



Fall-Nr.: IV 2016/179
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.09.2019
Entscheiddatum: 27.08.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 27.08.2018

Art. 28 IVG. Würdigung der Gutachten und der Berichte der behandelnden Ärzte. Begriff der Arbeitsfähigkeit. Objektivierbarkeit des Leidensdrucks bzw. der empfundenen Schmerzen. Aggravation. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. August 2018, IV 2016/179). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_695/2018.

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2016/179

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Simone Schmucki,

schmuckipartner, Magnihalden 7, Postfach, 9004 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich erstmals im März 2006 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen unter Hinweis auf eine schwere Augenkrankheit zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, er habe in B.____ acht Jahre lang die Grundschule besucht. Einen Beruf habe er nicht erlernt. Seit dem Jahr 2003 sei er als Kontrolleur bei der C.____ tätig.

A.b Dr. med. D.____ und Dr. E.____ von der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) berichteten der IV-Stelle am 24. März 2006 (IV-act. 10), dass der Versicherte an einer schwersten, therapierefraktären Sicca-Symptomatik (trockene Augen) bei qualitativer und quantitativer Benetzungsstörung bei chronischer Blepharitis (Lidrandentzündung) und pulmonaler Sarkoidose (systemische Entzündungserkrankung) leide. In der Tätigkeit als Industriearbeiter bestehe keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit.

A.c Die Eingliederungsberaterin notierte am 12. Februar 2007 (IV-act. 28), die Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherte bisher ohne Absenzen gearbeitet habe. Im Gespräch sei aufgefallen, dass der Versicherte sehr auf eine IV-Rente fixiert sei. Offenbar habe er den Hausarzt unter Druck gesetzt, die IV-Anmeldung auszufüllen. Es bestehe eine familiäre Problematik (beide Elternteile in Gegenschicht 100 % erwerbstätig, Schwierigkeiten mit den drei Kindern). Mit Verfügung vom 24. Mai 2007 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 0 % ab (IV-act. 33). Eine dagegen erhobene Beschwerde zog der Versicherte wieder zurück (IV 2007/253, IV-act. 40).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Im Mai 2010 meldete sich der Versicherte erneut wegen des Augenleidens zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 43). Er gab an, seit dem 6. April 2010 arbeitsunfähig zu sein.

B.b Dr. med. F.____ und Dr. D.____ von der Augenklinik des KSSG berichteten der IV-Stelle am 8. September 2010 (IV-act. 61), dass der Versicherte an einer schweren therapierefraktären Siccasymptomatik bei Benetzungsstörung bei chronischer Blepharitis und pulmonaler Sarkoidose mit Befall der Tränendrüsen leide. Die bisherige Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Anlässlich eines Telefonats vom 25. Oktober 2010 erklärte Dr. F.____ gegenüber der RAD-Ärztin Dr. med. G.____, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe (IV-act. 73-2). Die Therapieoptionen seien ausgeschöpft. An einem adäquaten Arbeitsplatz spreche aus augenärztlicher Sicht nichts gegen eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Die RAD-Ärztin folgerte hieraus, dass sich der Gesundheitszustand bei gleichlautender Diagnose verschlechtert habe.

B.c Die C.____berichtete der IV-Stelle am 14. Dezember 2010 (IV-act. 70), dass sie den Versicherten seit dem 1. September 2003 zu 100 % als Maschinenbediener beschäftigt. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 5. April 2010 gewesen. Seit dem 1. Januar 2010 betrage der Monatslohn Fr. 3'960.-- (zzgl. 13. Monatslohn); die Prämie und die Schichtzulage betrügen durchschnittlich Fr. 1'310.-- pro Monat. Gemäss dem IK-Auszug hatte der Versicherte im Jahr 2009 für die Tätigkeit bei der C.____ ein Erwerbseinkommen von Fr. 69'162.-- und für die Nebentätigkeit als Hauswart ein solches von Fr. 4'550.-- (Fr. 350.-- + Fr. 4'200.--) erzielt (IV-act. 67-3).

B.d Am 16. Mai 2011 wurde der Versicherte durch die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) interdisziplinär (allgemein-internistisch, psychiatrisch und ophthalmologisch) begutachtet (Gutachten vom 22. Juni 2011, IV-act. 83). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Schwere Blepharokonjunktivitis sicca bei Sarkoidose beidseits
- diffuse Skleritis (Entzündung der Lederhaut des Auges) bei Sarkoidose beidseits.

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter u.a. eine pulmonale Sarkoidose, Erstdiagnose 1998, aktuell und seit Jahren klinisch



St.Galler Gerichte

asymptomatisch, an. Weder der allgemein-internistische noch der psychiatrische Gutachter stellten auf ihren Fachgebieten eine Arbeitsunfähigkeit fest. Dr. med. H.____, Ophthalmologie, erklärte, dass der Versicherte unter erheblichen Symptomen wie Augenschmerzen, Augenbrennen, vermehrter Blendungsempfindlichkeit und Tränen leide. Aufgrund der schweren Benetzungsstörung bestehe in der angestammten Tätigkeit wie auch in anderen Tätigkeiten bei einem vollschichtigen Pensum eine 10 %ige Leistungseinbusse. Arbeitsplätze, an denen der Versicherte vermehrt Staub oder reizenden Dämpfen ausgesetzt sei, und Arbeiten an Bildschirmen müssten vermieden werden. Dr. H.____ empfahl eine erneute systemische Steroidtherapie. In polydisziplinärer Sicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und jede andere geeignete Tätigkeit auf 90 %. RAD-Ärztin Dr. G.____ notierte am 8. April 2011, es sei nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb die schwere ophthalmologische Symptomatik mit organisch erklärbaren Schmerzen nur eine geringe Leistungseinbusse zur Folge haben solle (IV-act. 99).

B.e Dr. F.____ und Dr. I.____ von der Augenklinik des KSSG berichteten der IV-Stelle am 14. September 2011 (IV-act. 98), dass die Auswirkungen des Augenleidens auf die bisherige Tätigkeit schwer einschätzbar seien. Die Wahrnehmung sei subjektiv und die Symptomatik stark schwankend. Die Leistungsfähigkeit sei vermindert, da sich der Versicherte alle 10 Minuten Augentropfen verabreichen müsse. Eine erneute systemische Steroidbehandlung habe der Versicherte abgelehnt.

B.f Auf Rückfrage der IV-Stelle hin antwortete Dr. H.____ am 15. September 2011 (IV-act. 97), dass es zu keiner Funktionseinbusse der Augen gekommen sei. Bei der Tätigkeit als Maschinenbediener handle es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit ohne übermässige Anstrengung der Augen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Ärztinnen der Augenklinik des KSSG könne sie aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehen. RAD-Ärztin Dr. G.____ hielt am 14. November 2011 fest (IV-act. 99), dass die Leistungsfähigkeit des Versicherten wegen der zeitaufwändigen, regelmässigen Anwendung von Augentropfen und der Notwendigkeit gelegentlicher Erholungspausen mit geschlossenen Augen in der angestammten und in anderen geeigneten Tätigkeiten um 20 % reduziert sei.



B.g Der Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle hielt im Schlussbericht vom 1. Dezember 2011 fest (IV-act. 105), dass die angestammte Tätigkeit des Versicherten die Prüfung von Ketten an einer Maschine und das Transportieren von Alurollen beinhalte. Die Prüfung der Ketten erfolge maschinell; der Versicherte müsse bei Störungen eingreifen. Bei der Arbeit trage er Handschuhe und eine Nasenmaske. Das Ausziehen der Arbeitsutensilien zum Applizieren der Augentropfen führe zu einem enormen Zeitverlust und Aufwand. Da die aktuelle Tätigkeit nicht als adaptiert empfunden werde, sei dem Versicherten per Ende November 2011 gekündigt worden. Der Versicherte selbst sehe sich aktuell nicht arbeitsfähig. Er verbringe den Tag meistens zu Hause mit geschlossenen Augen auf dem Sofa liegend. Mit Verfügung vom 6. Februar 2012 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen mit der Begründung, dass sich der Versicherte nicht in der Lage fühle, aktiv an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken, ab (IV-act. 114).

B.h Mit Vorbescheid vom 3. Mai 2012 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 121). Zur Begründung hielt sie fest, dass der Versicherte gemäss dem ABI-Gutachten in seiner angestammten Tätigkeit und in jeder anderen geeigneten Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig sei (IV-act. 119-2). Dagegen liess der Versicherte am 14. Juni 2012 durch seine Rechtsvertreterin einwenden (IV-act. 124), dass die durch die Lidrandentzündungen verursachten, massiven Schmerzen bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt worden seien. Am 16. August 2012 reichte die Rechtsvertreterin neue medizinische Berichte ein (IV-act. 126). Dr. med. J.____, Facharzt Pneumologie, hatte dem Hausarzt Dr. med. K.____ am 10. Juli 2012 mitgeteilt (IV-act. 127), dass klinisch, radiologisch und lungenfunktionell derzeit von einer erheblichen Progredienz der Sarkoidose ausgegangen werden müsse. Ergospirometrisch finde die angegebene Dyspnoe allerdings kein Korrelat. Der Belastungsversuch habe wegen massiver Hyperventilation und Schwäche vorzeitig abgebrochen werden müssen. Eine Abdomensonografie vom 11. Juni 2012 im Spital L.____ hatte eine vergrösserte Leber und Milz gezeigt (Bericht vom 21. Juni 2012, IV-act. 128). Die erhöhten Leberwerte wurden im Rahmen eines Leberbefalles bei bekannter Sarkoidose interpretiert. Im Oktober/November 2012 gingen bei der IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 136, 138, 141). Dr. med. M.____ von der Pneumologie des KSSG hatte am 4. September 2012 berichtet (IV-act. 136 3-f.), dass der Versicherte im Rahmen der



Sarkoidose aktuell schwer betroffen sei. Es sei eine Therapie mit Prednison eingeleitet worden. Ärzte derselben Klinik hatten am 2. November 2012 berichtet, dass der Versicherte einen schwer einstellbaren steroidinduzierten Diabetes mellitus entwickelt habe (IV-act. 139-3 ff.). Dr. D.____ von der Augenklinik des KSSG hatte in ihrem Bericht vom 20. November 2012 angegeben (IV-act. 142), dass die Situation der Lidränder sowie der Augenoberfläche nach wie vor desolat sei. Die permanenten Augenschmerzen zeichneten sich in Form einer felderförmigen Aufrauung der Hornhaut ab. Die entzündliche Komponente der Bindehaut und der Lider habe sich trotz aller möglicher topischer und systemischer Therapien nie wesentlich verbessert. Die nicht behandelbare chronische Schmerzsymptomatik sei im Rahmen einer Berufsausübung nicht tragbar.

B.i Dr. M.____ von der Pneumologie des KSSG gab in ihrem Bericht vom 21. November 2012 zuhanden der IV-Stelle an (IV-act. 144), dass eine kombinierte Ventilationsstörung mit einer mittelschweren Obstruktion und einer leichten Restriktion sowie eine schwere Diffusionsstörung bestünden. Diese Befunde führten bei Belastung zu Atemnot, weshalb der Versicherte seiner Arbeit als Hausmeister nicht nachgehen könne. Im Rahmen einer Sarkoidose träten in der Regel zudem eine Leistungsminderung und eine Müdigkeit auf. Der Schweregrad der Grunderkrankung lasse im Moment keine Arbeitstätigkeit zu. Ob die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit möglich sei, hänge vom Verlauf der Therapie mit systemischen Steroiden ab. RAD-Ärztin Dr. G.____ empfahl am 15. Januar 2013 eine internistisch-pneumologische RAD-Untersuchung (IV-act. 145).

B.j Im Mai, Juni und Juli 2013 gingen bei der IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 157, 164). Dr. med. N.____ von der Pneumologie des KSSG hatte am 7. Mai 2013 berichtet, dass die Therapie trotz der Nebenwirkungen insgesamt gut angesprochen habe. Lungenfunktionell sei es zu einer leichten Verbesserung der Befunde gekommen, wobei die Werte möglicherweise kooperationsbedingt ein bisschen unterschätzt würden. Der Versicherte fühle sich in seiner Belastbarkeit allerdings weiterhin eingeschränkt und verspüre kaum einen Nutzen. Eine gewisse Leistungseinschränkung könne die Gewichtszunahme von 50 kg seit Beginn der Therapie erklären. Dieselbe Ärztin hatte am 12. Juni 2013 mitgeteilt (IV-act. 164-25 f.), dass sich die Situation unter Remicade deutlich verbessert habe. Der Versicherte sei



St.Galler Gerichte

dennoch weiterhin schwer betroffen. Neu sei ein mittelschweres Schlaf-Apnoe-Syndrom festgestellt worden. Unter einer CPAP-Therapie sei von einer Verbesserung der Müdigkeit auszugehen. Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie, hatte in einem Bericht vom 19. Juli 2012 an Dr. Jung erklärt (IV-act. 164-51), dass der Versicherte an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) leide. Er befinde sich seit dem 16. Juli 2012 in ihrer psychiatrischen Behandlung. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Augenerkrankung und der dazu kommenden finanziellen und familiären Probleme entwickelt.

B.k Am 19. Juni 2013 fand die erste internistische RAD-Abklärung statt (1. RAD-Bericht vom 15. April 2015, IV-act. 198). Dr. med. P.____, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin (D), Psychotherapie (D, SAPP), zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, gab die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an:

- 1998 Erstdiagnose einer Haut- und Lungensarkoidose im Stadium II, aktuell leichte restriktive und diskrete obstruktive Ventilationsstörung
- 06/13 Erstdiagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms
- 09/12 Erstdiagnose eines steroidinduzierten Diabetes mellitus IIb.

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er unter anderem eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Dr. P.____ hielt fest, dass die Ventilationsstörung eine ganztägige Tätigkeit mit leichter körperlicher Arbeit nicht verunmögliche. Zur Behandlung der Augen und der Zuckerkrankheit sollte aber die Möglichkeit vermehrter Pausen bestehen. Der Diabetes mellitus befinde sich in guter Kontrolle und sollte die Leistungsfähigkeit nicht weiter schmälern. Das obstruktive Schlafapnoesyndrom sei therapeutisch gut behandelbar (Gewichtsabnahme, CPAP-Therapie), sodass es keine grössere Leistungsminderung zur Folge haben sollte. Von psychiatrischer Seite her habe ein dem psychiatrischen Befund vom Juli 2012 entsprechendes Bild mit gemischt leicht ausgeprägter, dysphorisch-gereizter und deprimiert-hoffnungsloser Stimmungslage gesehen werden können. Der Versicherte habe keine aktuelle medikamentös-antidepressive Behandlung erwähnt. Die in der



Aktenlage wiederholt angegebene eingeschränkte Compliance habe auch während der gutachterlichen Abklärung beobachtet werden können. Zudem hätten sich Hinweise für ein aggravatorisches Verhalten ergeben. Erstaunlich sei, dass im Rahmen der Begutachtung durch das ABI bei der bekannten pulmonalen Sarkoidose keine pneumologische Beurteilung stattgefunden habe. Die Beurteilungen der behandelnden Pneumologen könne nicht geteilt werden. Eine sich objektivierbar nur leicht funktionell auswirkende Sarkoidose der Lunge sei kein Grund für eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Die extrapulmonalen Krankheitsmanifestationen an Leber und Nieren schränken die allgemeine Leistungsfähigkeit des Versicherten nicht zusätzlich ein. Wie es sich mit dem Augenleiden verhalte, werde durch ein gesondertes ophthalmologisches Gutachten geklärt.

B.I Am 14. November 2013 reichte die Rechtsvertreterin des Versicherten weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 165). Die Ärzte der Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG hatten am 6. August 2013 über ein Autoimmunphänomen unter der Infliximab-Therapie berichtet (IV-act. 166-6 ff.). Dr. N.____ von der Pneumologie des KSSG hatte am 15. August 2013 mitgeteilt (IV-act. 166-4 f.), dass der Versicherte das CPAP-Gerät nicht an allen Tagen benutze; wenn es angewendet werde, sei die Schlafapnoe gut behandelt. Dieselbe Ärztin hatte am 1. Oktober 2013 erklärt (IV-act. 166-2 f.), dass ein Verdacht auf einen drug-induced Lupus erythematoses durch Infliximab bestehe. Die Remicade-Therapie sei daher gestoppt worden. Am 13. März 2014 reichte die Rechtsvertreterin des Versicherten weitere Berichte des KSSG ein (IV-act. 175). Dr. N.____ hatte am 20. Februar 2014 berichtet (IV-act. 176-1 f.), dass die Situation mit deutlicher Dyspnoe bei kleinster Anstrengung unverändert sei. Die CPAP-Therapie werde nun konsequent angewendet. Dr. med. Q.____ von derselben Klinik hatte am 22. Mai 2014 erklärt (IV-act. 180-1 f.), dass sich die funktionellen und radiologischen Befunde unter Weiterführung der immunsuppressiven Therapie deutlich verbessert hätten. Der Versicherte klagte allerdings weiterhin über unveränderte Symptome, wobei auch die soziale Problematik mit fehlenden IV-Zahlungen belastend sei.

B.m Im Mai und Oktober 2014 wurde der Versicherte an der Augenklinik des Universitätsspitals Zürich (USZ) im Auftrag des RAD untersucht (Gutachten vom 13. Juli 2014, IV-act. 187). Dr. R.____ und Dr. S.____ gaben als ophthalmologische Diagnosen eine ausgeprägte Sicca-Problematik und einen kleinen Aderhautnävus an. Sie



erklärten, es sei nachvollziehbar, dass die ausgeprägte Sicca-Problematik für den Versicherten zu einer grossen alltäglichen Belastung geworden sei. Allerdings weise eine Beobachtung darauf hin, dass die vom Versicherten beschriebenen stärksten Schmerzen nicht allein durch die Befeuchtungsproblematik erklärt werden könnten: Am 31. Oktober 2014 seien dem Versicherten anästhetisierende Augentropfen instilliert worden, die zu einer lokalisierten Unempfindlichkeit der Augen geführt hätten. Nach der Instillation der Tropfen wäre eine plötzliche und sehr deutliche Besserung der Schmerzen bzw. sogar eine Beschwerdefreiheit zu erwarten gewesen. Der Versicherte habe jedoch erst nach wiederholtem und sehr suggestivem Nachfragen erklärt, dass die Schmerzen nun allenfalls besser geworden seien, jedoch noch immer zu ca. 10 % bestünden. Fest stehe, dass der Versicherte auf die regelmässige Applikation von Augentropfen (ca. alle 10 min.) angewiesen sei. Die Beschwerden einer Sicca-Problematik könnten subjektiv sehr belastend sein. Allerdings sei es schwierig, diese bzw. den Leidensdruck zu objektivieren. Es bestehe eine grosse Variabilität zwischen den klinischen Zeichen einer Sicca-Problematik und den interindividuellen Beschwerden. Entscheidend sei die Frage, ob durch eine IV-Rente eine Entlastung zu erwarten wäre. Bisher habe jedoch auch durch eine längere Arbeitsabstinenz keine Besserung der Beschwerden bzw. keine Reduktion des subjektiven Leidensdruckes erzielt werden können. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, bei der bei niedriger Luftfeuchtigkeit hohe Anforderungen an die visuelle Konzentration gestellt worden seien, bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine gewisse Arbeitsfähigkeit. Der Grad der Arbeitsfähigkeit lasse sich nur anhand eines Arbeitsversuchs ermitteln.

B.n Dr. med. T.____ von der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG teilte Dr. K.____ am 9. Februar 2015 mit (IV-act. 195), dass den subjektiv ausgeprägten Dyspnoebeschwerden bereits bei einer sehr leichten körperlichen Anstrengung relativ gute objektive Befunde gegenüberstünden. Zurzeit liege eine mittlere bis leichte Einschränkung der Lungenfunktion vor. Die Werte seien im längerfristigen Verlauf kontinuierlich besser geworden und hätten aktuell das Niveau von 2007 erreicht.

B.o Am 19. Februar 2015 fand die zweite internistische RAD-Abklärung statt (2. RAD-Bericht vom 15. April 2015, IV-act. 200). Als zusätzliche Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. P.____ eine ausgeprägte Sicca-Problematik beider Augen bei



St.Galler Gerichte

Blepharitis an. Eine psychiatrische Diagnose nannte er hingegen nicht mehr. Dr. P.____ erklärte, dass es im Verlauf seit Juni 2013 zu einer leichten Zunahme der restriktiven Ventilationsstörung auf ein etwa beginnend mittelgradiges Niveau bei persistierender leichter obstruktiver Ventilationsstörung gekommen sei. Unter alleiniger Berücksichtigung der pulmonalen Situation sei dem Versicherten eine vollschichtige, körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit zumutbar. Die Arbeit sollte in ausreichend temperierten und geschlossenen Räumlichkeiten ausgeübt werden; regelmässige Expositionen gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft schieden aus. Zudem müsse der Versicherte häufige, auch verlängerte und betriebsunübliche Pausen zur Gesundheitspflege (Diabetes mit Insulin-Behandlung, Applikation von Augentropfen unter ausreichend hygienischen Bedingungen) einlegen können. Nicht in Frage kämen Tätigkeiten mit ausgeprägten Anforderungen an die Visusleistung und die visuelle Konzentration. Eine vermehrte Staubexposition, grelle Beleuchtung und Bildschirmtätigkeiten seien ebenfalls zu vermeiden. Dr. P.____ schätzte die Leistungsbeinträchtigungen gesamthaft auf aktuell 30 % (inkl. erhöhtem Pausenbedarf). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kontrolleur in der metallverarbeitenden Industrie komme aufgrund des Augenleidens nicht mehr infrage. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte ab dem Gutachtensdatum. RAD-Ärztin Dr. G.____ notierte am 13. Juli 2015 (IV-act. 201), dass Dr. P.____ seine Arbeitsfähigkeitsschätzung gut und nachvollziehbar begründet habe.

B.p Dr. O.____ berichtete der IV-Stelle am 10. August 2015 (IV-act. 207), dass der Versicherte an einer Angst und depressiven Störung gemischt (F41.2) leide. Diese habe sich im Verlauf der Augenerkrankung und der dazu kommenden finanziellen und existentiellen Probleme entwickelt (Verlust der Arbeitsstelle). Die Wahrnehmung der somatischen Beschwerden sei zweifelsohne depressiv verstärkt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine ca. 30-40 %ige Arbeitsunfähigkeit.

B.q Anlässlich eines Gesprächs mit dem Eingliederungsverantwortlichen vom 13. November 2015 erklärte der Versicherte, dass er sich nicht in der Lage fühle, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen (IV-act. 210-3). Aus diesem Grund verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Februar 2016 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 220).



B.r Mit Vorbescheid vom 22. Februar 2016 (IV-act. 223) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 36 % die Abweisung seines Rentengesuchs an. Zur Begründung hielt sie fest, dass er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in seiner angestammten Tätigkeit einen Jahreslohn von Fr. 71'229.-- erzielen könnte. In dieser Tätigkeit sei er jedoch nicht mehr arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit. Mit Behinderung sei der Versicherte daher gestützt auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) in der Lage, ein Erwerbseinkommen von Fr. 45'620.-- zu erzielen (70 % von Fr. 65'172.--). Dagegen wendete die Rechtsvertreterin des Versicherten am 14. April 2016 ein (IV-act. 224), dass die Arbeitsfähigkeit deutlich unter 70 % liege. Allein schon in psychiatrischer Hinsicht sei die Arbeitsfähigkeit zu 30 bis 40 % eingeschränkt. Aufgrund des multiplen Beschwerdebildes habe eine "reine RAD-Abklärung" nicht genügt, zumal der RAD-Arzt nicht über eine pneumologische Facharztausbildung verfüge. Zudem sei ein Leidensabzug von 20-25 % vorzunehmen.

B.s Mit Verfügung vom 25. April 2016 wies die IV-Stelle das Rentengesuch wie angekündigt bei einem IV-Grad von 36 % ab (IV-act. 225). Zum Einwand hielt sie fest, dass ein fortgeschrittenes Alter, eine niedrige berufliche Qualifikation und mangelnde Sprachkenntnisse keinen Abzug vom Invalideneinkommen rechtfertigten.

C.

C.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 30. Mai 2016 Beschwerde erheben (act. G 1). Seine Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache der gesetzlich vorgesehenen Leistungen. Zur Begründung machte sie ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren geltend, dass ein weiteres Gutachten erstellt werden müsse, wenn nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte abgestellt werde. Zwischen dem zweiten RAD-Bericht und dem Verfügungserlass sei mehr als ein Jahr vergangen, innert welchem sich der Gesundheitszustand weiter verschlechtert habe. Ausserdem könnten derart multiple Beschwerden nicht nur monodisziplinär abgeklärt werden. Der Beschwerdeführer müsse ohne jegliche Ausbildung und mit fehlenden Sprachkenntnissen in eine ihm völlig neue Tätigkeit wechseln. Er müsse die Arbeit dauernd unterbrechen können. Dies habe massive Auswirkungen auf die Lohnhöhe,



sodass mindestens ein Leidensabzug von 10 % zu gewähren sei. Unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen, der Unfähigkeit, Überstunden zu leisten und der fehlenden Flexibilität, sei ein maximaler Leidensabzug von 25 % angemessen. Am 30. November 2016 machte die Rechtsvertreterin ergänzend geltend (act. G 11), dass der Beschwerdeführer wegen der ständigen Augenreizung zu 50 % arbeitsunfähig sei. Zusammen mit den übrigen Beschwerden liege die Arbeitsunfähigkeit bei mindestens 60 %. Dr. med. I. ___ vom Augenzentrum U. ___ hatte der Rechtsvertreterin am 26. Oktober 2016 berichtet (act. G 11.1.1), dass der starke Leidensdruck aus augenärztlicher Sicht nachvollziehbar sei. Die Beschwerden seien subjektiv stetig etwas mehr geworden; eine Objektivierung sei sehr schwierig. Dr. med. V. ___ von der Augenklinik des KSSG hatte der Rechtsvertreterin am 28. November 2016 mitgeteilt (act. G 11.1.2), dass sich die Situation im Vergleich zum Februar 2015 nicht deutlich verändert habe. Im Vordergrund stehe die massive Reizung. Ein Arbeitspensum von über 50 % erscheine absolut unrealistisch. Der hohe Leidensdruck sei durch die Augenbefunde schon seit Jahren erklärt. Dr. K. ___ hatte der Rechtsvertreterin am 13. November 2016 berichtet (act. G 11.1.3), dass er die Arbeitsfähigkeit in der Gesamtschau der Erkrankungen zurzeit auf höchstens 40 % schätze. Wie hoch die Arbeitsunfähigkeit nach dem Verlust der Arbeit gewesen sei, könne er nicht mehr sicher beurteilen, bestimmt aber 50 %. Die pulmonale Situation sei zwischen Februar 2015 und April 2016 etwa gleich geblieben oder habe sich minim verbessert.

C.b Auf eine Anfrage des Rechtsdienstes erklärte RAD-Ärztin Dr. G. ___ am 19. Januar 2017 (IV-act. 235), dass eine objektive Verschlechterung des Augenleidens nicht bestätigt werden könne. Daraus, dass sich der Beschwerdeführer während der IV-Abklärung in seinem subjektiven Leiden nicht adäquat wahrgenommen gefühlt habe, resultiere keine arbeitsfähigkeitsrelevante psychische Einschränkung. An der Arbeitsfähigkeit von 70 % für adaptierte Tätigkeit könne festgehalten werden.

C.c Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 26. Januar 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 13). Zur Begründung führte sie aus, dass die nach Verfügungserlass vorgelegten medizinischen Berichte die Beurteilung von Dr. P. ___ nicht zu erschüttern vermöchten; sie verwies auf die Stellungnahme des RAD vom 19. Januar 2017. Im Übrigen gelte die von Dr. O. ___ gestellte Diagnose einer



Angst und depressiven Störung gemischt rechtsprechungsgemäss nicht als invalidisierend. Da keine repräsentative Einkommensbasis zur Verfügung stehe, könne das Valideneinkommen abstrakt, d.h. gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne, berechnet werden. Als adaptierte Tätigkeiten kämen leichtere Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung, eine Beschäftigung an einem Empfang, als Telefonist sowie als Kurier und leichtere Lieferdienste in Frage. Weil die gesundheitlichen Einschränkungen mit der Arbeitsfähigkeit adaptiert von 70 % bereits grosszügig berücksichtigt worden seien, sei ein Leidensabzug nicht gerechtfertigt. Der IV-Grad betrage folglich 30 %.

C.d Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer Replik vom 9. Februar 2017 ergänzend geltend (act. G 16), die Gutachter des USZ seien davon ausgegangen, dass aufgrund des Augenleidens durchaus eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der RAD habe nicht auf die Einschätzung der Gutachter des USZ, sondern auf das ABI-Gutachten abgestellt, welches sich zwischenzeitlich als falsch herausgestellt habe. Der einzige Augenarzt, welcher eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit vorgenommen habe, sei Dr. V.___. Berücksichtige man zusätzlich die alle 10 Minuten einzulegenden Pausen, betrage die Arbeitsunfähigkeit 60 %. Aufgrund der qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sei es allerdings eher unwahrscheinlich, dass sich überhaupt ein angepasster Arbeitsplatz finden lasse.

C.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 17 f.).

Erwägungen

1.

1.1 Der Beschwerdeführer hat sich erstmals im März 2006 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Sein Rentengesuch war am 24. Mai 2007 bei einem IV-Grad von 0 % abgewiesen worden. Bei der Anmeldung vom Mai 2010 handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanschuldung.

1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird,



dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Beschwerdeführer hat auch bei der zweiten Anmeldung als Anmeldegrund das Augenleiden angegeben. Während die Ärzte der Augenklinik des KSSG im März 2006, also Rahmen des ersten Verwaltungsverfahrens, noch angegeben hatten, dass in der angestammten Tätigkeit keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe, haben sie im September/Oktober 2010, d.h. nach dem Eingang der zweiten IV-Anmeldung, erklärt, dass sich der Gesundheitszustand zwischenzeitlich verschlechtert habe. Die angestammte Tätigkeit als Industriemitarbeiter haben sie als nicht mehr zumutbar erachtet. Bezüglich adaptierter Tätigkeiten hat die Assistenzärztin Dr. F.____ anlässlich eines Telefonats mit der RAD-Ärztin angegeben, dass aus augenärztlicher Sicht nichts gegen eine 50 %ige Arbeitstätigkeit an einem adaptierten Arbeitsplatz spreche. Zwar hat sich die Diagnose seit der ersten Anmeldung nicht geändert. Allerdings sind die Fachärzte derselben Klinik zum Schluss gekommen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verschlechtert hätten. Damit hat der Beschwerdeführer eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, namentlich der Augenproblematik, seit der rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs im Mai 2007 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

1.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings das Rentengesuch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 36 % abgewiesen. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Rentenabweisung zu Recht erfolgt ist.

2.

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die



voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.

3.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

3.2 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere das ABI-Gutachten vom 22. Juni 2011 (IV-act. 83), das Gutachten der Augenklinik des USZ vom 13. Juli 2014 (IV-act. 187), die zwei Berichte des RAD-Arztes Dr. P.____ vom 15. April 2015 (IV-act. 198, 200), der Bericht von Dr. O.____ vom 15. August 2015 (IV-act. 207), der Bericht des Hausarztes Dr. K.____ vom 13. November 2016 (act. G 11.1.3) und der Bericht von Dr. V.____ von der Augenklinik des KSSG vom 26. November 2016 (act. G 11.1.2) bei den Akten.

3.3 In somatischer Hinsicht sind die Diagnosen grundsätzlich unbestritten. Strittig ist demgegenüber, welchen Einfluss sie auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben.

3.4 Zunächst ist auf den Einwand der Rechtsvertreterin, auf die Berichte von RAD-Arzt Dr. P.____ könne bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil sie veraltet seien,



einzuweisen. Die Rechtsvertreterin hat geltend gemacht, dass sich der Gesundheitszustand zwischen der zweiten RAD-Untersuchung im Februar 2015 und dem Verfügungserlass im April 2016 weiter verschlechtert habe. Diese Behauptung ist jedoch durch nichts belegt: Im Gegenteil hat Dr. K. ___ in seinem Bericht vom 13. November 2016 ausgeführt, dass die pulmonale Situation zwischen Februar 2015 und April 2016 etwa gleich geblieben sei oder sich sogar minim verbessert habe. Der Augenarzt Dr. I. ___ hat am 26. Oktober 2016 berichtet, dass die Beschwerden subjektiv stetig etwas mehr geworden seien, eine Objektivierung der Verschlechterung jedoch sehr schwierig sei. Und Dr. V. ___ von der Augenklinik des KSSG hat am 28. November 2016 erklärt, dass sich die Situation bezüglich der Augen im Vergleich zum Februar 2015 nicht deutlich verändert habe. Insgesamt muss also davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand zwischen Februar 2015 und April 2016 aus objektiver Sicht nicht wesentlich verschlechtert hat. Die Argumentation der Rechtsvertreterin ist somit nicht stichhaltig.

3.5 Die pulmonale Sarkoidose ist zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI im Mai 2011 seit Jahren klinisch asymptomatisch gewesen. Der Beschwerdeführer hat zum damaligen Zeitpunkt auch nicht über eine Atemdyspnoe geklagt. Zwar ist einem Bericht des Pneumologen Dr. J. ___ vom 26. Juni 2003 zu entnehmen (IV-act. 9-14 f.), dass der Beschwerdeführer bereits früher über eine zunehmende Anstrengungsdyspnoe geklagt hatte. Dr. J. ___ hatte damals jedoch erklärt, dass diese Dyspnoe durch die Sarkoidoseerkrankung nicht erklärt werden könne. Als Ursache hatte er eine Dekonditionierung, ein fehlendes Stehvermögen und "wohl auch" eine etwas fehlende Motivation gesehen. Entgegen der Behauptung des RAD-Arzt Dr. P. ___ erstaunt es daher nicht bzw. ist es im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung im Mai 2011 nicht angezeigt gewesen, eine pneumologische Beurteilung durchzuführen. Aus pneumologischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Maschinenbediener/Kettenkontrolleur im Mai 2011 in seiner Arbeitsfähigkeit also (noch) nicht eingeschränkt gewesen. Die pulmonale Situation hat sich im Jahr 2012 verschlechtert. Dr. J. ___ hat in einem Bericht vom 10. Juli 2012 (IV-act. 127) festgehalten, dass klinisch, radiologisch und lungenfunktionell von einer erheblichen Progredienz der Sarkoidose ausgegangen werden müsse. Ergospirometrisch hat die vom Beschwerdeführer angegebene Dyspnoe allerdings kein Korrelat gefunden. Dr. M. ___ von der Pneumologie des KSSG hat in ihrem Bericht vom 21. November 2012



von einer kombinierten Ventilationsstörung mit einer mittelschweren Obstruktion und einer leichten Restriktion sowie von einer schweren Diffusionsstörung gesprochen (IV-act. 144). Die Befunde führten bei Belastung zu Atemnot. Dr. N.____ von derselben Klinik hat am 7. Mai 2013 erklärt, dass es zu einer leichten Verbesserung der Lungenfunktion gekommen sei (IV-act. 157-1 ff.). Sie hat allerdings auch angemerkt, dass die Werte kooperationsbedingt möglicherweise ein bisschen unterschätzt würden. Dr. P.____ hat anlässlich der ersten RAD-Untersuchung im Juni 2013 eine aktuell leichte restriktive und diskrete obstruktive Ventilationsstörung festgestellt. Die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit hat er dadurch jedoch nicht als eingeschränkt erachtet. Entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin verfügt Dr. P.____ über einen Facharztstitel in der Fachrichtung Pneumologie. Er hat also die notwendige medizinische Ausbildung, um die Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht einschätzen zu können. Im Februar 2015 hat Dr. T.____ von der Klinik für Pneumologie des KSSG ausgeführt, dass den subjektiv ausgeprägten Dyspnoebeschwerden bereits bei sehr leichter körperlicher Anstrengung relativ gute objektive Befunde gegenüberstünden. Zurzeit liege eine mittlere bis leichte Einschränkung der Lungenfunktion vor. Die Werte seien im längerfristigen Verlauf kontinuierlich besser geworden und hätten aktuell das Niveau von 2007 erreicht. Angesichts dieses fachärztlichen Berichts ist nicht verständlich, dass RAD-Arzt Dr. P.____ in seinem zweiten Bericht vom 15. April 2015 betreffend die Untersuchung vom 19. Februar 2015 von einer leichten Zunahme der restriktiven Ventilationsstörung (auf ein etwa beginnend mittelgradiges Niveau bei persistierender leichter obstruktiver Ventilationsstörung) gesprochen hat. Allerdings ist dies nicht weiter relevant, da Dr. P.____ eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit weiterhin als ganztägig zumutbar erachtet hat. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die pulmonale Situation zwischen 2012 und 2015 vorübergehend verschlechtert hat. Dr. M.____ von der Pneumologie des KSSG ist im November 2012 sogar davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer derzeit keiner Arbeitstätigkeit nachgehen könne. Aus den Akten ist allerdings auch ersichtlich, dass der Beschwerdeführer bei den Lungenfunktionstests jeweils schlecht kooperiert (siehe z.B. IV-act. 157, 198-22) und subjektiv – trotz der verbesserten objektiven Befunde – nie eine Verbesserung der Belastbarkeit wahrgenommen hat. Bei der RAD-Untersuchung vom 19. Juni 2013 haben sich zudem Hinweise für ein aggraviorisches Verhalten ergeben. So hat der Beschwerdeführer



beispielsweise den Weg von den Abklärungsräumlichkeiten zur Bushaltestelle, um gemeinsam zur Durchführung der Lungenfunktionsprüfung ins KSSG zu fahren, in einem demonstrativ langsamen Gehtempo zurückgelegt und sich auf dem Weg von der Bushaltestelle zum Spitalgebäude dreimal am Strassenrand niedergesetzt und dabei hyperventiliert (IV-act. 198-21). Ob die pulmonale Verschlechterung zwischenzeitlich auch einen quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hat, kann jedoch offengelassen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit vermag nämlich so lange keine Invalidität zu begründen, als die andauernde medizinische Behandlung noch eingliederungsrelevant ist, d.h. wenn nach Abschluss der therapeutischen Massnahmen eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist (Art. 16 ATSG, Art. 7 Abs. 1 ATSG, Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Dies ist vorliegend offensichtlich der Fall gewesen, da unter den therapeutischen Massnahmen tatsächlich eine Verbesserung eingetreten ist. Demnach steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Lungensarkoidose bzw. die kombinierte Ventilationsstörung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbediener/Kettenkontrolleur, einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit, nicht einschränkt.

3.6 RAD-Dr. P.____ hat in seinem Bericht vom 15. April 2015 betreffend die Untersuchung vom 19. Juni 2013 angegeben, dass sich der steroidinduzierte Diabetes mellitus in guter Kontrolle befinde und die Leistungsfähigkeit nicht weiter schmälern sollte. Auch Dr. W.____ von der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG hat in seinem Bericht vom 26. September 2014 von einem stabilen Verlauf gesprochen (IV-act. 195-5 f.). Er hat zudem darauf hingewiesen, dass für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nur die Beurteilung der Pneumologie und der Augenklinik massgeblich seien, da ein Diabetes mellitus an sich nie einen IV-Berentungsgrund darstelle. Trotzdem hat Dr. P.____ dem steroidinduzierten Diabetes mellitus insoweit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen, als er in seinem zweiten Bericht vom 15. April 2015 betreffend die Untersuchung vom 19. Februar 2015 unter anderem auch wegen des Diabetes mit Insulinbehandlung verlängerte und vermehrte Pausen als notwendig erachtet hat. Der Beschwerdeführer muss den Blutzucker gemäss seinem Hausarzt Dr. K.____ drei Mal (pro Tag) messen. Die erste Blutzuckerkontrolle und Insulinapplikation erfolgt noch vor dem Frühstück.



Die zweite Kontrolle (wohl mit anschliessender Insulinapplikation) fällt in die Mittagszeit, d.h. die Mittagspause kann hierfür genutzt werden (IV-act. 198-6). Die dritte Messung und Insulinapplikation müsste am Abend (nach der Arbeit) stattfinden. Es sollte also möglich sein, alle drei Messungen und Insulinapplikationen ausserhalb der Arbeitszeit durchzuführen. Wegen des Diabetes mellitus besteht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein erhöhter Pausenbedarf. Damit steht auch fest, dass nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD-Arztes Dr. P.____ (30 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit) abgestellt werden kann.

3.7 Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, welches zumindest teilweise für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Müdigkeit gewesen ist, ist gemäss den behandelnden Ärzten durch das CPAP-Gerät gut behandelt. RAD-Arzt Dr. P.____ hat ihm daher zu Recht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen.

3.8 Das Hauptleiden des Beschwerdeführers ist die schwere Benetzungsstörung beider Augen. Die Diagnose selbst ist unter den Fachärzten grundsätzlich unbestritten. Bereits die ophthalmologische Gutachterin des ABI, Dr. H.____, hatte eine schwere Belpharokonjunktivitis sicca beidseits diagnostiziert und war von erheblichen Symptomen wie Augenschmerzen, Augenbrennen, vermehrter Blendungsempfindlichkeit und Tränen ausgegangen. Eine Funktionseinbusse des Auges hatte sie hingegen nicht festgestellt. Sie hatte dem Beschwerdeführer eine 10 %ige Leistungseinbusse in der angestammten wie auch in adaptierten Tätigkeiten attestiert. Die 10 %ige Leistungseinbusse ist dadurch erklärbar, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben praktisch alle 10 Minuten Augentropfen applizieren muss (IV-act. 83-9). Die RAD-Ärztin Dr. G.____ hat kritisiert, dass Dr. H.____ die organisch erklärbaren Schmerzen in ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt habe. Obwohl Dr. H.____ auf Rückfrage hin an ihrer Beurteilung festgehalten hat, hat die RAD-Ärztin die Arbeitsunfähigkeit wegen des Augenleidens eigenmächtig auf 20 % festgelegt. Dieses Vorgehen ist nicht nachvollziehbar, zumal die RAD-Ärztin als Praktische Ärztin FMH weder über eine ophthalmologische Facharztausbildung verfügt noch den Beschwerdeführer selber je untersucht hat. Selbst die behandelnden Augenärzte des KSSG haben sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in anderen Tätigkeiten zum damaligen Zeitpunkt nicht konkret äussern wollen (Bericht vom 14. September 2011).



Sie haben darauf hingewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit sehr schwer einzuschätzen sei, da die Wahrnehmung der Beschwerden subjektiv sei. Sie haben lediglich bestätigt, dass insoweit eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, als der Beschwerdeführer alle 10 Minuten Augentropfen applizieren müsse. Bis zum Gutachtenszeitpunkt ist daher – mit Bezug auf adaptierte Tätigkeiten – auf die Beurteilung der ABI-Gutachterin abzustellen und von einer 10 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Im Mai und Oktober 2014 ist der Beschwerdeführer erneut ophthalmologisch begutachtet worden. Die Gutachter der Augenklinik des USZ haben die bisherige Tätigkeit als Maschinenbediener als nicht mehr zumutbar erachtet, da diese bei niedriger Luftfeuchtigkeit hohe Anforderungen an die visuelle Konzentration stelle. Die angestammte Tätigkeit ist wohl auch deshalb nicht optimal adaptiert, weil der Beschwerdeführer für die Applikation der Augentropfen immer wieder die Handschuhe und die Nasenmaske ausziehen müsste und wohl auch die Hygienebedingungen für die Applikation der Augentropfen am letzten Arbeitsplatz nicht als ausreichend bezeichnet werden können. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit haben die Gutachter des USZ erklärt, dass sicher eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden sei. Sie sind jedoch zum Schluss gelangt, dass der Grad der Arbeitsfähigkeit nur anhand eines Arbeitsversuchs ermittelt werden könne. Das heisst, selbst die Gutachter des USZ haben sich nicht in der Lage gefühlt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus ophthalmologischer Sicht medizinisch-theoretisch zu bestimmen. Für die Arbeitsfähigkeit ist jedoch nicht ausschlaggebend, zu welcher Arbeitsleistung sich eine versicherte Person subjektiv noch in der Lage fühlt, sondern einzig, welche Arbeitsleistung ihr aus objektiver Sicht noch zumutbar ist. Gerade im vorliegenden Fall würde ein Arbeitsversuch keine objektiven Erkenntnisse bezüglich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liefern, da die USZ-Gutachter festgestellt haben, dass die beschriebenen stärksten Schmerzen nicht allein durch die Befeuchtungsproblematik erklärt werden können. Dr. V.____ von der Augenklinik des KSSG ist jedoch gerade hiervon ausgegangen (s. Bericht vom 28. November 2016), weshalb seine Einschätzung, dass ein Arbeitspensum von über 50 % absolut unrealistisch erscheine, nicht überzeugt. Dasselbe gilt für die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.____ vom 13. November 2016 (Arbeitsunfähigkeit von 60 %), da dessen Einschätzung hauptsächlich auf jener von Dr. V.____ basiert und er darüber hinaus über kein ophthalmologisches Fachwissen verfügt, welches in einem



komplexen Fall wie dem vorliegenden zwingend notwendig ist, um die Arbeitsfähigkeit einschätzen zu können. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an Augenbeschwerden leidet. Für die Arbeitsfähigkeit entscheidend ist, ob es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, trotz der empfundenen Augenbeschwerden einer (ganzen oder teilweisen) Arbeitstätigkeit nachzugehen. Ob dies der Fall ist, hängt vom tatsächlichen Leidensdruck bzw. dem tatsächlichen Ausmass der Beschwerden ab. Da das Ausmass der Beschwerden medizinisch nicht objektivierbar ist, könnten einzig die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zum Ausmass seiner Beschwerden Auskunft geben. Das Problem hierbei ist, dass in den Akten klare Hinweise auf eine Aggravation, das heisst auf eine Übertreibung der Krankheitssymptome respektive der Schmerzen, bestehen. So hat der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Untersuchung durch die Augenklinik des USZ am 31. Oktober 2014 trotz der Abgabe von anästhetisierenden Augentropfen, die zu einer lokalisierten Unempfindlichkeit der Augen führen, keine Schmerzreduktion bzw. Beschwerdefreiheit angegeben. Erst nach wiederholtem und sehr suggestivem Nachfragen der Gutachter habe er erklärt, dass die Schmerzen nun allenfalls besser geworden seien. Des Weiteren hat er erst, als die Fahreignung thematisiert worden ist, angesprochen, dass die Beschwerden nicht immer gleich seien. Gemäss den Gutachtern wäre die Fahreignung nicht länger gegeben, wenn die Augenbeschwerden tatsächlich derart gravierend wären (IV-act. 187-5). Während der Beschwerdeführer anlässlich der ABI-Begutachtung im Mai 2011 angegeben hat, dass er nur noch selten fernsehe, da es ihn anstrengt, und er den Tag mehrheitlich liegend mit geschlossenen Augen zu Hause verbringe (IV-act. 83-10/15), hat er gegenüber Dr. O. ___ im Juli 2012 erklärt, die Ehefrau ertrage es nicht, dass er ständig zu Hause sitze und TV schaue (IV-act. 164-51). Letztere Aussage ist insoweit relevant, als gemäss den Fachärzten Bildschirmarbeiten die Sicca-Symptomatik verstärken und deshalb ungeeignet sind (IV-act. 83-14, IV-act. 187-4). Die Problematik des verminderten Lidschlags tritt nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht nur bei Bildschirmarbeiten, sondern auch beim Fernsehen auf. Bei den vom Beschwerdeführer geltend gemachten, stärksten Schmerzen müsste also angenommen werden, dass der Fernsehkonsum minimal wäre. Auffallend ist auch, dass der Beschwerdeführer sich während der 7.5-stündigen RAD-Abklärung am 19. Juni 2013 über mehrere Stunden mit dem RAD-Arzt hat unterhalten und diesen problemlos hat anschauen können und zum Ende hin nicht gravierend ermüdet oder erschöpft gewirkt hat (IV-act. 198-6/21).



Zusammengefasst bleibt unklar, wie sich die Beschwerden anfühlen, von welcher Intensität sie sind und ob und wie sehr sie den Beschwerdeführer in der Ausübung einer Erwerbstätigkeit einschränken. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind in antizipierender Beweiswürdigung keine neuen objektiven Erkenntnisse zu erwarten, da nicht davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer das nun über Jahre hinweg gezeigte aggravatorische Verhalten unterlassen würde. Den Nachteil der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b). Da aus den Akten nicht hervorgeht, dass sich das Augenleiden zwischen der ABI-Begutachtung im Mai 2011 und dem Verfügungserlass im April 2016 objektiv erheblich verschlechtert hätte, kann mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses auf die ophthalmologische Beurteilung der ABI-Gutachterin Dr. H.____ abgestellt werden. In polydisziplinärer Hinsicht ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbediener aus somatischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsunfähig ist. Für adaptierte, d.h. dem Augen- und Lungenleiden angepasste Tätigkeiten ist von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % auszugehen.

3.9 Der psychiatrische Gutachter des ABI, Dr. X.____, hat beim Untersuch im Mai 2011 keine psychiatrische Diagnose stellen können und dem Beschwerdeführer folgerichtig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Im Juli 2012 hat sich der Beschwerdeführer in psychiatrische Behandlung bei Dr. O.____ begeben. Diese hat dem Beschwerdeführer am 19. Juli 2012 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung hat sie zum damaligen Zeitpunkt nicht abgegeben. RAD-Arzt Dr. P.____, Psychotherapie (D, SAPP), hat anlässlich der Untersuchung vom 19. Juni 2013 ein dem psychiatrischen Befund von Dr. O.____ entsprechendes Bild mit gemischt leicht ausgeprägter, dysphorisch-gereizter und deprimiert-hoffnungsloser Stimmungslage gesehen. Der Beschwerdeführer hat damals keine aktuelle medikamentös-antidepressive Behandlung angegeben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hat Dr. P.____ aus der Diagnose einer Anpassungsstörung nicht abgeleitet. Der Beschwerdeführer hat im Jahr 2012 lediglich vier oder fünf Gesprächstermine bei Dr. O.____ wahrgenommen. Im Jahr 2013 (Stand 19. Juni 2013) hat er offenbar noch gar keinen Termin bei ihr benötigt ("man habe vereinbart, dass er sich bei Bedarf melde", IV-act. 198-4 f.). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der psychische Leidensdruck zum Zeitpunkt der ersten RAD-



Untersuchung eher gering gewesen ist, weshalb die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD-Arztes Dr. P.____ (volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht) überzeugt. Bei der zweiten RAD-Untersuchung im Februar 2015 hat der Beschwerdeführer angegeben, dass er etwa alle ein bis zwei Monate psychotherapeutische Gespräche mit Dr. O.____ führe (IV-act. 200-4). Er hat zum damaligen Zeitpunkt angegeben, seit zwei Jahren das Antidepressivum Cipralex einzunehmen (IV-act. 200-6). Der Beschwerdeführer hat auf Dr. P.____ affektiv leicht deprimiert und gereizt sowie leicht- bis mittelgradig dysphorisch gewirkt. Der Antrieb ist jedoch erhalten gewesen (IV-act. 200-8). Der psychopathologische Befund ist also nicht sehr auffällig gewesen, weshalb überzeugend ist, dass Dr. P.____ keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt hat. Demgegenüber hat Dr. O.____ in einem Bericht vom 10. August 2015 als psychiatrische Diagnose eine Angst und depressive Störung gemischt angegeben und dem Beschwerdeführer eine 30-40 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der von ihr beschriebene psychopathologische Befund erklärt ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung allerdings nicht: Sie hat lediglich angegeben, dass das formale Denken extrem auf die sehr belastende Augenproblematik eingeschränkt sei, dass der Beschwerdeführer im Affekt niedergeschlagen und ratlos sei und unter Zukunftsängsten bzw. Ängsten bezüglich der Augenerkrankung leide. Auch die niedrige Therapiefrequenz von "etwa alle ein bis zwei Monate" spricht gegen einen hohen psychischen Leidensdruck und somit gegen ein die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigendes psychisches Leiden. Demnach ist auf die in dieser Hinsicht überzeugende Einschätzung des RAD-Arztes Dr. P.____ abzustellen, wonach der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

4.

4.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Die Beschwerdegegnerin hat für die Ermittlung des Valideneinkommens richtigerweise auf das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen als Maschinenbediener/Kettenkontrolleur (Nachtschichtarbeit) abgestellt. Gemäss dem IK-Auszug hat das für die Tätigkeit bei der C.____ erwirtschaftete Erwerbseinkommen im Jahr 2010 Fr. 69'162.-- betragen. Aus dem IK-Auszug ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2009 weitere Einkommen aus einer Hauswartstätigkeit erzielt hat (Fr. 350.-- + Fr. 4'200.--). In der Invalidenversicherung ist grundsätzlich nur



ein 100 %-Pensum versichert (Die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung bei Teilerwerbstätigkeit, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Jans [12.3960 "Schlechterstellung von Teilerwerbstätigen in der Invalidenversicherung"] vom 28. September 2012, 1. Juli 2015, S. 7, abrufbar unter: www.news.admin.ch/news/message/attachments/40281.pdf). Ob der Lohn für die Hauswartstätigkeit beim Valideneinkommen mitzuberechnen ist, kann im vorliegenden Fall jedoch offen bleiben, da der IV-Grad auch unter Anrechnung des Nebenerwerbs, wie nachfolgend aufgezeigt wird, unter 40 % liegt. Das Valideneinkommen hat im Jahr 2009 also Fr. 69'162.-- resp. Fr. 73'712.-- (Fr. 69'162.-- + Fr. 350.-- + Fr. 4'200.--) betragen. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt und ist seit April 2010 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Das Invalideneinkommen ist somit anhand der Tabellenlöhne der LSE zu berechnen. Der gesamtschweizerische Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters hat im Jahr 2009, aufgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden, Fr. 61'240.-- betragen (s. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs würde das Invalideneinkommen bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 90 % Fr. 55'116.-- betragen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, dass ein maximaler "Leidensabzug" von 25 % wegen der fehlenden Ausbildung und Sprachkenntnisse, der qualitativen Einschränkungen, der Unfähigkeit, Überstunden zu leisten und der fehlenden Flexibilität angemessen sei. Der Beschwerdeführer hat trotz fehlender Berufsausbildung und fehlender Deutschkenntnisse vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein überdurchschnittliches Hilfsarbeitereinkommen erzielt. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die fehlende Ausbildung und die eingeschränkten Deutschkenntnisse in einer Hilfstätigkeit nicht negativ auswirken. Die Rechtsvertreterin hat jedoch zu Recht vorgebracht, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Augenleidens vom Arbeitgeber nicht mehr gleich flexibel eingesetzt werden könne wie ein gesunder Arbeitnehmer und der Arbeitgeber wie auch die anderen Arbeitnehmer vermehrt Rücksicht auf gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nehmen müssten. Dies rechtfertigt jedoch praxismässig nur einen Tabellenlohnabzug von 10 %. Das Invalideneinkommen hat im Jahr 2009 somit Fr. 49'604.-- betragen.



4.2 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, aufgrund der qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sei es eher unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer überhaupt einen angepassten Arbeitsplatz finden würde. Sie hat also die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit von 90 % angezweifelt. Ob eine versicherte Person die verbliebene Restarbeitsfähigkeit noch verwerten kann, hängt davon ab, ob auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt Tätigkeiten existieren, die den von den Ärzten aufgestellten Adaptionenkriterien entsprechen. Auch wenn eine solche Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt existiert, muss die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit verneint werden, wenn die versicherte Person einem Arbeitgeber aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr zumutbar ist. Die Ärzte haben insbesondere die folgenden Adaptionenkriterien aufgestellt: Körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeit in ausreichend temperierten und geschlossenen Räumlichkeiten, keine regelmässige Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft, Möglichkeit vermehrter Pausen (Augentropfenapplikation unter ausreichend hygienischen Bedingungen), keine ausgeprägten Anforderungen an die Visusleistung und die visuelle Konzentration, keine vermehrte Staubexposition, keine grelle Beleuchtung, keine Bildschirmtätigkeit. Der Beschwerdeführer ist in seiner Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht also tatsächlich erheblich eingeschränkt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er seine Restarbeitsfähigkeit von 90 % nicht verwerten könnte. Zu denken ist beispielsweise, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angeführt hat, an leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung. Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber nicht zumutbar wäre, bestehen nicht. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist somit zu bejahen.

4.3 Eine Aufwertung des Validen- und des Invalideneinkommens auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, d.h. auf das Jahr 2011, kann unterbleiben, da davon auszugehen ist, dass sich die Nominallöhne seit 2009 etwa gleich entwickelt hätten. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'162.-- würde der IV-Grad folglich 28 % betragen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'712.-- (unter Berücksichtigung des Hauswartlohns) resultiert ein IV-Grad von 33 %. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente im Ergebnis somit zu Recht verneint.

4.4 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.



5.

5.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

5.2 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.