

SO_GERICHTE VSBES.2024.22 vom 4. Juli 2024

SO Obergericht, 2024-07-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.22_d20240704

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.22 du 4 juillet 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.22 del 4 luglio 2024

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 2

2.1 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens per 1. Juni 2023 entstehen (s. dazu E. II. 2.2.3 hiernach), womit das neue Recht anwendbar ist.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Die Höhe des Rentenanspruchs wird in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG, in Kraft seit 1. Januar 2022). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2), während bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % wie bis anhin Anspruch auf eine ganze Rente besteht (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 % gilt eine Abstufung des prozentuale Rentenanteils von 25 bis 47,5 % (Abs. 4).

2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2.3 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (E. II. 2.2.1 hiervor) gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist

(Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Beschwerdeführer ist seit dem 27. Juni 2022 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (E. II. 3.1.3 hiernach; s.a. IV-Nr. 15 S. 2). Die Wartezeit würde diesfalls im Juni 2023 enden. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 1. April 2022 (E. I. 1 hiervor) per 1. Oktober 2022 der Fall, was aber angesichts des späteren Ablaufs des Wartejahrs keine eigenständige Bedeutung hat.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren 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. 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. 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein

Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 3.1

3.1.1 Dr. med. C.____, Facharzt für Lungenkrankheiten und Innere Medizin FMH, stellte am 21. Februar 2022 folgende Diagnosen (IV-Nr. 6):

Es bestehe eine schwere irreversible Obstruktion sowie eine ausgeprägte Lungenüberblähung mit stark erhöhtem Residualvolumen auf Kosten der Vitalkapazität (FEV1 1,15 Liter / 35 %; RV/TLC 232 %).

3.1.2 Im Bericht vom 21. März 2022 (IV-Nr. 7 S. 29 f.) ergänzte Dr. med. C.____, der Beschwerdeführer sei im Alltag zunehmend respiratorisch eingeschränkt. Er eigne sich nur noch für körperlich leichte Arbeiten in lufthygienisch einwandfreier Umgebung, wobei eine genauere Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ergänzende Untersuchungen (u.a. eine Spiroergometrie) erfordere.

3.1.3 Ab dem 28. März 2022 war der Beschwerdeführer bei der D.____ in der Manuellen Fertigung tätig, u.a. um Erfahrung in der Industrie zu sammeln. Dabei montierte er z.B. Filterschutzkappen und klebte Dichtungen auf. Gemäss Austrittsbericht (IV-Nr. 20) arbeitete er sorgfältig, aber wegen seiner eingeschränkten Lungentätigkeit eher langsam. Da Dr. med. C.____ ab dem 27. Juni 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (s. IV-Nr. 14), brach man das Programm wegen des schlechten Gesundheitszustandes am 8. Juli 2022 ab.

3.1.4 Beim Intake-Gespräch am 4. Juli 2022 gab der Beschwerdeführer an, wenn es warm werde, habe er viel mehr Mühe mit dem Atmen und ständig das Gefühl, keine Luft zu bekommen. Zudem fühle er sich kraftlos. Wenn er zwei bis drei Minuten zu Fuss gehe, sei er völlig erschöpft. Manchmal gerate er in Atemnot, wenn er normal esse. Er wache nachts oft auf und schlafe fast im Sitzen (IV-Nr. 15 S. 2).

3.1.5 Dr. med. C. ___ diagnostizierte am 11. Juli und 19. September 2022 (IV-Nrn. 23 + 24) neu ein sehr schweres COPD GOLD-Stadium 4 mit einer schwer verminderten CO-Diffusionskapazität von 30 % des Solls und einem mit 28 Punkten deutlich erhöhten CAT-Score (COPD Assessment Test, s. unter COPD Assessment Test ■ ■ IN A NUTSHELL, alle Websites zuletzt besucht am 4. Juli 2024). Aktuell zeige sich eine im Vergleich zur Voruntersuchung deutliche Progredienz der respiratorischen Beschwerden und eine lungenfunktionelle Verschlechterung bei persistierendem Rauchen. Es lägen eine sehr schwere irreversible obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 0,91 Liter / 28 %) und eine ausgeprägte Lungenüberblähung (RV/TLC 226 %) vor. Die aktuelle Ruhe-Blutgasuntersuchung ergebe nur eine leichte Ruhehypoxämie bezogen auf pO₂ bei ansonsten erhaltenem pulmonalem Gasaustausch. Im Vordergrund stünden eine Anstrengungsdyspnoe sowie eine allgemeine Energielosigkeit. Die Dyspnoe habe aber auch in Ruhe zugenommen. Bereits kleinere Nahrungsmittelmengen führten zu deutlich vermehrten Atembeschwerden. Dr. med. C. ___ betrachtete den Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen Befunde in der früheren Tätigkeit (als selbständiger Betreiber eines Restaurants, IV-Nr. 11) als arbeitsunfähig, während er zu einer angepassten Tätigkeit keine Angaben machte.

3.1.6 Dr. med. E. ___, Spitalfacharzt in der Abt. Pneumologie der F. ___, bestätigte im Bericht vom 21. September 2022 (IV-Nr. 26 S. 3 ff.) die Diagnose einer sehr schweren COPD GOLD Stadium 4. Der Beschwerdeführer beschreibe eine Anstrengungsdyspnoe mMRC 2 (modified Medical Research Council Dyspnea Scale, s. unter Modified Medical Research Council - DocCheck Flexikon), welche ihn in seinem Alltag limitiere. Ein Stockwerk könne er gerade noch bewältigen ohne Pause. Er sei nicht mehr in der Lage, schwere Lasten zu tragen. Bei Anstrengung komme es zu Schwindel und Leistungsintoleranz. Morgens zeige sich eine ausgeprägte Dyspnoe mit Husten. Die Synkopen würden in Ruhe aber auch bei Anstrengung auftreten. Lungenfunktionell bestehe eine schwergradige obstruktive Ventilationsstörung mit Überblähung und Air Trapping (FEV1 1,19 Liter / 35 %; RV/TLC 156 %). Die Diffusionskapazität sei leichtgradig eingeschränkt (DLCO 74 %). Die Gehstrecke zeige sich im 6-Minuten-Test mit 71 % des Solls leicht vermindert ohne Nachweis einer Belastungshypoxämie. Die arterielle Blutgasanalyse ergebe einen ausgeglichenen Säure-Basen-Haushalt mit einer Normoxämie und Normokapnie. Der Beschwerdeführer qualifiziere sich grundsätzlich für eine Reduktion des Lungenvolumens; da er jedoch aktuell noch eine verhältnismässig gute Leistungsfähigkeit aufweise und weiterhin rauche, komme ein solche Eingriff momentan nicht in Frage.

3.1.7 Nachdem Dr. med. C. ___ den Beschwerdeführer am 25. Oktober 2022 untersucht hatte, stellte er im Bericht vom

E. 3.1.10

in fine hiervor) meint; falls im Rahmen einer ganztägigen Tätigkeit zusätzliche Pausen erforderlich sein sollten, müsste deren Umfang angegeben werden.

3.2.2 Zusammenfassend fehlt es einerseits an einem feststehenden medizinischen Sachverhalt, der Voraussetzung für eine reine Aktenbeurteilung ohne persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers wäre (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth in: Hans-Ulrich Stauffer / Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 28a N 217). Andererseits bestehen an der Beurteilung der

RAD-Ärztin Dr. med. I. ___ auch für sich allein genommen zumindest geringe Zweifel. Diese Beurteilung genügt daher nicht, um eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Die Beschwerdegegnerin hätte vielmehr aufgrund der damaligen Aktenlage ein externes Gutachten einholen müssen, bevor sie am 4. Januar 2024 in der Sache verfügte, was sie jedoch unterliess. Die Beschwerde ist deshalb, wie vom Beschwerdeführer beantragt, in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Angelegenheit zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen wird. Diese hat ein pneumologisches Gutachten einzuholen und sodann neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu befinden. Weitere kardiologische Abklärungen sind demgegenüber, angesichts des Berichts von Dr. med. H. ___, nicht erforderlich.

4.

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen ab 1. Januar 2023, wie sie hier einzig in Frage stehen, in einem Rahmen von CHF 250.00 bis 350.00 (s. § 160 Abs. 4 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11] i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungscommission GVB.2022.111).

4.2 Der Vertreter macht in seiner Kostennote vom 24. Mai 2024 (A.S. 19 f.) einen Zeitaufwand von 10,25 Stunden für Aktenstudium, Besprechungen und Telefonate, das Verfassen der Beschwerde, die Kostennote sowie die Nachbesprechung mit der Beschwerdeführerin geltend, allerdings ohne dies nach den einzelnen Verrichtungen aufzuschlüsseln und den jeweiligen Aufwand anzugeben. Zu berücksichtigen ist einerseits, dass der Vertreter erst nach der Eröffnung der angefochtenen Verfügung beigezogen wurde, also nicht auf Vorarbeiten zurückgreifen konnte, sondern sich in den Fall von Grund auf einarbeiten musste. Andererseits waren die Akten nicht sonderlich umfangreich und die Beschwerdeschrift umfasste nur sechs Seiten. Belege wurden abgesehen von der Verfügung der Beschwerdegegnerin und einer Vollmacht keine eingereicht. Eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten kann nicht als sachlich notwendig angesehen werden, da die Beschwerde nirgends Bezug auf solche Erkundigungen nimmt. Die Einreichung der Kostennote wiederum stellt reinen Kanzleiaufwand dar, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist, während der nachprozessuale Aufwand angesichts des Obsiegens geringer ausfällt. Insgesamt erscheint es als angemessen, den Zeitaufwand ermessensweise um 2,25 Stunden auf acht Stunden zu kürzen. Der beantragte Stundenansatz von CHF 270.00 kann praxisgemäss gewährt werden. Damit ergibt sich eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'346.40, einschliesslich CHF 10.60 Auslagen und CHF 175.80 Mehrwertsteuer (8,1 %).

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der vom

Beschwerdeführer bezahlte Kostenvorschuss von CHF 600.00 ist ihm demzufolge zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 4. Januar 2024 aufgehoben wird. Die Angelegenheit wird zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfährt.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'346.40 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

4. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin ■■■■■■■■■■ Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

E. 3.2

3.2.1 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. ___ stimmt mit den behandelnden Ärzten darin überein, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert hat und er mittlerweile an einer COPD GOLD Stadium 4 leidet. Weiter geht sie davon aus, dass die bisherige Tätigkeit nicht länger in Frage kommt. Eine angepasste Arbeit soll hingegen ganztägig zumutbar sein. Die RAD-Ärztin begründet dies damit, dass laut Dr. med. E. ___ beim Gehstest nur eine leichte Beeinträchtigung bestand und im Blut kein Sauerstoffmangel nachgewiesen werden konnte (IV-Nr. 33 S. 4). Dr. med. E. ___ war denn auch zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer bei einer leicht reduzierten Diffusionskapazität nach wie vor über eine relativ gute Leistungsfähigkeit verfüge (E. II. 3.1.6 hiervor). Demgegenüber postulierte Dr. med. C. ___ eine erhebliche Beeinträchtigung durch die Lungenerkrankung. Er stellte eine sehr schwere obstruktive Ventilationsstörung sowie eine ausgeprägte Lungenüberblähung fest und verwies auf die schwer verminderte CO-Diffusionskapazität und den CAT-Score von 28 Punkten (E. II. 3.1.5 + 3.1.7 hiervor), welcher einer hohen gesundheitlichen Auswirkung entspricht (COPD Assessment Test ■ ■ IN A NUTSHELL). Somit liegen abweichende Beurteilungen der behandelnden Ärzte vor, wobei sich sowohl Dr. med. C. ___ als auch Dr. med. E. ___ nicht nur auf den klinischen Eindruck verliessen, sondern zusätzlich apparative Messwerte erhoben. Allerdings sahen

die beiden jeweils andere Punkte als entscheidend an; während Dr. med. E. ___ offenbar dem Gehtest nebst Blutgasanalyse besonderes Gewicht beimass, betonte Dr. med. C. ___ die Ventilationsstörung sowie die Lungenüberblähung, welche grundsätzlich auch von Dr. med. E. ___ nicht in Abrede gestellt wurden. Teilweise wichen die Befunde auch voneinander ab. Namentlich fällt auf, dass Dr. med. C. ___ die Diffusionskapazität am 29. Juni 2022 mit 30 % und am 25. Oktober mit 29 % angab, Dr. med. E. ___ hingegen am 21. September 2022 mit 74 %. Eine derartige Diskrepanz bei einem objektiven apparativen Befund wirft Fragen hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Untersuchungen auf. Es wäre die Aufgabe der RAD-Ärztin gewesen, eine Gesamtwürdigung des Aktenmaterials vorzunehmen und die vorhandenen Widersprüche aufzulösen. Stattdessen pickte sie für ihre Beurteilung eine einzelne Feststellung von Dr. med. E. ___ als ausschlaggebend heraus, ohne zu erläutern, warum sie die Auffassung von Dr. med. C. ___ verwarf (obwohl diese vom Bericht der D. ___ gestützt wurde) und welche Bedeutung sie den verschiedenen Messwerten beimass. Aufgrund des RAD-Berichts ist daher für einen medizinischen Laien nicht ohne weiteres nachvollziehbar, wie sich eine vollschichtige Verweistätigkeit mit einer sehr schweren COPD GOLD Stadium 4 und einer schwergradigen obstruktiven Ventilationsstörung vereinbaren lässt. Die RAD-Ärztin führte lediglich an, die von Dr. med. E. ___ attestierte leicht verminderte Belastbarkeit decke sich mit den Angaben des Beschwerdeführers, wonach die Einschränkungen bei Belastung auftreten würden. Diese Feststellung ist jedoch aktenwidrig, hatte der Beschwerdeführer doch beim Intake-Gespräch vom 4. Juli 2022 erklärt, er habe ständig das Gefühl, keine Luft zu bekommen, und gerate manchmal schon beim Essen in Atemnot (E. II. 3.1.4 hiervor). Dr. med. C. ___ bestätigte wenig später, am 11. Juli 2022, dass sich die Ruhedyspnoe verstärkt habe und schon kleinere Nahrungsmengen vermehrt Atembeschwerden auslösten (E. II. 3.1.5 hiervor). Der Hausarzt wiederum sprach am 18. November 2022 von Atembeschwerden beim Reden (E. II. 3.1.8 hiervor). Im Übrigen bleibt unklar, was die RAD-Ärztin mit einem «ausreichenden Pausenmanagement» (E. II.

E. 4

Januar 2024 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente, da der Invaliditätsgrad mangels einer Erwerbseinbusse bei 0 % liege (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

2. 2.1 Der Beschwerdeführer lässt am 5. Februar 2024 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 5 ff.): 1. Die Verfügung der [Beschwerdegegnerin] vom 4. Januar 2024 sei aufzuheben. 2. Es sei die Sache an die [Beschwerdegegnerin] mit der Anordnung zurückzuweisen, nach Vervollständigung des Sachverhalts und insbesondere Einholung eines verwaltungsexternen medizinischen Gutachtens unter Einbezug eines Facharztes für Pneumologie über die Ansprüche [des Beschwerdeführers] nach IVG, namentlich also Rentenleistungen und Eingliederungsmassnahmen, neu zu entscheiden. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

2.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 28. Februar 2024 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 16).

2.3 Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht am 24. Mai 2024 eine Kostennote ein (A.S. 19 f.). Diese geht am 29. Mai 2024 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 21), welche sich in der Folge nicht dazu äussert.

II. 1. Da die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Streitig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen. Bei der

Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 4. Januar 2024 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

2. 2.1 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens per 1. Juni 2023 entstehen (s. dazu E. II. 2.2.3 hiernach), womit das neue Recht anwendbar ist.

2.2 2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Die Höhe des Rentenanspruchs wird in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG, in Kraft seit 1. Januar 2022). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2), während bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % wie bis anhin Anspruch auf eine ganze Rente besteht (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 % gilt eine Abstufung des prozentuale Rentenanteils von 25 bis 47,5 % (Abs. 4).

2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2.3 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (E. II. 2.2.1 hiervor) gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Beschwerdeführer ist seit dem 27. Juni 2022 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (E. II. 3.1.3 hiernach; s.a. IV-Nr. 15 S. 2). Die Wartezeit würde diesfalls im Juni 2023 enden. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 1. April 2022 (E. I. 1 hiervor) per 1. Oktober 2022 der Fall, was aber angesichts des späteren Ablaufs des Wartejahrs keine eigenständige Bedeutung hat.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können

(BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren 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. 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. 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V

193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 3. 3.1 3.1.1 Dr. med. C.____, Facharzt für Lungenkrankheiten und Innere Medizin FMH, stellte am 21. Februar 2022 folgende Diagnosen (IV-Nr. 6): · Schwere COPD GOLD Stadium 3 bei persistierendem Rauchen und laufender Inhalationstherapie mit schwer verminderter CO-Diffusionskapazität (29 % des Soll). · Multiple subsolide, zum Teil sternförmige Verdichtungen pulmonal (Erstdiagnose Januar 2021), ausgeprägtes Lungenemphysem (s.a. Thorax-CT vom 10. Februar 2022, IV-Nr. 7 S. 5). · Thoraxschmerzen unklarer Genese, differentialdiagnostisch muskuloskelettal, gastrointestinal (Koronarangiographie vom 22. November 2019: Minimale Koronarsklerose ohne signifikante Stenosen, s.a. IV-Nr. 7 S. 15 f.). · Primäres Schnarchen ohne CPAP-Indikation. · Status nach Lungenoperation und Tuberkulosebehandlung (1990). Es bestehe eine schwere irreversible Obstruktion sowie eine ausgeprägte Lungenüberblähung mit stark erhöhtem Residualvolumen auf Kosten der Vitalkapazität (FEV1 1,15 Liter / 35 %; RV/TLC 232 %). 3.1.2 Im Bericht vom 21. März 2022 (IV-Nr. 7 S. 29 f.) ergänzte Dr. med. C.____, der Beschwerdeführer sei im Alltag zunehmend respiratorisch eingeschränkt. Er eigne sich nur noch für körperlich leichte Arbeiten in lufthygienisch einwandfreier Umgebung, wobei eine genauere Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ergänzende Untersuchungen (u.a. eine Spiroergometrie) erfordere. 3.1.3 Ab dem 28. März 2022 war der Beschwerdeführer bei der D.____ in der Manuellen Fertigung tätig, u.a. um Erfahrung in der Industrie zu sammeln. Dabei montierte er z.B. Filterschutzkappen und klebte Dichtungen auf. Gemäss Austrittsbericht (IV-Nr. 20) arbeitete er sorgfältig, aber wegen seiner eingeschränkten Lungentätigkeit eher langsam. Da Dr. med. C.____ ab dem 27. Juni 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (s. IV-Nr. 14), brach man das Programm wegen des schlechten Gesundheitszustandes am 8. Juli 2022 ab. 3.1.4 Beim Intake-Gespräch am 4. Juli 2022 gab der Beschwerdeführer an, wenn es warm werde, habe er viel mehr Mühe mit dem Atmen und ständig das Gefühl, keine Luft zu bekommen. Zudem fühle er sich kraftlos. Wenn er zwei bis drei Minuten zu Fuss gehe, sei er völlig erschöpft. Manchmal gerate er in Atemnot, wenn er normal esse. Er wache nachts oft auf und schlafe fast im Sitzen (IV-Nr. 15 S. 2). 3.1.5 Dr. med. C.____ diagnostizierte am 11. Juli und 19. September 2022 (IV-Nrn. 23 + 24) neu ein sehr schweres COPD GOLD-Stadium 4 mit einer schwer verminderten CO-Diffusionskapazität von 30 % des Soll und einem mit 28 Punkten deutlich erhöhten CAT-Score (COPD Assessment Test, s. unter COPD Assessment Test™ – IN A NUTSHELL, alle Websites zuletzt besucht am 4. Juli 2024). Aktuell zeige sich eine im Vergleich zur Voruntersuchung deutliche Progredienz der respiratorischen Beschwerden und eine lungenfunktionelle Verschlechterung bei persistierendem Rauchen. Es lägen eine sehr schwere irreversible obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 0,91 Liter / 28 %) und eine ausgeprägte Lungenüberblähung (RV/TLC 226 %) vor. Die aktuelle Ruhe-Blutgasuntersuchung ergebe nur eine leichte Ruhehypoxämie bezogen auf pO2 bei ansonsten erhaltenem pulmonalem Gasaustausch. Im Vordergrund stünden eine Anstrengungsdyspnoe sowie eine allgemeine Energielosigkeit. Die Dyspnoe habe aber auch in Ruhe zugenommen. Bereits kleinere Nahrungsmittelmengen führten zu deutlich vermehrten Atembeschwerden. Dr. med. C.____

betrachtete den Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen Befunde in der früheren Tätigkeit (als selbständiger Betreiber eines Restaurants, IV-Nr. 11) als arbeitsunfähig, während er zu einer angepassten Tätigkeit keine Angaben machte. 3.1.6 Dr. med. E.____, Spitalfacharzt in der Abt. Pneumologie der F.____, bestätigte im Bericht vom 21. September 2022 (IV-Nr. 26 S. 3 ff.) die Diagnose einer sehr schweren COPD GOLD Stadium 4 . Der Beschwerdeführer beschreibe eine Anstrengungsdyspnoe mMRC 2 (modified Medical Research Council Dyspnea Scale, s. unter Modified Medical Research Council - DocCheck Flexikon), welche ihn in seinem Alltag limitiere. Ein Stockwerk könne er gerade noch bewältigen ohne Pause. Er sei nicht mehr in der Lage, schwere Lasten zu tragen. Bei Anstrengung komme es zu Schwindel und Leistungsintoleranz. Morgens zeige sich eine ausgeprägte Dyspnoe mit Husten. Die Synkopen würden in Ruhe aber auch bei Anstrengung auftreten. Lungenfunktionell bestehe eine schwergradige obstruktive Ventilationsstörung mit Überblähung und Air Trapping (FEV1 1,19 Liter / 35 %; RV/TLC 156 %). Die Diffusionskapazität sei leichtgradig eingeschränkt (DLCO 74 %). Die Gehstrecke zeige sich im 6-Minuten-Test mit 71 % des Solls leicht vermindert ohne Nachweis einer Belastungshypoxämie. Die arterielle Blutgasanalyse ergebe einen ausgeglichenen Säure-Basen-Haushalt mit einer Normoxämie und Normokapnie. Der Beschwerdeführer qualifiziere sich grundsätzlich für eine Reduktion des Lungenvolumens; da er jedoch aktuell noch eine verhältnismässig gute Leistungsfähigkeit aufweise und weiterhin rauche, komme ein solche Eingriff momentan nicht in Frage. 3.1.7 Nachdem Dr. med. C.____ den Beschwerdeführer am 25. Oktober 2022 untersucht hatte, stellte er im Bericht vom

E. 7

November 2022 (IV-Nr. 27 S. 14 ff.) fest, das klinische Beschwerdebild sei unverändert. Es bestehe, trotz einer leichten lungenfunktionellen Verbesserung gegenüber Juni 2022, weiterhin eine Lungenüberblähung (RV/TLC 192 %), eine sehr schwere teilreversible obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 1,08 Liter / 33 %) und eine schwer verminderte CO-Diffusionskapazität (29 %). Der Beschwerdeführer sei im Alltag durch die Anstrengungsdyspnoe bei einem CAT-Score von 28 Punkten schwer eingeschränkt und derzeit nicht arbeitsfähig.

3.1.8 Der Hausarzt Dr. med. G.____ erklärte am 18. November 2022 (IV-Nr. 27 S. 5 ff.), der Beschwerdeführer leide bereits in Ruhe unter Atembeschwerden, etwa wenn er rede. Angesichts der fortgeschrittenen Lungenerkrankung sei er vollständig arbeitsunfähig.

3.1.9 Dr. med. H.____, Facharzt für Kardiologie FMH, untersuchte den Beschwerdeführer am 25. November 2022 wegen Schwindel und Palpitationen. Im Bericht vom 14. Dezember 2022 (IV-Nr. 31; s.a. IV-Nr. 27 S. 12 f.) hielt er fest, seit der letzten Kontrolle im Oktober 2019 habe sich die pulmonale Situation deutlich verschlechtert. Der Beschwerdeführer klage bei körperlichen Anstrengungen über starkes Herzklopfen mit Dyspnoe. Sporadisch würden unter Belastung Schwindelepisoden auftreten, bei denen ihm schwarz vor den Augen werde. Kardial sei der Beschwerdeführer kompensiert. Die Echokardiographie ergebe normale Herzhöhlen mit einer normalen systolischen Funktion. Ein relevantes Klappenvitium lasse sich ausschliessen. Im Belastungstest zeige der Beschwerdeführer eine eingeschränkte körperliche Leistung mit Abbruch bei 55 Watt wegen Dyspnoe ohne subjektive und objektive Hinweise für eine Ischämie, was 2019 erst bei 100 Watt geschehen sei. Rhythmusstörungen, insbesondere Tachyarrhythmien bzw. pathologische Pausen, könnten keine dokumentiert werden.

3.1.10 Dr. med. I.____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin beim Regionalen ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), gelangte in ihrer Stellungnahme vom 15. Mai 2023 aufgrund der Akten zu folgender Beurteilung (IV-Nr. 33 S. 3 ff.): Die fachärztlichen Untersuchungsberichte objektivierten eine kardiopulmonale Verschlechterung der Belastbarkeit seit 2019 bzw. Juli 2022. Es liege eine sehr schwere COPD GOLD Stadium 4 vor. Bei leichter Belastung im 6-Minuten-Gehtest finde sich nur eine leicht verminderte Belastbarkeit ohne Nachweis von Sauerstoffmangel im Blut. Dies decke sich mit den Angaben des Beschwerdeführers, wonach die Einschränkungen bei Belastung auftreten würden. Die kardiopulmonalen Untersuchungsbefunde demonstrierten, dass ihm spätestens seit Juli 2022 keine körperlich belastende Tätigkeit mehr möglich sei. Eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit unter adäquaten arbeitshygienischen Bedingungen (saubere Luft, keine Chemikalien, Dämpfe oder Luftzug etc.), ohne Hitze-, Wärme- oder Kälteexposition, ohne häufigen und engen Kontakt zu Mitarbeitenden resp. Kunden sowie mit einem ausreichendem Pausenmanagement sei vollschichtig zumutbar.

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