aus, der Beschwerdeführer habe am 15. Februar 2014 bei einem Verkehrsunfall ein Schultertrauma rechts erlitten. Das MRI der rechten Schulter vom 8. September 2014 enthalte den Nachweis einer gelenkseitigen, nicht transmuralen Partiaalläsion der Supraspinatussehne ohne Retraktion oder Muskelverfettung. Am 12. Dezember 2014 sei eine arthroskopische Defilée-Erweiterung mit Acromioplastik, Bicepstenotomie und Bizepstenodese extraartikulär erfolgt. Bei Persistenz der Beschwerden sei am 20. Mai 2015 eine weitere MRI-Untersuchung der rechten Schulter durchgeführt worden mit dem Nachweis einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne im ventralen Bereich bei AC-Arthrose. Am 26. Juni 2015 sei ein erneuter operativer Eingriff erfolgt (arthroskopische Defilée-Erweiterung rechts und offene Resektion des Acromioclaviculargelenkes sowie Reinsertion der rupturierten Supraspinatussehne). Eine erneute MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks vom 20. April 2016 habe den Nachweis einer narbig veränderten, irregulär verdickten Supraspinatussehne im vorderen Sehnensegment nach Naht dieser Sehne erbracht. Zusätzlich habe sich eine ausgedehnte narbige Gewebeformation subacromial gezeigt, von der insbesondere die Supraspinatussehne längerstreckig nicht abgegrenzt werden könne. Der Beschwerdeführer habe sich bei drei orthopädischen Spezialisten vorgestellt. Diese hätten übereinstimmend festgehalten, dass aufgrund des MRI-Befundes und der klinischen Situation kein chirurgisches Vorgehen indiziert sei. Es liege nach zweimaliger Schulteroperation rechts eine sekundäre Frozen Shoulder vor. Der Beschwerdeführer sei ausführlich darüber aufgeklärt worden, dass die Rückbildung der Bewegungseinschränkung hinsichtlich der Dauer individuell sehr unterschiedlich sei. Allgemein könne gesagt werden, dass physiotherapeutische Massnahmen bei der Erkrankung wichtig seien. Allerdings müsse die Intensität vorsichtig und schmerzadaptiert erfolgen, da es sonst womöglich zu einer Verschlimmerung kommen könne. Zusätzlich sei eine konsequente begleitende Analgesie unverzichtbar. Von einer erneuten operativen Intervention werde ausdrücklich abgeraten. Eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit (Chauffeurdienst) sei nicht mehr möglich. Das aktuell gültige Zumutbarkeitsprofil könne wie folgt umschrieben werden: Ganztägiger Einsatz; leichte Arbeit, keine Überkopfarbeiten; körpernah auf Hüfthöhe könnten Belastungen bis maximal 10 kg und auf Brusthöhe bis 5 kg durchgeführt werden; körperfern sollte die Last repetitiv nicht mehr als 1 kg betragen; Vibrationen und Schlagbelastungen seien zu vermeiden; von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sei abzusehen.

5.11 Laut radiologischer Beurteilung vom 10. Mai 2017 (IV-Nr. 46 S. 5) ergab eine gleichentags durchgeführte MR-Arthrographie des Schultergelenks links eine ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne, eine leichte Tendinopathie der langen Bizepssehne, keinen Riss der Rotatorenmanschette und postoperative Veränderungen des AC-Gelenks und Akromions.

5.12 Der Hausarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ gab in seinem Arztbericht vom 9. Juni 2017 (IV-Nr. 46 S. 1 ff.) Schulterschmerzen rechts und eine koronare 1-Gefässerkrankung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Automechaniker bzw. Buschauffeur betrage seit dem 12. Dezember 2014 100 %. Der Zustand sei stationär. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei schmerzbedingt stark eingeschränkt. Auch andere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Massgebend sei die starke Beweglichkeitseinschränkung der rechten Schulter. Auch eine spontane rasche Bewegung der rechten Schulter sei nicht möglich. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei weniger eingeschränkt.

5.13 Am 22. Februar 2019 stellte der Hausarzt Dr. med. M.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin eine Diagnosenliste (IV-Nr. 67 S. 1 f.) zu, wobei er folgende Diagnosen festhielt:

Der Hausarzt hielt fest, mit all den obengenannten Diagnosen schätze er die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf 45 ■ 50 % ein.

5.14 Der RAD nahm in der Person von Dr. med. O.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, am 3. Juli 2019 zur medizinischen Situation Stellung (IV-Nr. 70). Die RAD-Ärztin führte aus, der bisherige versicherungsmedizinische und versicherungsadministrative Sachverhalt sei im Rahmen des Entscheids des Versicherungsgerichts vom 4. Februar 2019 gut zusammengefasst. Die Umsetzbarkeit des von der Suva genannten theoretischen Leistungsprofils auf dem ersten Arbeitsmarkt sei von Seiten der beruflichen Integration geprüft und eine erwerbliche Verwertbarkeit verneint worden. Dem sei das Gericht nicht gefolgt. Der RAD könne sich inhaltlich den Aussagen der Kreisärztin zum medizinisch-theoretischen Sachverhalt bzw. dem entsprechenden Leistungsprofil in angestammter und angepasster Tätigkeit anschliessen. Es sei demnach von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte Tätigkeit als Busschauffeur seit dem Unfall im Februar 2014 auszugehen. Für die Bewertung einer möglichen leidensangepassten Tätigkeit seien neben den allein bei der Suva anhängigen Gesundheitsschäden auch noch die zu Lasten der IV abzuklärenden nachhaltigen Gesundheitsschäden mit zu berücksichtigen. Im Dossier finde man dazu:

Für diese Gesundheitsschäden sei in jeweils angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % anzunehmen. Für die Belange der IV müsse das von der Suva vorgegebene Leistungsprofil qualitativ um die durch obige Gesundheitsschäden bedingten gesundheitlichen Einschränkungen ergänzt werden. Es ergebe sich somit abschliessend und unter Berücksichtigung aller relevanten Gesundheitsschäden folgendes Leistungsprofil in angepasster Tätigkeit:

Aufgrund der organischen Unfallrestfolgen an den Schultern seien ganztags körperlich leichte Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten zumutbar. Gewichtsbelastungen seien körpernah auf Hüfthöhe bis max. 10 kg zumutbar und auf Brusthöhe bis max. 5 kg. Körperfern solle die Last repetitiv nicht mehr als 1 kg betragen. Zu vermeiden seien Vibrationen und Schlagbelastungen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Die Arbeit sei vorzugsweise in Wechselbelastung mit wenig Rumpfdrehbewegungen auszuüben. Es sollten keine Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr, keine kniende Tätigkeit und kein Anschieben

auf schräger Ebene erfolgen. Eine berufliche Fahr- und Steuertätigkeit sei nicht möglich. Das Leistungsprofil für eine angepasste Tätigkeit werde durch diese qualitativ ergänzenden Einschränkungen nochmals enger. Als Buschauffeur sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Unfall im Februar 2014 auf Dauer auszugehen. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit sei von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Davon könne ab Datum der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung am 6. Dezember 2016 ausgegangen werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt.

8.4 Wird das Invalideneinkommen 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 (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im 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).

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

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Flückiger

Der Gerichtsschreiber

Schmidhauser

## E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat kein eigenes Gutachten eingeholt, sondern bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf eine Stellungnahme des RAD abgestellt, in welcher wiederum hinsichtlich der vorherrschenden Schulterproblematik auf die Ergebnisse der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2016 Bezug genommen wurde. Dr. med. N.\_\_\_\_ ist ausgewiesene Fachärztin auf dem entsprechenden Gebiet und das Versicherungsgericht hat bereits in seinem Urteil vom 4. Februar 2019 (VSBES.2018.161) ihre Schlussfolgerungen als nachvollziehbar und beweismässig erachtet. Auf die entsprechenden Erwägungen (IV-Nr. 68 S. 15 ff.) kann verwiesen werden. Diese werden beschwerdeweise auch nicht in Zweifel gezogen. Die zeitlich nach der kreisärztlichen Untersuchung datierenden ärztlichen Berichte lassen keine Schlüsse auf eine seither eingetretene Verschlechterung des Zustands der Schultern zu (was auch nicht geltend gemacht wird), weshalb im Rahmen der RAD-Stellungnahme zu Recht auf die Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_ abgestellt wird. Insofern ist in Bezug auf die Schulter rechts und links, die von Dr. med. N.\_\_\_\_ ebenfalls untersucht wurde, der medizinische Sachverhalt genügend geklärt und auf das entsprechend formulierte Tätigkeitsprofil abzustellen. Dies steht auch in Einklang mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, welche übereinstimmend davon ausgehen, dass die ursprüngliche Tätigkeit als Buschauffeur nicht mehr möglich sei, jedoch nicht angegeben wird, dass keine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehen würde.

6.2 Hinsichtlich der übrigen Beschwerden und der RAD-Stellungnahme werden verschiedene Einwendungen vorgebracht. So sei keine eigene Untersuchung gemacht worden, es finde keine Auseinandersetzung mit den unfallfremden Diagnosen statt, die RAD-Ärztin habe keinen Facharztstitel, das Zumutbarkeitsprofil enthalte die kardiologischen Einschränkungen nicht, der Widerspruch zur Arbeitsfähigkeits-Beurteilung des Hausarztes werde nicht aufgelöst, die Rückenschmerzen und die Kniegelenksarthrose würden nicht diskutiert und es finde keine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen aus der beruflichen Eingliederung statt. Der RAD hat die versicherte Person nicht zwingend zu untersuchen, wenn er sich bei seiner Beurteilung auf vorhandene fachärztliche Unterlagen abstützen kann (vgl. E. II. 4.4 oben). Im vorliegenden Fall lagen von der Suva getätigte Erhebungen des medizinischen Sachverhalts vor, die bereits gerichtlich gewürdigt und für beweismässig befunden wurden. Unter den gegebenen Umständen erschien es dem RAD zu Recht nicht erforderlich, den Beschwerdeführer selber zu untersuchen. Die RAD-Ärztin hat das von Dr. med. N.\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil übernommen und weitere, unfallfremde Umstände hinzugezogen. So wird konkret angegeben, in den Akten fänden sich weiter eine chronische, objektivierbare Rückenschmerzsymptomatik, eine Kniegelenksarthrose beidseits und eine koronare 1-Gefässerkrankung sowie ein oral geführter Diabetes mellitus. Das Zumutbarkeitsprofil wird gestützt darauf weiter eingengt (zusätzlich: Arbeit vorzugsweise in Wechselbelastung, wenig Rumpfdrehbewegungen, keine Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr, keine kniende Tätigkeit, kein Anschieben auf schräger Ebene, keine berufliche Fahr- und Steuertätigkeit). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Rüge, die Beschwerdegegnerin habe sich mit den unfallfremden Diagnosen nicht auseinandergesetzt, als unbegründet. Die vom RAD genannten unfallfremden Diagnosen sind in den Akten durch die Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie (IV-Nrn. 46 S. 35 f. und 15 f.; vgl. E. II. 5.3 und 5.8 hiervor) und die Berichte des Hausarztes, Dr. med. M.\_\_\_\_, dokumentiert. In seinem Arztbericht vom 9. Juni 2017 (IV-Nr. 46 S. 1 ff.; vgl. E. II. 5.12 hiervor) erwähnte der Hausarzt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

lediglich Schulterschmerzen rechts und eine koronare 1-Gefässerkrankung. Die Arbeitsunfähigkeit legte er auf 100 % fest. Mit der Diagnoseliste vom 22. Februar 2019 (IV-Nr. 67 S. 1 f.; vgl. E. II. 5.13 hiervor) wurden dann unter anderem auch eine Gonarthrose und eine Rückenproblematik erwähnt, die Arbeitsunfähigkeit indessen auf 45 – 50 % festgelegt, ohne dass begründet würde, woraus auf diese zeitliche Einschränkung zu schliessen sei. Es erschliesst sich beispielsweise nicht, welchen Anteil die Schulterproblematik, die der Hausarzt als vorherrschend bezeichnet, an seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat. Bezüglich der Schulter ist gestützt auf die oben stehenden Erwägungen indessen erstellt, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Zum kardiologischen Zustand ist festzuhalten, dass die behandelnde Fachärztin im Oktober 2016 festhielt, dass sich ein Jahr nach dem erlittenen Myokardinfarkt ein kardiologisch stabiles Verlaufsbild zeige und der Blutdruck unter Medikation durchschnittlich sei. Eine Arbeitsunfähigkeit hat sie nie attestiert (IV-Nr. 46 S. 15 f.; vgl. E. II. 5.8 hiervor). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Rüge, dass das Zumutbarkeitsprofil die kardiologische Problematik nicht berücksichtige oder dass die stellungnehmende RAD-Ärztin keine Fachärztin für Kardiologie sei, als unbegründet. Unter den gegebenen Umständen und mit den vorhandenen fachärztlichen Akten konnte diese ohne weiteres davon ausgehen, dass sich der kardiologische Zustand, der mit entsprechender Medikation stabil ist, nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Hinsichtlich der auf der hausärztlichen Diagnoseliste festgehaltenen Knie- und Rückenproblematik wird das Zumutbarkeitsprofil durch die RAD-Ärztin weitergehend eingeschränkt als dies im Rahmen der kreisärztlichen Beurteilung zuhanden der Suva der Fall war. Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die über das hinausgehen würde, was hinsichtlich der medizinischen Problematik an der Schulter festgehalten wurde, lässt sich jedoch nicht erkennen. Der Hausarzt, der diese Diagnosen in seinem Schreiben vom 22. Februar 2019 auflistet, hält nicht fest, inwiefern sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit oder das Zumutbarkeitsprofil auswirken. Ob und inwiefern diese Beschwerden fachärztlich behandelt werden, wird ebenfalls nicht festgehalten. Der Hausarzt ist ebenso wenig Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet wie die RAD-Ärztin. Schliesslich ist auch das Vorbringen, der RAD habe sich nicht mit den Ergebnissen der beruflichen Eingliederung auseinandergesetzt, nicht begründet. Das Versicherungsgericht hat sich in seinem Urteil vom 4. Februar 2019 bereits zu dieser Frage geäussert (was auch im RAD-Bericht explizit so erwähnt wird) und festgehalten, die mit dem Job-Coaching beauftragte Fachperson habe ausgeführt (IV-Nrn. 38 und 51), mit dem vorliegenden Zumutbarkeitsprofil kämen keine handwerklichen Berufe und keine Hilfsarbeiterberufe mit körperlicher Belastung infrage. Am ehesten würde eine Tätigkeit als Instruktor oder in der Dienstleistungsbranche infrage kommen. Für solche Berufe sei der Beschwerdeführer nicht ausgebildet. Auch komme er bei diversen Arbeitsplätzen an seine Grenzen, da immer auch körperliche Arbeit Bestandteil der Funktion sei. Für eine Bürotätigkeit sei er aufgrund seiner Anlagen nicht geeignet. Es seien berufliche Einsatzmöglichkeiten im Bewachungsdienst (z.B. Securitas), als Fahrlehrer sowie in Tätigkeiten mit Tieren geprüft worden. Aufgrund der Einschränkungen und der Medikation sei jedoch in keiner dieser Tätigkeiten eine Eingliederung möglich. Mit dem Zumutbarkeitsprofil der Suva lasse sich auf dem ersten Arbeitsmarkt keine verwertbare Arbeit finden (IV-Nr. 68 S. 17 f.). All diese Ausführungen sind indessen theoretischer Natur, denn offensichtlich wurden keine konkreten Arbeitserprobungen durchgeführt, die in medizinischer Hinsicht bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden könnten. Im Übrigen kann auf die entsprechenden Erwägungen im Urteil des

Versicherungsgerichts vom 4. Februar 2019 verwiesen werden. Insgesamt erweisen sich die Schlussfolgerungen von Dr. med. O. \_\_\_ (RAD) als nachvollziehbar und schlüssig und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht darauf abgestellt. Es besteht kein Anlass für weitergehende medizinische und / oder berufliche Abklärungen. Somit ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur nicht mehr zumutbar. In einer angepassten, leichten Tätigkeit besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Diese Einschätzung gilt ab 3. Juli 2019 (Datum der RAD-Stellungnahme unter Hinzunahme von unfallfremden Leiden, die anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung der Suva vom 6. Dezember 2016 nicht mitberücksichtigt wurden). Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

## **E. 7**

7.1 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit sei auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht zumutbar. Das von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Beruf coaching habe gezeigt, dass er im ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei. Nachdem man ihm im Jahr 2017 eine Umschulung verweigert habe, sei es nun treuwidrig, von einer zumutbaren Selbsteingliederung auszugehen. Aufgrund seines Alters und der Tatsache, dass er seit dem Jahr 1981 beim gleichen Arbeitgeber gewesen sei, könne ihm die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit nicht mehr zugemutet werden. 7.2 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, an die Ausbildung, an den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden. Die Verwertbarkeit hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen. Dieses ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. So kann etwa zur Zumutbarkeit eines Berufswechsels, mit dem die versicherte Person allenfalls ein höheres Einkommen zu erzielen vermöchte als in ihrem bisherigen angestammten Arbeitsumfeld, nur Stellung genommen werden, wenn feststeht, welche Verweistätigkeiten gesundheitsbedingt überhaupt noch in Frage kommen. Dies gilt auch bei fortgeschrittenem Alter der versicherten Person und nurmehr relativ kurzer Aktivitätsdauer (Urteil des Bundesgerichts 9C\_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.2 und 3.3.1 mit Hinweisen). 7.3 Der 1960 geborene Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit – am 3. Juli 2019 (Datum der RAD-Stellungnahme) 59 Jahre alt. Es verbleiben somit noch fast sechs

Jahre Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen AHV-Pensionsalters. Es besteht eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Der Beschwerdeführer war zwar seit fast 40 Jahren bei der D.\_\_\_\_ als Arbeitgeberin angestellt, dies indessen sowohl als Mechaniker (während 26 Jahren) als auch als Chauffeur (während sieben Jahren, vgl. Intake-Gespräch, IV-Nr. 5.). Erlern hat er den Beruf des Automechanikers (vgl. IV-Anmeldung, IV-Nr. 8). Er war bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens ohne Unterbruch erwerbstätig. Zumutbar sind ganztags körperlich leichte Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, wobei Gewichtsbelastungen körpernah auf Hüfthöhe bis max. 10 kg, auf Brusthöhe bis max. 5 kg und körperfern repetitiv bis max. 1 kg zuzumuten sind. Zu vermeiden sind Vibrationen und Schlagbelastungen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten. Die Arbeit sollte vorzugsweise wechselbelastend sein mit wenig Rumpfdrehbewegungen. Eine kniende Tätigkeit und das Anschieben auf schräger Ebene sind nicht möglich. Das Bundesgericht ist im Fall eines zum Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit von 70 % 59 Jahre alten Mannes, der nach seinem Übersiedeln im Jahr 2002 in die Schweiz als Sprachlehrer für verschiedene Arbeitgeber sowie als Selbstständigerwerbender tätig gewesen war, von keiner Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen. Der Beschwerdeführer konnte aufgrund eines Skelettleidens keine Lasten über 5 kg heben und tragen. Vermieden werden sollten auch Arbeiten, bei denen er ausschliesslich gehen, stehen oder sitzen oder monotone Zwangshaltungen des Oberkörpers einnehmen muss. Das Gehen auf unebenem Boden, das Besteigen von Gerüsten und häufiges Treppensteigen waren ebenfalls nicht zumutbar. Ebenso wenig Arbeiten in gebückter, kniender und hockender Position. Das Bundesgericht hielt fest, aufgrund dieses Belastungsprofils könne nicht gesagt werden, dass die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich sei, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine. Bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von mehr als fünf Jahren, einer vergleichsweise hohen Arbeitsfähigkeit und im Lichte der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen errichtet habe, habe die Vorinstanz einen IV-rechtlich relevanten mangelnden Zugang zum Arbeitsmarkt zu Recht verneint (Urteil des Bundesgerichts 8C\_720/2020 vom 8. Januar 2021 E. 7.4 mit Hinweisen). Im Fall eines 54-Jährigen, zuletzt als Hilfsarbeiter in einer Bäckerei tätigen Versicherten, der in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, unter Vermeidung von Rückenzwangshaltungen und Heben / Tragen von Lasten über 5 kg noch im Umfang von 70 % arbeitsfähig war, erwog das Bundesgericht, eine Restaktivitätsdauer von rund zehn Jahren reiche klar aus, um eine neue Hilfstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 4.1 mit Hinweis). Bezüglich einer etwas über 59 Jahre alten Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von noch fast fünf Jahren, bei welcher in einer rein sitzenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden war, wurde davon ausgegangen, dass die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit gegeben sei. Zwar treffe es zu, dass die Versicherte während 33 Jahren als Servicemitarbeiterin im gleichen Hotelbetrieb gearbeitet habe und über keine Berufsausbildung verfüge. Jedoch habe die bisherige Tätigkeit ein hohes Mass an Konzentration / Aufmerksamkeit, Durchhaltevermögen, Sorgfalt und Auffassungsgabe erfordert. Dies begünstige ihre Vermittelbarkeit auf dem (hypothetisch) ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Sie habe sich im bisherigen Berufsleben gute Sprachkenntnisse sowie soziale

Kompetenzen aneignen können und sei den Umgang mit Menschen gewohnt. Damit sei sie in der Lage, von ihren jahrelangen beruflichen Erfahrungen bzw. den dabei erworbenen Fähigkeiten zu profitieren und der Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand beim unstreitig erforderlichen Berufswechsel könne gering gehalten werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_505/2016 vom 6. Juli 2017 E. 4 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall verbleibt eine Aktivitätsdauer von mehr als fünf Jahren und es besteht in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer war zwar viele Jahre beim gleichen Arbeitgeber angestellt, hat aber nach langjähriger Mechaniker-Tätigkeit beim Wechsel in den Chauffeur-Beruf seine Umstellungsfähigkeit bewiesen. Er verfügt über eine Berufsausbildung und hat in seiner letzten Tätigkeit als Chauffeur einen verantwortungsvollen Beruf ausgeübt, der ein hohes Mass an Konzentration erfordert. Das Versicherungsgericht hat in seinem Urteil vom 4. Februar 2019 mit Blick auf die Rechtsprechung zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt bereits darauf verwiesen, dass der Beschwerdeführer unter den gegebenen Voraussetzungen eine Erwerbstätigkeit, beispielsweise im Bereich der Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten oder leichter Montagearbeiten, die auf Tischhöhe verrichtet werden, ausüben vermöge (IV-Nr. 68 S. 20). Derartige Tätigkeiten erscheinen auch nach Hinzukommen der weiteren qualitativen Einschränkungen gemäss Stellungnahme des RAD vom 3. Juli 2019 zumutbar (vgl. IV-Nr. 70 S. 3). Das Tätigkeitsprofil ist somit nicht derart eingeschränkt, dass eine Anstellung nicht mehr realistisch erscheint, und auch das fortgeschrittene Alter erweist sich im Vergleich mit der zitierten Rechtsprechung nicht als relevanter Faktor, der die Verwertbarkeit der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unrealistisch erscheinen lassen würde. Im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 19. September 2017 (IV-Nr. 54) wird unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse von P.\_\_\_\_, zwar festgehalten, die Eingliederungsmöglichkeiten in der offenen Wirtschaft seien nur noch theoretisch gegeben. Selbst Teilzeit- oder Nischentätigkeiten gebe es mit diesem Zumutbarkeits-Profil im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt gemäss Art. 16 ATSG ist indessen ein theoretischer und abstrakter Begriff, der die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt und von fehlenden oder verringerten Chancen Teilinvaliden, eine zumutbare und geeignete Arbeitsstelle zu finden, absieht (BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f.). Im Coaching (vgl. Abschlussbericht vom 26. Juli 2017, IV-Nr. 51) ging es offenbar vor allem darum, ganze Berufsfelder theoretisch abzustecken, so zum Beispiel eine Bürotätigkeit, die wegen einer gegebenen Legasthenie nicht möglich sei, eine Tätigkeit als Fahrlehrer, wobei die Ausbildung lange dauere, oder eine Arbeit mit Tieren, weil der Beschwerdeführer sich dies vorstellen könne. Eine Arbeit im Bereich von Hilfsarbeiten mit körperlich nur leicht belastender Tätigkeiten, wie sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt nach konstanter Rechtsprechung kennt und die vorliegend auch zumutbar ist, scheint nicht konkret geprüft worden zu sein. Insofern ist die Beschwerdegegnerin trotz des Umstandes, dass im Jobcoaching davon ausgegangen wurde, der Beschwerdeführer sei nicht vermittelbar, zu Recht von der Verwertbarkeit der bestehenden Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

## **E. 8**

8.1 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wird beschwerdeweise ebenfalls gerügt und geltend gemacht, das Valideneinkommen sei gleich zu berechnen wie vom Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 4. Februar 2019. Zudem sei beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens indessen auf den

zuletzt erzielten Verdienst bei der D.\_\_\_\_ AG Schweiz abgestellt, dies gemäss Arbeitgeberbericht vom 23. Juni 2015 (IV-Nr. 14). 8.2. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung überwiegend wahrscheinlich als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_225/2019 vom 11. September 2019 E. 4.2.1). Massgebender Zeitpunkt ist derjenige des frühestmöglichen Rentenbeginns (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Vorliegend ist der frühestmögliche Zeitpunkt des Rentenbeginns der 1. Dezember 2015. Somit ist es korrekt, dass die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen auf den aus dem gleichen Jahr datierenden Arbeitgeberbericht abstellte und das Valideneinkommen mit CHF 81'939.00 bezifferte. Im Übrigen würde auch ein Valideneinkommen von CHF 87'237.00, wie im Urteil des Versicherungsgerichts vom 4. Februar 2019 betreffend Unfallversicherung angenommen, rechnerisch am Ergebnis nichts ändern, wie sich nachstehend zeigen wird.

8.3 Die Berechnung des Invalideneinkommens ist unbestritten geblieben und ebenfalls nicht zu beanstanden. So ist die Beschwerdegegnerin gestützt darauf, dass der Beschwerdeführer keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, von einem Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ausgegangen, hat die Wochenstunden aufgerechnet und eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorgenommen. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer) erscheint im Lichte des Zumutbarkeitsprofils korrekt. So ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Invalideneinkommen von CHF 66'711.00.

8.4 Wird das Invalideneinkommen 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 (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im 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). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug von 10 % vorgenommen, um der erschwerten Eingliederung Rechnung zu tragen. Das Alter des Beschwerdeführers gebietet keinen Abzug, da Hilfsarbeiten (wie im herangezogenen Tabellenlohn enthalten) auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2). Der Beschwerdeführer kann in einem Vollpensum arbeiten. Auch die vielen Dienstjahre beim immer gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht relevant (Urteil des

Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Aufgrund des Zumutbarkeitsprofils wurde indessen ein Abzug von 10 % vorgenommen. Der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 erfasst eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine aufgrund der Tatsache, dass nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Zumutbarkeitsprofil weitere Einschränkungen vor – es besteht eine Gewichtslimite von 1 kg für repetitive, körperferne Lasten und die Arbeit sollte wechselbelastend sein – weshalb ein Abzug geboten scheint, was die Beschwerdegegnerin auch gemacht hat. Sie verfügt bei der Überprüfung des leidensbedingten Abzugs über ein Ermessen, das das Gericht nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf (BGE 126 V 75 E. 6 S. 81). Eine entsprechende Ermessensüber- oder unterschreitung liegt hier nicht vor. Schliesslich würde nur ein Maximalabzug von 25 % im vorliegenden Fall rentenrelevant, was angesichts der Tatsache, dass nur ein Kriterium für einen leidensbedingten Abzug gegeben ist (Art und Ausmass der Behinderung), nicht in Frage kommt. 8.4 Insgesamt erweist sich damit der Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin als korrekt. Ausgehend von einem Valideneinkommen von CHF 81'939.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 60'039.00 (mit leidensbedingtem Abzug von 10 %) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 27 % (bzw. 31 % bei einem Valideneinkommen von CHF 87'237.00) und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 9. Der Beschwerdeführer lässt ohne weitere Vorbringen im Rahmen seiner Rechtsbegehren berufliche Massnahmen beantragen. Gleichzeitig geht er davon aus, dass er seine vorhandene Restarbeitsfähigkeit gar nicht mehr verwerten kann. Er lässt hinsichtlich Letzterem geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe ihm 2017 eine Umschulung verwehrt und könne ihm nun nicht entgegenhalten, sich selber eingliedern zu müssen. Ein Anspruch auf eine Umschulung ist bei einer ermittelten Erwerbseinbusse von 27 % nicht grundsätzlich ausgeschlossen, wobei für die Frage der noch zu erwartenden Arbeitsdauer nach der Umschulung auf den Zeitpunkt der Anmeldung abzustellen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_792/2019 vom 28. Februar 2020 E. 3.2). Nun hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nach der Anmeldung berufliche Massnahmen gewährt, nicht in Form einer Umschulung, sondern eines Jobcoachings (vgl. IV-Nr. 35). Der Beschwerdeführer hat dagegen nicht opponiert und nie explizit eine Umschulung verlangt. Das Ergebnis des Jobcoachings lautete auch nicht dahingehend, dass der Beschwerdeführer einer Umschulung bedürfe, sondern es wurde gesagt, dass er aufgrund seiner medizinischen Einschränkungen gar nicht mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelbar sei. Diese Einschätzung wurde vom Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin übernommen (vgl. IV-Nr. 54), vom Versicherungsgericht jedoch bereits im Urteil vom 4. Februar 2019 nicht bestätigt (vgl. IV-Nr. 68 S. 19 f.). Ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung besteht zum Verfügungszeitpunkt nicht, da Art. 18 Abs. 1 IVG als Anspruchsvoraussetzung eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG voraussetzt. Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Bei voller Zumutbarkeit leichter Tätigkeiten müsste zusätzlich eine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art vorliegen, die die Stellensuche erschwert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_329/2020 vom 6. August 2020 E. 3.2.3). Eine solche ist nicht ersichtlich. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteienschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 10.2 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 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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