

# **SO\_GERICHTE VSBES.2014.163 vom 30. November 2017**

SO Obergericht, 2017-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2014.163\\_d20171130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.163_d20171130)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2014.163 du 30 novembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2014.163 del 30 novembre 2017

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 2**

a) Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, unbefristete Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 %) zuzüglich eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein interdisziplinäres medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der lungenärztlichen und der psychiatrischen Fachrichtungen einzuholen. c) Subeventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu neuen medizinischen und beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

### **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen, mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung.

### **E. 3.1**

3.1.1 Der Beschwerdeführer absolvierte von 1980 bis 1984 die Ausbildung zum Kaminfeger und von 1995 bis 1999 eine Anlehre als Offsetdrucker (IV-Nr. 2 S. 5 Ziff. 5.2). Er übte verschiedene Berufe aus (s. IV-Nr. 11). Zuletzt war er ab April 2007 als Betreuer in einem Wohnheim beschäftigt. Diese Anstellung löste der Beschwerdeführer per 31. August 2010 auf (IV-Nr. 13 S. 2). Er begründete dies damit, dass er einen Zusammenbruch habe verhindern wollen (IV-Nr. 12 S. 2). 3.1.2 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 10. November 2010 (IV-Nr. 14.4 S. 6 f.) fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 13. August 2010 bei ihm in Behandlung. Es lägen ein COPD GOLD Stadium II sowie ein solitärer Lungenrundherd im linken Unterlappen vor. Körperliche Schwerarbeit komme nicht in Frage, doch eine mittelschwere Arbeit unter guten lufthygienischen Bedingungen (d.h. ohne Rauch- und Staubexposition) sei vollzeitlich möglich. Dr. med. F.\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in seinem Bericht vom 10. November 2010 (IV-Nr. 14.4 S. 3 f.) folgende Diagnosen: - mittelschwere bis schwere depressive Episode - Status nach Opiatabhängigkeit 1983 bis 1993, seither abstinent - starke, wahrscheinlich körperlich bedingte Erschöpfungszustände bei differentialdiagnostisch stark eingeschränkter Lungenfunktion Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 24. August 2010. Dieser sei seither zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. In seinem Bericht vom 29. November 2010 (IV-Nr. 7 S. 1 f.) diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_ folgende Leiden: 1) COPD GOLD Stadium II - zusätzliche asthmatische Komponente möglich - Lungenüberblähung,

verminderte CO-Diffusionskapazität - Lungenemphysem vom gemischten Typ - in Ruhe normaler pulmonaler Gasaustausch - persistierendes Rauchen, kumulativ 24 Packyears 2) Solitärer Lungenrundherd unklarer Ätiologie und Dignität am linken Unterlappen 3) Status nach atypischer Pneumonie 2001 rechts BSS 4) Status nach Heroinabusus Der Beschwerdeführer klagt vor allem über eine Dyspnoe und ausgeprägte Erschöpfungszustände. In der Spiroergometrie vom 5. November 2010 sei die körperliche Leistungsfähigkeit unter voller Ausschöpfung der Atemreserven leichtgradig vermindert (75 % des Sollwertes). Der pulmonale Gasaustausch sei auch unter Belastung nur leicht eingeschränkt. Der Beschwerdeführer qualifiziere sich für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten. Zu einem Rauchstopp sehe er sich wegen seiner anhaltenden psychischen Belastungssituation nicht in der Lage. Laut Bericht vom 3. Januar 2011 erwies sich die Grösse des Rundherds im Thorax-CT vom 15. Dezember 2010 als konstant (IV-Nr. 7 S. 3 f.). Vom 28. Dezember 2010 bis 7. Januar 2011 war der Beschwerdeführer bei den G. \_\_\_ hospitalisiert. Der Austrittsbericht vom 9. Februar 2011 (IV-Nr. 46 S. 7 ff.) enthielt folgende Diagnosen: - Abhängigkeitssyndrom von Opiaten (F11.21) mit gegenwärtiger Abstinenz in beschützender Umgebung, Status nach Abstinenz von 2002 bis 2010 - leichte depressive Episode (F32.1), in erfolgreicher Behandlung - COPD GOLD Stadium II Der Beschwerdeführer leide unter einem körperlichen Schwächegefühl, weshalb er nicht mehr arbeiten könne und gekündigt habe. Während des Aufenthalts sei ein Totalentzug von Heroin erfolgt. Der Beschwerdeführer sei in deutlich stabilisiertem Zustand entlassen worden. Im Bericht vom 9. September 2011 (IV-Nr. 22 S. 2 ff.) stellte Dr. med. E. \_\_\_ folgende Diagnosen: 1) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: COPD GOLD Stadium II 2) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Solitärer Lungenrundherd am linken Unterlappen, differentialdiagnostisch Granulom Eine vollständige Heilung der chronischen Lungenkrankheit sei nicht möglich. In den nächsten Jahren sei von einer weiteren Verschlechterung auszugehen, wobei die Geschwindigkeit davon abhängen, ob der Beschwerdeführer das Rauchen aufgeben werde. Im erlernten Beruf des Kaminfegers sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig, während die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betreuer in einem Heim möglich sei. Leichtere körperliche Arbeiten unter guter Lufthygiene seien täglich acht Stunden ohne Leistungseinbusse zumutbar. Vom 26. September 2011 bis 2. Januar 2012 absolvierte der Beschwerdeführer bei der [...] ein Belastbarkeitstraining. Der Qualifizierungsbericht vom 21. Dezember 2011 (IV-Nr. 34) hielt fest, die Motivation des Beschwerdeführers sei fraglich. Dieser gehe davon aus, dass seine Leistungsfähigkeit wegen der reduzierten Lungenfunktion eingeschränkt sei. Er sehe ein Pensum von drei Stunden als obere Grenze an, vier Stunden seien für ihn im Hinblick auf die gesundheitliche Situation zu stressig. Die Leistungsfähigkeit sei nicht klar definierbar. Eine Verlängerung des Trainings mache keinen Sinn. Die Abteilung Berufliche Eingliederung der Beschwerdegegnerin schloss den Fall in der Folge ab (IV-Nr. 35). Dr. med. F. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 22. März 2012 (IV-Nr. 46 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Opiat-Abhängigkeitssyndrom seit 1983, aktuell intermittierender Konsum - Status nach mittelschwerer depressiver Episode 2010/2011, teilremittiert, aktuell mittelgradig - Verdacht auf adultes ADHS - abhängige Persönlichkeitsstörung Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf liege seit dem 1. November 2011 wieder bei 50 %. Die Trennung von der Ehefrau im Jahr 2009 und die spätere Scheidung hätten zur psychischen Dekompensation des Beschwerdeführers mit Rückfall in die Opiatabhängigkeit geführt. Zu Beginn der Behandlung habe er unter Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, ausgeprägten Schlafstörungen, Antriebslosigkeit,

Grübeln und Insuffizienzgefühlen gelitten. Die Symptomatik sei teilweise remittiert. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme mit erhöhter Ablenkbarkeit sowie Vergesslichkeit sprächen für ein ADHS. Auf der Persönlichkeitsachse imponierten eine ausgeprägte Unterwürfigkeit und Überangepasstheit, die Angst, verlassen zu werden, Mühe bei Alltagsentscheidungen, eine appellative Hilflosigkeit sowie die Überzeugung, unerwünscht zu sein. Die verminderte körperliche und psychische Belastbarkeit gehe nur zum kleinsten Teil auf die reduzierte Lungenfunktion zurück, sondern sei vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung, der depressiven Symptomatik sowie möglicherweise des ADHS zu sehen. Die bisherige Tätigkeit sei täglich drei bis vier Stunden mit einer um 20 % reduzierten Leistung zumutbar. Die zeitliche Belastung sei schrittweise und langsam zu steigern. Büroarbeiten und körperlich nicht anstrengende Tätigkeiten seien ebenfalls drei bis vier Stunden täglich mit 20 % Leistungseinbusse möglich. Prognostisch sei in einer angepassten Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Vom 19. bis 30. April 2012 erfolgte bei den G.\_\_\_\_ ein erneuter Heroinentzug. Gemäss Austrittsbericht vom 29. Mai 2012 (IV-Nr. 48 S. 5 f.) entliess man den Beschwerdeführer in einem wenig stabilen psychischen Zustand. Dr. med. H.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin FMH, nahm in seinem Bericht vom 7. Juni 2012 (IV-Nr. 48 S. 2 ff.) die Diagnosen der Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ auf und hielt fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 21. Mai 2012 in einem Methadonprogramm. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf liege seit 1. November 2011 bei 50 %. Die Lungenerkrankung erlaube nur leichte körperliche Arbeiten. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 11. September 2012 (IV-Nr. 51 S. 2 ff.) folgenden Diagnose auf: A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1) Opiat-Abhängigkeitssyndrom, aktuell intermittierender Konsum 2) Abhängige Persönlichkeitsstörung 3) COPD GOLD Stadium II mit - zusätzlich asthmatischer Komponente - Lungenemphysem vom gemischten Typ - persistierendem Zigarettenrauchen B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1) Status nach mittelschwerer depressiver Episode 2010/2011, teilremittiert, aktuell leichtgradig 2) Verdacht auf adultes ADHS 3) Psychosoziale Belastungssituation Vom 24. August 2010 bis 31. Oktober 2011 habe wegen der akzentuierten Lungenprobleme und der psychischen Erkrankung vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreuer wieder zu 100 % arbeitsfähig. Auch andere körperlich leichte Tätigkeiten in einer staubfreien Umgebung seien möglich. Die von Dr. med. F.\_\_\_\_ ab 1. November 2011 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei drogendominant begründet und auf Grund der fehlenden Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar. Dieser habe möglicherweise während der versuchten Methadoneinstellung Heroin konsumiert. Das Scheitern der bisherigen Eingliederungsversuche sei dem Drogenkonsum zuzuschreiben. Zwar gehe die Sucht teilweise sekundär auf die Persönlichkeitsstörung zurück, doch sei der Beschwerdeführer von 2002 bis 2009 abstinent und voll arbeitsfähig gewesen. Dr. med. F.\_\_\_\_ erwiderte auf den RAD-Bericht am 28. November 2012 (IV-Nr. 63 S. 4 f.), die Krankschreibung am 24. August 2010 sei wegen der Depression erfolgt. Der Opiatkonsum habe keinen wesentlichen Einfluss auf deren Verlauf gehabt. Der Beschwerdeführer verfüge persönlichkeitsbedingt nur über beschränkte Copingstrategien, welche beim Zusammentreffen von Trennung resp. Scheidung und körperlicher Einschränkung versagt, eine Dekompensation und später einen Rückfall in den Opiatkonsum bewirkt hätten. Durch das Auf und Ab der psychischen Befindlichkeit, die Rückfälle und die prekäre finanzielle

Situation stehe der Beschwerdeführer weiterhin unter Druck seitens der Freundin, was seine Verlustängste mobilisiere; die neue Beziehung könne daher nicht mit einer stabilen psychosozialen Situation gleichgesetzt werden. An die Mitwirkungspflicht eines Süchtigen zu appellieren, verkenne die Dynamik einer Abhängigkeit. Diese beinhalte, dass der Süchtige gerade in einer Krise und bei einer dekompensierten Persönlichkeitsstörung dem Suchtdruck nicht oder nur sehr schwer widerstehen könne. Der Beschwerdeführer habe sich lange Zeit auf die COPD als einzige Ursache seiner Beschwerden versteift. Es bleibe dabei, dass die dekompensierte Persönlichkeitsstörung gegenwärtig zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % führe. In seinem Bericht vom 2. April 2013 diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_ neu eine COPD GOLD Stadium III (BB-Nr. 34). Der Beschwerdeführer berichte von einer leichten Zunahme der Dyspnoe insbesondere bei Anstrengung. Der lungenfunktionelle Befund sei im Wesentlichen unverändert (wobei in der Diagnose die Werte vom 5. November 2010 aufgeführt werden). Es bestehe eine mittelschwere Obstruktion mit einer deutlich verminderten CO-Diffusionskapazität von 27 % des Solls. Der klinische Befund sei stationär.

3.1.3 Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_, Arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer am 29. April 2013 und stellte in seinem Bericht vom 14. Mai 2013 (IV-Nr. 73 S. 2 ff.) folgende Diagnosen (S. 14): - Störungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Methadon-Ersatzprogramm (kontrollierte Abhängigkeit) mit Beikonsum von Heroin (F11.22, F11.24), mit: - affektiven / depressiven Symptomen und Antriebsstörung (F11.8) - differentialdiagnostisch: sonstige depressive Episode (F32.8) - differentialdiagnostisch: depressive Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4) - Störungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F17.25) - negative Kindheitserlebnisse (Z61.8) - Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit und ökonomischen Verhältnissen (Z56.-, Z59.-) - Missbrauch von diversen psychotropen Substanzen in der Eigenanamnese (Z86.4) - aktenanamnestisch: COPD

Der Beschwerdeführer gebe von sich aus an, dass er durchschnittlich ein bis zweimal pro Monat 0,25 bis 0,5 g Heroin rauche. Nach längerer Abstinenz habe er 2009 wegen der Trennung und Scheidung sowie wegen der Arbeit eine schwierige Zeit gehabt und während ca. zwei Wochen Heroin konsumiert. In der Folge habe er zunehmend Schmerzen in Brust und Rücken bekommen. Im August 2010 habe er erneut mit dem Heroin begonnen und sich bei Dr. med. F. \_\_\_ in Behandlung begeben. Anfänglich habe er den Drogenkonsum gegenüber dem Arzt und der Therapeutin, Frau K. \_\_\_, verschwiegen. Erst im Dezember 2010 habe er den Konsum eingestanden und sei zur stationären Entzugsbehandlung in die G. \_\_\_ eingewiesen worden. Trotz der mittlerweile erfolgten Einstellung auf Methadon (aktuell 75 mg pro Tag) konsumiere er weiter Heroin. Er rauche täglich ca. 20 Zigaretten, eine Reduktion gelinge nur schwer (S. 11). An Medikamenten nehme er Quetiapin Mepha, Seretide, Spiriva, Ventolin sowie aktuell, wegen Husten und Auswurf, Kortison. Psychisch brauche er mehr Zeit zur Erholung. Statt Methadon hätte er bei Bedarf lieber ein Opioid als Schmerzmittel. Er fühle sich nicht besonders leistungsfähig, wohl wegen seiner Lungensituation. Er mache sich Gedanken über seine Zukunft und seine finanzielle Situation. Seit der Aussteuerung im August 2012 sei er von Sozialhilfe abhängig. Dr. med. F. \_\_\_ schreibe ihn aktuell weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig. Er, der Beschwerdeführer, habe die Hoffnung auf Besserung nicht aufgegeben und nicht die Absicht, sich etwas anzutun. Der Appetit sei im Vergleich zu früher wieder in Ordnung. Meist schlafe er gut, bei Einschlafstörungen nehme er Quetiapin. Er habe nicht mehr so viele Hobbys, u.a. aus finanziellen Gründen. Seine leiblichen Eltern kenne er nicht. Seine Entwicklung nach der

Geburt sei verzögert gewesen. Nach eineinhalb Jahren in einem Kinderspital sei er adoptiert worden. Er habe das Gefühl gehabt, dass die Adoptiveltern ihn nicht in gleicher Weise geliebt hätten wie die eigenen Kinder, doch mache er diesen keine Vorwürfe. Während der Schulzeit sei es zu sexuellen Übergriffen durch eine Putzfrau und den Adoptivbruder gekommen. Dies habe keine anhaltenden Auswirkungen, auf Grund seiner christlichen Einstellung habe er beiden vergeben. Im vierzehnten Lebensjahr habe er mit Cannabis begonnen (S. 12). An seiner letzten Stelle hätten ihn die vielen Pikettdienste überfordert. Da eine Pensenreduktion nicht möglich gewesen sei, habe er gekündigt. Er wohne zusammen mit seiner Freundin. Seine Therapeutin sehe er alle zwei bis drei Wochen. Seiner Ansicht nach sei das Belastbarkeitstraining gescheitert, weil das Pensum zu schnell gesteigert worden sei (S. 13). Zum psychopathologischen Befund hielt der RAD-Arzt fest, der Beschwerdeführer wirke altersentsprechend und gepflegt. Er gebe während des Gesprächs bereitwillig Auskunft (S. 13) und sei in allen Ebenen orientiert. Die Auffassung zeige sich kursorisch unauffällig, es liessen sich keine Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis erheben. Der Beschwerdeführer vermöge dem gesamten (über zweistündigen) Gespräch ohne erkennbare Ermüdung zu folgen. Das formale Denken sei kohärent. Für Phobien, Zwänge, Wahnstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen gebe es keine Anhaltspunkte. Der Beschwerdeführer wirkte affektiv nachdenklich und besorgt, im Empfinden von Freude sowie in der Modulations- und Schwingungsfähigkeit leicht reduziert. Seine Vitalgefühle seien vermindert. Eine durchgehende depressive Verstimmung sei nicht feststellbar. Antrieb, Motivation und Initiative seien vermindert. Für akute Suizidalität fehlten Anhaltspunkte (S. 14). Zusammenfassend seien keine durchgehende depressive Stimmungslage sowie keine Anhaltspunkte für Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration feststellbar. Eine Persönlichkeitsstörung sei ebenfalls nicht ersichtlich, insbesondere seien die diagnostischen Leitlinien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllt. Als vorrangige psychiatrische Diagnose bestehe ein Abhängigkeitssyndrom von Opioiden mit gegenwärtig kontrollierter Abhängigkeit von Methadon im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, aber intermittierendem Beikonsum von Heroin auf dem Boden einer langen Vorgeschichte mit Konsum verschiedener psychotroper Substanzen. Es sei praktisch nicht möglich, die affektiven / depressiven Symptome und die Antriebsstörungen eindeutig zuzuordnen. Differenzialdiagnostisch seien diese im Rahmen des Abhängigkeitssyndroms, im Rahmen der Behandlung mit Methadon, oder als eigenständige depressive Störung aufzufassen, möglicherweise auch mit additiver Wirkung. Der Einfluss des intermittierenden Heroinkonsums auf die Psychopathologie und damit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne gegenwärtig nicht abschliessend eingeschätzt werden. Eine depressive Episode gemäss ICD-10 lasse sich derzeit nicht feststellen. Differenzialdiagnostisch kämen eine sonstige depressive Episode als Mischbild somatischer depressiver Symptome mit Müdigkeit und Schmerzen sowie eine (teil-) remittierte depressive Episode in Betracht (S. 17). Aktuell sei auf Grund der Psychopathologie und der damit einhergehenden funktionellen psychischen Beeinträchtigungen von einer reduzierten Leistungsfähigkeit ohne Einschränkung des Arbeitszeitpensums auszugehen. Die Leistungseinbusse, welche besonders aus einem höheren Pausenbedarf zur Erholung resultiere, werde medizinisch-theoretisch auf 20 bis 30 % geschätzt. Ob durch eine anhaltende Heroinabstinenz eine relevante Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu erreichen wäre, lasse sich derzeit nicht abschliessend sagen. Im Falle der Wiederaufnahme von beruflichen oder anderen Massnahmen wäre eine kontrollierte Abstinenz angezeigt und

unter entsprechender fachärztlicher Behandlung auch möglich (S. 17). Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungen (z.B. besonders hoher Verantwortung oder weitreichenden Entscheidungen innert kurzer Zeit). Ungünstig und wegen des Beikonsums prekär seien Arbeiten mit regelmässigem Führen von Motorfahrzeugen. Günstig seien Tätigkeiten mit kontinuierlichem Arbeitsanfall ohne besondere Belastungsspitzen (S. 18). Zur Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_ vom 28. November 2012 seien folgende Bemerkungen anzubringen: Die Angabe, wonach der Beschwerdeführer erst Ende August 2010 einen Rückfall mit Heroin gehabt habe, stimme nicht mit seinen Angaben bei der RAD-Untersuchung überein. Bei chronischem Gebrauch von Opioiden würden psychische und Verhaltensstörungen mit negativen Auswirkungen auf die Affekt- und Antriebslage beschrieben. Das DSM-IV-TR führe auch opioid-induzierte affektive Störungen an. Auf Grund des bisherigen Verlaufs sei wahrscheinlich, dass sich der Heroinkonsum eher negativ resp. die Abstinenz eher positiv auf die beruflichen Tätigkeiten ausgewirkt haben dürfte. Der Beikonsum von Heroin sei nur reduziert worden, obwohl die Sistierung das Ziel einer Substitutionsbehandlung darstellen sollte. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % könne auf Grund der RAD-Untersuchung nicht bestätigt werden (S. 18).

3.1.4 Dr. med. E. \_\_\_ teilte der Vertreterin des Beschwerdeführers mit E-Mail vom 18. September 2013 (IV-Nr. 80 S. 5) mit, er habe diesen gestern gesehen. Die Lungenkrankheit habe sich seit 2011 nochmals deutlich verschlechtert. Die schon vorher schlechte Lungenfunktion habe sich seit 2010 halbiert. Bei diesem Fortschreiten sei der Beschwerdeführer in ein bis zwei Jahren lungeninvalid. Gegenwärtig kämen höchstens leichte Arbeiten in guter lufthygienischer Umgebung in Frage. Ein Rauchstopp sei weiterhin sehr schwierig. In seinem Bericht vom 25. Oktober 2013 (IV-Nr. 82 S. 5 ff.) bestätigte er, dass ein COPD Goldstadium II vorliege und für die nächsten Jahre eine weitere Verschlechterung zu erwarten sei. Die Soll-Leistung im Belastungstest vom November 2010 dürfte in der Zwischenzeit deutlich abgenommen haben. Es sei von einer körperlichen Leistungsfähigkeit von 50 % auszugehen. Der erlernte Beruf als Kaminfeger komme nicht mehr in Frage. Für körperlich leichte Arbeiten unter guter Lufthygiene sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Er könne acht Stunden am Tag mit einer eingeschränkten Leistung von 50 % arbeiten. Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_ erwiderte in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2013 (IV-Nr. 84 S. 2), eine Leistungseinbusse von 50 % sei mangels objektiver Messdaten nicht ausgewiesen. Aber selbst wenn, würde dies mit der Beschränkung auf leichte Arbeiten berücksichtigt, d.h. der Beschwerdeführer könnte solche Tätigkeiten ganztags ohne Leistungseinbusse ausüben. Auf telefonische Rückfrage hin präziserte Dr. med. E. \_\_\_ am 11. März 2014 seinen Bericht vom 25. Oktober 2013 wie folgt (s. Protokolleintrag in den IV-Akten): Leichte Arbeiten unter guten lufthygienischen Bedingungen, z.B. im Büro, seien ohne Einschränkung möglich. Die Leistungseinbusse von 50 % beziehe sich auf körperlich schwerere Tätigkeiten. Er habe Patienten, deren Lungenfunktion noch stärker eingeschränkt sei, die aber gleichwohl zu 100 % arbeiten würden. In ihrer Verfügung vom 20. Mai 2014 (A.S. 1 ff.) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass vom 24. August bis 31. Oktober 2011 ein Invaliditätsgrad von 100 % vorgelegen habe, ab 1. November 2011 hingegen nur noch von 33 %. Dr. med. E. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in drei Arztzeugnissen vom 24. Juni bis 18. August 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nrn. 114 S. 2 f. / 115 S. 2).

3.2 Das bei der [Gutachterstelle] B. \_\_\_ eingeholte Gerichtsgutachten enthält folgende Angaben:

3.2.1 Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin besonders Lungenkrankheiten, führt im pneumologischen Teilgutachten von 25. Februar 2016 (A.S.

95 ff.) aus, der Beschwerdeführer beklage eine unterschiedlich stark ausgeprägte Dyspnoe. Laut seinen Angaben mache sich diese teils schon beim Sprechen bemerkbar, dann könne er wieder ohne Atemnot knapp zwei Stockwerke bewältigen. Ab etwa 2008 habe die Anstrengungsdyspnoe langsam zugenommen. Die Arbeit habe er im August 2010 wegen der allgemeinen Erschöpfung und Müdigkeit aufgegeben. Sauerstoff benütze er nun fast 24 Stunden am Tag (A.S. 97). Es bestehe eine schwere COPD (GOLD Stadium IV, Erstsekundenvolumen 27 % des Solls). Die arterielle Blutgasanalyse zeigt eine O<sub>2</sub>-substitutionsbedürftige respiratorische Globalinsuffizienz. Auf Grund der Anamnese sei die Diagnose einer chronischen Bronchitis zu stellen. Als Risikofaktor für die COPD besteht ein leider noch nicht sistierter Nikotinabusus. Der Lungenrundherd im linken Unterlappen stelle sich seit der letzten CT-Untersuchung vom 16. Juli 2012 unverändert dar. Die durchgeführte nächtliche Pulsoxymetrie schliesse eine klinisch relevante schlaf-assoziierte Atemstörung mit grosser Wahrscheinlichkeit aus (A.S. 99). Das Ausmass der COPD erkläre die schwere Anstrengungsdyspnoe (A.S. 103). Dem Beschwerdeführer sei lediglich noch eine körperlich kaum belastende Arbeit in allergen- und raucharmer Umgebung zumutbar, sofern er sich gleichzeitig Sauerstoff verabreichen könne. Ein längerer und / oder körperlich belastender Arbeitsweg sei nicht möglich. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab 2010 lasse sich mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht abschliessend beurteilen. Es fehlten lungenfunktionelle Verlaufsmesswerte, um genaue Aussagen über die pulmonal bedingte Arbeitsfähigkeit ab 2010 zu machen. Die im Dezember dieses Jahres durchgeführte Untersuchung zeige im Vergleich zur aktuellen Untersuchung in etwa unveränderte Messwerte, so dass die damalige Arbeitsfähigkeit ungefähr wie heute gewesen sei (A.S. 104).

3.2.2 Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH führt Psychiatrie und Psychotherapie, führt im psychiatrischen Teilgutachten von 21. März 2016 (A.S. 108 ff.) aus, für die Anamnese werde auf die entsprechenden Ausführungen im Hauptgutachten (s. E. II. 3.2.3 hiernach) verwiesen. Der Beschwerdeführer gebe an, bei seiner letzten Stelle hätten ihn die vielen Pikettdienste überfordert; er habe sich nicht mehr richtig erholen können, weswegen er gekündigt habe. Damals, 2010, sei bei ihm auch eine schwere Lungenkrankheit festgestellt worden. Als psychisch krank betrachte er sich selber nicht. Wegen der Überforderung habe er den während fast zehn Jahre sistierten Heroinkonsum wieder aufgenommen. Aktuell stehe er unter Methadonbehandlung, Heroin habe er letztmals im Jahr 2015 genommen. Zum Psychostatus gibt der Gutachter an, der Beschwerdeführer fahre noch selber Auto, aber eher kleinere Strecken. Er sei in allen vier Richtungen uneingeschränkt orientiert. Auf die Fragen antworte er oft weitschweifig und unpräzise, könne aber immer wieder zur Fragestellung zurückgeholt werden. Es fänden sich keine auffälligen kognitiven Defizite. Insbesondere seien Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Wachheit, Durchhaltevermögen, Sprachverhalten, Intelligenz und Auffassungsgabe nicht relevant eingeschränkt. Der Beschwerdeführer hinterlasse einen eher dynamischen Eindruck (A.S. 115). Für eine bedeutsame depressive Symptomatik fänden sich keine Hinweise. Klinisch untersucht worden seien die folgenden Items: · depressive Verstimmung (leicht) · Reduktion von Interesse und Freude (nicht vorhanden) · Antriebsstörung (nicht vorhanden) · Störung der Vitalgefühle / gesteigerte Ermüdbarkeit (leicht bis mittelgradig, aber eher somatisch bedingt) · vermindertes Selbstwertgefühl / Insuffizienzgefühle (nicht vorhanden) · Schuldgefühle / Selbstvorwürfe (nicht vorhanden) · Hoffnungslosigkeit (nicht vorhanden) · Suizidalität (nicht vorhanden) · Konzentrationsstörungen (nicht vorhanden) · Denkverlangsamung (nicht vorhanden) · Grübeln / eingeengtes Denken (nicht vorhanden) · Unruhe (leicht, aber eher somatisch bedingt) · Schlafstörungen (leicht) · Veränderung von

Appetit und / oder Hungergefühl (nicht vorhanden) · Reduktion von sexuellem Interesse oder sexueller Aktivität (nicht vorhanden) · depressiv bedingte somatische Beschwerden (nicht vorhanden) · hypochondrische Symptomatik (leicht, aber auf somatische Beschwerden bezogen) · Angst (leicht, aber auf somatische Beschwerden bezogen) · Zwangssymptome (nicht vorhanden) · depressionsgesteuerte psychotische Symptomatik (nicht vorhanden) · sozialer Rückzug (mässig im privaten Bereich, aufgehobene Teilhabe im beruflichen Bereich, beides eher somatisch bedingt) · Mangel an Krankheitsgefühl oder Krankheitseinsicht (nicht vorhanden) · Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung (nicht vorhanden). Es seien auch keine Symptome einer Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis ersichtlich, d.h. keine formalen Denkstörungen (z.B. Gedankenabriss oder Neologismen), keine inhaltlichen Denkstörungen (Wahnvorstellungen), keine Sinnestäuschungen (Halluzinationen), keine Störungen im Ich-Erleben (wie Depersonalisation oder Fremdbeeinflussung) und auch keine pathologischen Affekte. Hinweise auf eine generelle Angst- oder Zwangserkrankung oder krankheitsrelevante phobische Störungen ergäben sich ebenfalls keine. Symptome eines ADHS hätten sich eindeutig nicht feststellen lassen (geprüft worden sei u.a. Vergesslichkeit, Unachtsamkeit, Verlust von Sachen wie Schlüssel oder Portemonnaie, hohes Mass an Ungeduld / Unruhe, geringe Ordnungsliebe, schwieriger Umgang mit Geld, häufige Verspätung, Zerstreuung, schlechtes Zeitgefühl, Aufschub von unliebsamen Aufgaben, Konzentration und Aufmerksamkeit mehrheitlich nur bei interessierenden Aspekten, starke Stimmungsschwankungen, reduzierte Kontrolle über aggressive Impulse). In der Persönlichkeit bestünden zwar gewisse Auffälligkeiten, die aber angesichts der Ausprägung und ihrer Auswirkungen auf die Lebensführung des Versicherten im beurteilbaren Längsschnitt eindeutig nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichten und als Akzentuierung der Persönlichkeit mit passiv-abhängigen, aggressionsgehemmten und unsicheren Anteilen zu werten seien (A.S. 116 f.). Besondere psychodynamisch beeinträchtigende Konfliktbereiche oder psychosoziale Belastungssituationen liessen sich weder aktuell noch retrospektiv eruieren. Neben der Methadonsubstitution nehme der Beschwerdeführer keine illegalen Drogen mehr. Er erhalte Quetiapin in Reserve verschrieben, die er aber sehr selten ausschöpfe. Der Beschwerdeführer stehe in ambulanter psychotherapeutischer Begleitung bei einer Psychologin, mit der er alle 14 Tage bis einmal im Monat spreche (A.S. 117). Neben der klinischen Untersuchung seien folgende psychometrischen Testuntersuchungen durchgeführt worden (A.S. 117 f.): · Cerebraler Insuffizienztest, Zahlenverbindungs- und Bentontest (erworbene hirnorganische Defizite): Der Beschwerdeführer erreiche durchwegs normale Ergebnisse, was zusammen mit dem blanden klinischen Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen kognitive Funktionseinbussen spreche. · Beckscher und Hamilton-Depressionstest (Selbst- und Fremderfassung depressiver Symptome): Der Score von neun resp. sieben Punkten spreche eindeutig gegen eine relevante depressive Episode. Beide Tests korrespondierten mit dem blanden klinischen Untersuchungsbefund. · MMPI (Persönlichkeitstest): Es bestehe eine Neigung, zu bagatellisieren und sich besser darzustellen. · SKID II (Persönlichkeitsstörungen): Für eine Akzentuierung von Persönlichkeitsanteilen, insbesondere auch eine Persönlichkeitsstörung, ergäben sich keine Hinweise. Allerdings habe der Beschwerdeführer von 102 Fragen nur neun mit Ja beantwortet, was mit der Neigung zur überhöhten positiven Selbstdarstellung und rigider Abwehr von möglichen Befunden erklärbar sei. Bei den Urintests vom 8. und 23. Februar 2016 sei lediglich Methadon nachgewiesen worden, jedoch keine der übrigen geprüften Substanzen wie

Opiate, Kokain oder THC. Der Blutspiegel von Quetiapin liege unter der Nachweisbarkeitsgrenze, was sich mit den Angaben des Beschwerdeführers decke, er nehme das Medikament nur sehr sporadisch (A.S. 118). Zusammenfassend ergebe die aktuelle Untersuchung eindeutig keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gegenwärtig beeinträchtigt. Insbesondere könnten eine depressive Störung, eine Persönlichkeitsstörung oder ein ADHS im Erwachsenenalter sicher ausgeschlossen werden (A.S. 119). Was die Vorakten angehe, so seien divergierende Diagnosen zum Vorliegen einer depressiven Episode sowie zu deren Schweregrad nicht per se als widersprüchlich zu werten, denn depressive Störungen seien nicht statischer Natur und könnten sich im Laufe der Zeit spontan verstärken und chronifizieren, aber auch (wegen Behandlung oder bei Wegfall belastender Umstände) abschwächen oder aufheben, dies unabhängig davon, ob es sich um aktuelle oder chronifizierte Episoden / depressive Zustandsbilder handle. Aus nicht chronifizierten depressiven Zustandsbildern (depressive Episoden, F32) könne zwar eine Einschränkung der Arbeits- und / oder Leistungsfähigkeit resultieren, aber nicht per se eine dauerhafte Arbeits- resp. Leistungsunfähigkeit abgeleitet werden. Ansonsten hätte die Diagnose gemäss F33 angepasst werden müssen (wiederkehrende oder chronifizierte depressive Episoden), was hier in den Vorbefunden nicht geschehen sei. Von daher werde die Schlussfolgerung des RAD-Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_ uneingeschränkt geteilt. Persönlichkeitsstörungen wiederum müssten nicht zwangsläufig zu Einschränkungen der Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit führen, d.h. allfällige Einbussen müssten anhand spezifischer Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit aufgezeigt und nicht allein aus der gestellten Diagnose abgeleitet werden. Auch hier seien die Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ in sich schlüssig. Ein ADHS sei vor den Berichten von Dr. med. F.\_\_\_\_ nicht diagnostiziert worden, insbesondere auch nicht im Kindesalter des Beschwerdeführers, was eine Voraussetzung für die Diagnosestellung eines ADHS im Erwachsenenalter wäre. Es dürfe nicht allein aus der Diagnose, sondern nur auf Grund allfälliger Funktionseinschränkungen, eine Leistungseinbusse abgeleitet werden (A.S. 120). Auch diesbezüglich teile man die Schlussfolgerungen des RAD-Arztes uneingeschränkt (A.S. 121). Aus medizinisch-theoretischer Sicht bestehe gegenwärtig keine relevante Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit infolge einer lang andauernden psychiatrischen Störung mit Krankheitswert. Diese Aussage treffe retrospektiv beurteilt auch auf die Zeiten seit 2010 zu, da in den zur Verfügung stehenden Arztberichten keine chronifizierten depressiven Zustandsbilder resp. depressive Episoden diagnostiziert worden seien (A.S. 121). Was beim Beschwerdeführer ursprünglich zu einer Abhängigkeit von illegalen Drogen geführt habe, lasse sich retrospektiv anhand der vorliegenden Akten nicht beurteilen, auch nicht der Rückfall in die Opiatabhängigkeit am letzten Arbeitsplatz nach mehrjähriger Abstinenz. Die Angaben des Beschwerdeführers, dass er lange Zeit ständig überfordert gewesen sei, stimme aber mit der Erfahrung überein, dass Drogenrückfälle durch anhaltende Belastungs- und Stresssituationen begünstigt würden, insbesondere dann, wenn – wie hier – zuvor keine langfristige Drogentherapie stattgefunden habe. (A.S. 121).

3.2.3 Das Hauptgutachten der [Gutachterstelle] B.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 (A.S. 70 ff.) enthält folgende Diagnosen (A.S. 88): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1) COPD GOLD Stadium IV mit respiratorischer Partialinsuffizienz (J44.90) 2) Nikotinabhängigkeit (F17.2) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1) Status nach Heroinabhängigkeitssyndrom (F11.2Z) 2) Status nach mittelschweren bis schweren depressiven Episoden (F32.0Z) 3) Akzentuierung der Persönlichkeit mit passiv abhängigen, aggressionsgehemmten und selbstunsicheren Anteilen (Z73) 4) Lungenrundherd im linken

Unterlappen, bisher kein Hinweis auf Malignität. Der Beschwerdeführer gebe an, er habe ab dem 14. Lebensjahr Drogen konsumiert (u.a. Cannabis und Heroin), was zu Arbeitsunterbrüchen geführt habe. Während der Zeit in Deutschland von 1995 bis 2000 sei er drogenfrei geblieben, habe in der Schweiz dann aber einen Rückfall gehabt, weshalb er sich leichtere Arbeit gesucht habe. Sodann habe er bis 2010 ohne Drogen gelebt und als Betreuer in einem Behindertenheim für Erwachsene gearbeitet. Er habe zwei Drittel der Pikett-Nachtdienste versehen, bis er «restlos keine Kraft mehr gehabt» und selbst gekündigt habe. Zuvor sei auch seine Scheidung gelaufen. Er habe erfahren, dass er schwer lungenkrank sei, und zu der Zeit wieder mit Heroin angefangen, um ruhiger zu werden. Seit Sommer 2010 sei er durchgehend arbeitsunfähig. Er habe 2011 und wohl auch nochmals 2014 ein Belastbarkeitstraining gemacht, er sei «mega müde» gewesen. Er wohne zusammen mit seiner Freundin, die zu 100 % berufstätig sei. Er erledige mit Mühe die Hausarbeit. Morgens frühstücke man gemeinsam. Er lese dann viel und besorge zu Fuss die Einkäufe, gehe aber wenig aus dem Haus. Mittags esse er eine Kleinigkeit, man nehme gemeinsam das Nachtessen ein. Die Schlafenszeit sei unterschiedlich, so gegen 24:00 Uhr. Er lebe jetzt vom Sozialamt. Der soziale Abstieg mache ihm sehr zu schaffen. Er wisse nicht, was er noch arbeiten könne. Die Luftnot habe wohl 2008 begonnen, bei Belastungen wie z.B. schwerem Tragen. In den letzten ein, zwei Jahren sei die Luftnot aber schlimmer geworden und er könne nun nicht mehr ohne Sauerstoff leben (A.S. 80 f.). Zum jetzigen Leiden gebe der Beschwerdeführer an, er sei müde und brauche lange zur Erholung. Bei körperlicher Belastung habe er Luftnot; bei Nässe und Kälte oder viel Ozon in der Luft sei es schlimmer. Seit zwei bis drei Jahren brauche er Tag und Nacht Sauerstoff. Der Lungenarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ kontrolliere ihn alle sechs Monate, bei Bedarf auch öfter. Er rauche noch zehn Zigaretten am Tag, während es früher 20 gewesen seien (A.S. 82). Bei der Untersuchung durch die federführende Gutachterin Dr. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, präsentiere sich der Beschwerdeführer in einem befriedigenden Allgemeinzustand. Er führe sich mittels Nasensonde aus einer mobilen Flasche Sauerstoff zu. Lebhaftes Sprechen habe keine Auswirkungen, während beim Auskleiden und kurzfristigen Entfernen der Nasensonde eine leichte Dyspnoe mit etwas Husten auftrete. Die Haut zeige keine Zyanose (A.S. 82 f.). Zusammenfassend leide der Beschwerdeführer aus pneumologischer Sicht an einer COPD GOLD Stadium IV mit respiratorischer Partialinsuffizienz. Die Lungenfunktionsprüfung zeige ein stark vermindertes Erstsekundenvolumen und eine mittelstark verminderte Vitalkapazität. Es liege eine starke Obstruktion mit Zeichen der Überblähung vor. Die chronische Bronchitis schränke die körperliche Leistungsfähigkeit erheblich ein. Invaliditätsfremde Faktoren liessen sich nicht eruieren. Aggravation liege nicht vor (A.S. 86). Die jetzigen Beeinträchtigungen mit einer schweren Einschränkung der Lungenfunktion in Form von Dyspnoe, chronischem Husten und Erschöpfbarkeit lägen ganz überwiegend auf somatischem Gebiet. Die Nikotinabhängigkeit verschlechtere die Prognose (A.S. 87). Das Ausmass der COPD erkläre die schwere Anstrengungsdyspnoe, Diskrepanzen seien nicht auszumachen. Die nur noch geringe körperliche Belastbarkeit im Rahmen der COPD wirke sich in allen Lebensbereichen aus. Eine chronische Bronchitis entwickle sich allmählich über Jahre hinweg, somit sei ein zeitlich genauer Eintritt der Gesundheitsschädigung nicht festzulegen. Aus pneumologischer Sicht bestehe für die körperlich belastende bisherige Tätigkeit als Betreuer keine Arbeitsfähigkeit mehr (A.S. 90). Zumutbar sei lediglich noch eine körperlich kaum belastende Arbeit in einer allergen- und raucharmen Umgebung, bei welcher der Beschwerdeführer gleichzeitig noch O 2 einsetzen könne. Bei einem Pensum von acht

Stunden am Tag bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von mindestens 50 % auf Grund eines erhöhten Pausenbedarfes. Ein längerer oder körperlich belastender Arbeitsweg sei nicht zumutbar (A.S. 90 f.). Auf psychischem Gebiet finde sich derzeit keine wesentliche Beeinträchtigung von Krankheitswert. Was zur Abhängigkeit von illegalen Drogen geführt hat, könne retrospektiv nicht beurteilt werden. Der Beschwerdeführer beklage die finanzielle Situation, ansonsten berichte er keine sozialen Belastungen (A.S. 88). Der Gesundheitszustand habe einen wechselnden Verlauf gehabt. Aus psychiatrischer Sicht liege spätestens ab Begutachtungszeitpunkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Diese Aussage treffe retrospektiv beurteilt auch auf die Zeit seit 2010 zu. Aus pneumologischer Sicht habe die Arbeitsfähigkeit wegen der chronischen Bronchitis im Laufe der Jahre abgenommen. Der Verlauf ab 2010 könne mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht abschliessend beurteilt werden, da lungenfunktionelle Verlaufsmesswerte fehlten. Die im Dezember 2015 durchgeführte lungenfunktionelle Untersuchung zeige im Vergleich zur aktuellen Untersuchung mehr oder weniger unveränderte Messwerte, so dass die Arbeitsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt in etwa unverändert gewesen sei wie heute. Da die Sauerstoffanwendung mindestens ab Juli 2014 beschrieben werde, sei bereits damals eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen. Allerdings könne der Grad der Einschränkung mangels lungenfunktioneller Messwerte nicht benannt werden (A.S. 91).

3.2.4 Dr. med. D. \_\_\_ gibt nach Einsicht in die vom Beschwerdeführer eingereichten lungenfunktionellen Messwerte am 5. Januar 2017 folgende Stellungnahme ab (A.S. 176 ff.): Lungenfunktionell sei am 23. Februar 2016 eine schwere obstruktive Ventilationsstörung mit einem Erstsekundenvolumen von 27 % des Solls nachweisbar gewesen. Verglichen mit den zur Verfügung stehenden Messungen sei seit dem 13. August 2010, mit einem Erstsekundenvolumen von 41 %, eine langsame Verschlechterung eingetreten; das am 27. Juni 2016 gemessene Erstsekundenvolumens sei mit 28 % in etwa unverändert ausgefallen wie am 23. Februar 2016. Anhand von arteriellen Blutgasanalysen sei seit dem 16. Juni 2014 wiederholt eine Hypoxämie und eine Hyperkapnie dokumentiert worden. Die am 23. Februar 2016 durchgeführte Blutgasanalyse zeige diskret bessere Werte als bei der Untersuchung am 16. Juni 2014, jedoch schlechtere als am 22. Juli 2015. Die zur Verfügung stehenden Informationen sprächen dafür, dass der Beschwerdeführer im August 2010 für eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit in einer rauch- und allergenarmen Umgebung zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei, nicht jedoch für eine körperlich schwere Arbeit. Die Tätigkeit als Betreuer sei zu diesem Zeitpunkt aus pneumologischer Sicht zumutbar gewesen. Die respiratorische Situation habe sich im weiteren Verlauf verschlechtert. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit am 25. Oktober 2013 durch Dr. med. E. \_\_\_ erachte er als korrekt. Ab diesem Datum sei eine leichte körperliche Arbeit unter lufthygienisch guten Bedingungen acht Stunden am Tag mit einer um 50 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar. Die vorliegenden Informationen sprächen ausserdem dafür, dass es ab der Hospitalisation im Juni 2014 zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei; seit diesem Datum sei zusätzlich zu der schweren COPD eine respiratorische Globalinsuffizienz dokumentiert und die Arbeitsfähigkeit gleich einzuschätzen wie anlässlich der Untersuchung am 23. Februar 2016.

3.2.5 Am 19. Mai 2017 äussert sich Dr. med. D. \_\_\_ ergänzend wie folgt (A.S. 209 f.): Die lungenfunktionellen Messwerte bildeten zusammen mit den Messwerten einer arteriellen Blutgasanalyse die Eckpfeiler für die Bemessung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität (mtA). Diese beziehe sich auf eine messbare Einschränkung der Lungenleistung. Auf Grund der Ateminvalidität werde dann für den einzelnen Patienten

unter Berücksichtigung seiner Diagnosen und der beruflichen Anforderungen die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bestimmt. Die Prozentangaben der Ateminvalidität mithilfe der Spirometrie könnten nicht absolut exakt sein. Die AIS (American Thoracic Society) habe deshalb eine die lungenfunktionellen Messwerte berücksichtigende Stufeneinteilung (Stufe 0 — 5) vorgeschlagen. Somit ergebe sich für den Beschwerdeführer aus den Durchschnittswerten der entsprechenden Jahre folgende Ateminvalidität bzw. Stufeneinteilung: · 2010: 48,0 % / III · 2013: 54,4 % / IV · 2016: 72,5 % / V Aus diesen Werten lasse sich ableiten, dass die medizinisch theoretische Ateminvalidität seit 2010 zugenommen habe. Auf Grund der Ateminvalidität sei dann unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und der beruflichen Anforderungen die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht beurteilt worden.

3.3 Von einem gerichtlichen Gutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C\_737/2014 vom 23. Februar 2015 E. 3.1). Solche liegen hier nicht vor:

3.3.1 Die Parteien erheben zu Recht keine Einwände gegen das vom Versicherungsgericht eingeholte ausführliche und umfassende psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_. Dieses stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Vorakten studiert, den Beschwerdeführer gründlich untersucht und seine Einschätzung überzeugend begründet hat. Was die abweichenden Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_ angeht, so handelt es sich dabei einerseits um Stellungnahmen eines behandelnden Arztes, was ihren Beweiswert relativiert. Andererseits nennt Dr. med. F.\_\_\_\_ keine Gesichtspunkte, welche im Gutachten unbeachtet blieben. Die fraglichen Berichte sind daher (namentlich auch im Hinblick auf den Ermessensspielraum eines psychiatrischen Gutachters, s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_550/2016 vom 30. Dezember 2016 E. 4.2.1) nicht geeignet, Zweifel am psychiatrischen Gerichtsgutachten zu erwecken. Auf dieses ist daher abzustellen. Gemäss Gutachten bestand beim Beschwerdeführer seit 2010 keinerlei psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Fehlt es aber an einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden, so besteht kein Anspruch auf die ganze Rente von August 2011 bis Januar 2012, welche die Beschwerdegegnerin zugesprochen hat. Daher stellt sich die Frage, ob diese Rente aufzuheben und der Beschwerdeführer gegenüber der angefochtenen Verfügung schlechter zu stellen ist. Von der Möglichkeit einer solchen reformatio in peius ist aber nur zurückhaltend Gebrauch zu machen. Sie ist auf Fälle zu beschränken, in welchen der angefochtene Entscheid offensichtlich unrichtig und die Korrektur von erheblicher Bedeutung ist (BGE 142 V 337 E. 3.1 S. 339 f.). An einer offensichtlichen Unrichtigkeit fehlt es hier indes, da sich die Beschwerdegegnerin seinerzeit bei der Rentenzusprache auf die Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_ stützen konnte.

3.3.2 Die Einschätzung im pneumologischen Teilgutachten, wonach im Zeitpunkt der Exploration am 23. Februar 2016 ein COPD GOLD Stadium IV vorliegt und die Lungenfunktion nur noch eine Arbeitsleistung von 50 % gestattet, ist ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar. Aus dem Ergänzungsgutachten vom 5. Januar 2017 ergibt sich weiter, dass auf Grund der lungenfunktionellen Messwerte im August 2010 eine angepasste mittelschwere Arbeit – wie diejenige als Betreuer – zu 100 % möglich war. Dies stimmt im Übrigen mit dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 10. November 2010 (IV-Nr. 14.4 S. 6 f.) überein. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betreuer als körperlich leicht bis mittelschwer gelten muss und diesem Zumutbarkeitsprofil uneingeschränkt entspricht. Der Beschwerdeführer musste nämlich am besagten Arbeitsplatz keine schweren Tätigkeiten wie das Heben von Patienten etc. verrichten, sondern sich u.a. um Dinge wie die Blutzuckerkontrolle, das Richten von

Medikamenten, verschiedene Reinigungsarbeiten oder die Gestaltung von Freizeitaktivitäten kümmern (s. Arbeitgeberbericht vom 31. Januar 2011, IV-Nr. 13 S. 3). Vor diesem Hintergrund steht fest, dass sich der Gesundheitszustand zwischen August 2010 und Februar 2016 verschlechtert hat. Dem Experten ist es jedoch nicht möglich, auf Grund der Messwerte ab 2010 den genauen Verlauf der Arbeitsfähigkeit nachzuzeichnen. Auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 19. Mai 2017 äussert er sich zwar zur Ateminvalidität 2010 und 2013, doch ergeben sich daraus keine Aussagen, ab wann als Betreuer eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % bestand. Die Indizien, welche auf eine merkliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten, nämlich die ab Juni 2014 registrierten Hypoxämien und Hyperkapnien sowie die erstmals für Juli 2014 dokumentierte Sauerstoffversorgung, sind unbehelflich, da sie den Zeitraum nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2014 betreffen und so für das vorliegende Verfahren von vornherein ohne Bedeutung ist (s. E. II. 1.2 hiervor). Andererseits gestatten die lungenfunktionellen Messwerte allein nicht den Schluss, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf eine bestimmte Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Namentlich hat sich das Erstsekundenvolumen nach August 2010 keineswegs kontinuierlich verschlechtert: -

#### **E. 4**

(...)

#### **E. 5**

(...)

#### **E. 6**

Es sei dem Beschwerdeführer die integrale unentgeltliche Rechtspflege und –verbeiständung zu bewilligen unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand.

#### **E. 7**

Der Beschwerdeführer sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu befreien.

#### **E. 8**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird am 15. Juli 2014 vollumfänglich zurückgezogen (A.S. 32). Weiter lässt der Beschwerdeführer am 18. August 2014 eine ergänzende Beschwerdebegründung einreichen (A.S. 36 ff.). Mit Eingabe vom 3. Oktober 2014 verzichtet die IV-Stelle auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde unter o/e-Kostenfolge (A.S. 44). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht sodann am 17. November 2014 eine Kostennote ein (A.S. 46 ff.). 2.2 Am 10. Dezember 2015 gibt das Versicherungsgericht bei der [Gutachterstelle] B.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Innere Medizin, Pneumologie und Psychiatrie) in Auftrag, nachdem die Parteien dagegen keine Einwände erhoben haben (A.S. 62 f.). Dieses Gerichtsgutachten ergeht am 2. Mai 2016 (A.S. 70 ff.). Die Beschwerdegegnerin hält mit Eingabe vom 30. Juni 2016 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (A.S. 130). Der Beschwerdeführer lässt am 1. September 2016 folgende Anträge stellen (A.S. 140 ff.): 1. Es sei dem Beschwerdeführer gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten und die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ eine unbefristete ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 %, eventuell abgestuft, nach Massgabe einer verminderten Leistungsfähigkeit von 50 %, mit Wirkung ab spätestens

1. August 2011 zuzusprechen. 2. Eventualiter: a) Es seien ergänzende echtzeitliche medizinische Beurteilungen einzuholen und eine Ergänzung beim MEDAS-Pneumologen darüber, inwiefern die Wegfähigkeit beim Versicherten gegeben sei (...) b) Die Beschwerdegegnerin sei aufzufordern, Verweistätigkeiten zu konkretisieren. 3. Die Kosten des Gerichtsgutachtens seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 2.3 Der Präsident des Versicherungsgerichts weist mit Verfügung vom 16. September 2016 den Antrag des Beschwerdeführers auf Partei- und Zeugenbefragung ab (A.S. 144 f.). Am 30. November 2016 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Hauptverhandlung statt (s. Protokoll, A.S. 166 f.). Der Beschwerdeführer lässt den Beweisantrag stellen, es seien die lungenfunktionellen Verlaufsmesswerte ab 2010 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 3 – 47) zu den Akten zu nehmen und dem pneumologischen Experten Dr. med. D. \_\_\_ vorzulegen, damit dieser zur Arbeitsfähigkeit ab August 2010 Stellung beziehe (A.S. 156 ff.). Das Versicherungsgericht entspricht diesem Antrag und bricht die Verhandlung ab, um ein Ergänzungsgutachten einzuholen (A.S. 167 + 171 ff.). Der Beschwerdeführer verlangt ausserdem, sobald das Ergänzungsgutachten vorliege, sei er zu fragen, ob er an einer Verhandlung festhalte (A.S. 167). 2.4 Dr. med. D. \_\_\_ ergänzt sein Gutachten am 5. Januar 2017 (A.S. 176 ff.), wozu sich die Parteien jeweils am 9. März 2017 äussern. Der Beschwerdeführer lässt an seinem Leistungsbegehren festhalten und ausserdem beantragen, es seien eine weitere öffentliche Verhandlung durchzuführen und die Kosten des Gerichtsgutachtens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (A.S. 197 ff.). Die Beschwerdegegnerin wiederum hält am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (A.S. 202 f.). Auf nochmalige Nachfrage des Gerichts hin (A.S. 204 ff.) gibt Dr. med. D. \_\_\_ am 19. Mai 2017 eine weitere Stellungnahme ab (A.S. 209 f.), wozu sich die Parteien am 14. Juni resp. 6. Juli 2017 äussern. Der Beschwerdeführer verweist in erster Linie auf seine Ausführungen an der kommenden Verhandlung (A.S. 214). Die Beschwerdegegnerin wiederum beantragt ein pneumologisches Obergutachten (A.S. 218 f.). 2.5 Am 30. November 2017 findet vor dem Versicherungsgericht eine zweite öffentliche Hauptverhandlung statt. Der Vertreter des Beschwerdeführers bringt vor, über seinen Antrag, bei Dr. med. D. \_\_\_ seien Erkundigungen zur Wegfähigkeit des Beschwerdeführers einzuholen, sei noch nicht entschieden worden. Der Vorsitzende erklärt, dass die Verhandlung fortgesetzt werde und das Gericht den Antrag im Urteil behandle oder gegebenenfalls den Abspruch für weitere Abklärungen verschiebe. Mit diesem Vorgehen ist der Vertreter einverstanden. Er hält in seinem Parteivortrag an den Anträgen in der Eingabe vom 9. März 2017 fest (s. Verhandlungsprotokoll, A.S. 232 f.) und gibt zwei Kostennoten (30. November 2016 und 30. November 2017) zu den Akten (A.S. 223 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 20. Mai 2014 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). Anfechtungs- und Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der Rentenanspruch für den gesamten Zeitraum vom 1. August 2011 bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2014 (BGE 131 V 164 E. 2.3.4 S. 166 f., unter Hinweis auf 125 V 413). Dabei stimmen die Parteien darin überein, dass dem Beschwerdeführer von August 2011 bis Januar 2012 eine ganze Rente zusteht. 1.3 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen

Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall steht die Rentenberechtigung ab 2011 zur Debatte. Massgebend sind somit für den Anspruch bis Ende 2011 die ab 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen der 5. IV-Revision, für den Anspruch ab 1. Januar 2012 hingegen die an diesem Datum in Kraft getretenen Bestimmungen der 6. IV-Revision.

2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; zudem liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008). Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die (s. Art. 28 Abs. 1 IVG, in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung): a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind, und c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. 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 Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2014, Art. 28 N 32). Der Beschwerdeführer macht mit Anmeldung vom 5. Januar 2011 ab dem 24. August 2010 eine Arbeitsunfähigkeit geltend (IV-Nr. 2 S. 7 Ziff. 6.4). Eine Invalidität kann daher – wie von der Beschwerdegegnerin verfügt – erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im August 2011 vorliegen. Der Rentenanspruch entsteht andererseits frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG (s. Art. 29 Abs. 1 IVG, in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung), hier also am 1. Juli 2011. Da dies aber noch vor dem verfügbaren Anspruchsbeginn am 1. August 2011 liegt, kommt der sechsmonatigen Frist hier keine Bedeutung zu. Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft seit 1. Januar 2008, i.V.m. Art. 16 ATSG).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2

S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist in jedem Fall dann zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird ( Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201) . Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127).

2.4 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 Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren 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). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Versicherung 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 (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86). 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 in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) gewährleistete rechtliche Gehör (Urteil des Bundesgerichts 8C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1; s.a. die zu Art. 4 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 119 V 335 E. 3c S. 344). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 3.

### **E. 13**

August 2010: 41 % des Solls - 3. September 2010: 53 % -

### **E. 17**

September 2010: 62 % - 14. März 2011: 40 % -

### **E. 21**

März 2011: 47 % - 28. März 2011: 37 % - 4. April 2011: 33 % -  
16. August 2011: 34 % -

### **E. 25**

August 2011: 52 % - 21. November 2011: 57 % - 21. Mai 2012: 33 % -  
24. September 2012: 35 % - 19. März 2013: 33 % - 17. September 2013: 30 % -  
24. September 2013: 41 % -

### **E. 27**

Januar 2014: 35 % - 11. Juli 2014: 29 % - 12. September 2014: 43 % - 19.  
Mai 2015: 29 % - 14. Dezember 2015: 27 % - 23. Februar 2016: 27 % Der  
Anfangswert von 41 % wurde also in der Folge mehrmals wieder überschritten bzw. (fast)  
erreicht. Andererseits werfen die starken Schwankungen durchaus Fragen zur  
Zuverlässigkeit der Messungen auf. Somit ist im Sinne einer antizipierten  
Beweiswürdigung davon auszugehen, dass weitere Abklärungen (z.B. das von der  
Beschwerdegegnerin verlangte Obergutachten) zu keinen zusätzlichen Erkenntnissen über  
die Arbeitsfähigkeit vor der angefochtenen Verfügung führen würden, weshalb darauf

verzichtet wird. Dies gilt auch für die beantragten Ergänzungsfragen an den Gutachter, welche die damalige Wegfähigkeit des Beschwerdeführers als Teilgehalt der Arbeitsfähigkeit betreffen. Entscheidend ist somit, was sich aus den echtzeitlichen Arztberichten zur Entwicklung zwischen August 2010 und Mai 2014 ergibt. In dieser Hinsicht liegen nur die Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ vor. Dieser diagnostizierte am 29. November 2010 (IV-Nr. 7 S. 1 f.) sowie am 9. September 2011 (IV-Nr. 22, basierend auf der Untersuchung vom 25. August 2011) jeweils eine COPD GOLD Stadium II. Für leichte bis mittelschwere Arbeiten unter guter Lufthygiene ging er von einer vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinbusse aus. Dies korrespondiert mit der damaligen maximalen Sauerstoffaufnahme von 21 ml/min/kg (IV-Nr. 7 S. 1), welche grundsätzlich mittelschwere Arbeiten mit Lasten von 20 bis 30 kg erlaubt (s. dazu Dr. med. Jahn, Pneumologische Begutachtung - Fortbildung im Rahmen der ASIM-Fortbildungen, Basel, 12. Juni 2013, S. 37, abrufbar unter: [http://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Medizin/Asim/Fortbildungen/Archiv\\_Fortbildungen/2013/Fortbildung\\_Unterlagen\\_Juni\\_2013.pdf](http://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Medizin/Asim/Fortbildungen/Archiv_Fortbildungen/2013/Fortbildung_Unterlagen_Juni_2013.pdf)). Der Beschwerdeführer war folglich im August 2011 in seiner angestammten Tätigkeit als Betreuer noch uneingeschränkt arbeitsfähig. Für die folgenden zwei Jahre liegen auch von Dr. med. E.\_\_\_\_ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit vor; insoweit besteht – zumal es auch an sonstigen Anhaltspunkten für eine Verschlechterung fehlt – Beweislosigkeit, welche zu Lasten des Beschwerdeführers als Leistungsansprecher geht. Der nächste Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ erging erst am 2. April 2013. Daraus lässt sich jedoch nichts für den Beschwerdeführer ableiten. Einerseits geht der besagte Bericht auf die Frage der Arbeitsfähigkeit mit keinem Wort ein. Andererseits spricht er von einem grundsätzlich unveränderten Gesundheitszustand, womit es an Indizien für den Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit fehlt. Auch hier gilt, dass der Diffusionswert von 27 % des Solls für sich allein keinen Rückschluss auf eine bestimmte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erlaubt. Wenn im Bericht vom 2. April 2013 neu eine COPD GOLD Stadium III diagnostiziert wird, so muss es sich um einen Verschieb handeln, ist doch ein paar Monate später, in den Berichten vom 18. September und 25. Oktober 2013, wieder von einem Stadium II die Rede, wie es schon 2010 und 2011 vorlag. In diesen beiden Berichten wird indes erstmals festgehalten, der Zustand habe sich gegenüber 2011 verschlechtert, es könne bei ganztägiger Präsenz und leichter Arbeit noch eine Leistung von 50 % erbracht werden (wobei sich die Berichte darüber ausschweigen, wann genau diese Änderung eingetreten ist). Zwar korrigierte Dr. med. E.\_\_\_\_ diese Aussage am 11. März 2014 auf telefonische Nachfrage hin und hielt dafür, eine angepasste leichte Arbeit sei zu 100 % ohne Leistungseinbusse möglich. Dabei handelt es sich freilich nur um eine Aktennotiz über eine mündliche Auskunft, welche, da es um mehr als einen Nebenpunkt geht, als Beweisgrundlage nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_135/2009 vom 24. Juni 2009 E. 3.2). Der Experte Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederum schloss sich den Beurteilungen vom 18. September und 25. Oktober 2013 ausdrücklich an. Inwieweit diese zu überzeugen vermögen, kann indes offen bleiben (s. E. II. 3.3.3 hiernach). 3.3.3 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass ab November 2011 einerseits keine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag. Andererseits war die dem pneumologischen Leiden angepasste bisherige Tätigkeit als Betreuer weiterhin vollschichtig ohne Leistungseinbusse zumutbar. Die spätere Verschlechterung der Leistungsfähigkeit wegen des Lungenleidens ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit frühestens im September 2013 eingetreten. Das Wartejahr, welches wie erwähnt durch eine Arbeitsunfähigkeit von wenigstens 20 % im

angestammten Beruf ausgelöst wird, begann daher nicht vor September 2013 zu laufen, würde also erst im September 2014 und damit nach der angefochtenen Verfügung enden. Mit anderen Worten: Bis zur Verfügung ist mangels absolvierter Wartezeit auf jeden Fall kein Rentenanspruch entstanden, so dass auch kein Einkommensvergleich durchgeführt werden muss. Daran ändert sich im Übrigen auch dann nichts, wenn man davon ausgeht, dass von August 2010 bis August 2011 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestand. Zwar werden bei der Berechnung der Wartezeit früher zurückgelegte Zeiten angerechnet, wenn die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben wurde, dieser jedoch in den folgenden drei Jahren erneut ein rentenbegründendes Ausmass erreicht. Dies gilt aber nur, wenn die Arbeitsunfähigkeit, welche zum Wiederaufleben der Invalidität führt, auf dasselbe Leiden wie die frühere Invalidität zurückgeht (Art. 29 bis IVV). Das ist hier nicht der Fall: Die Rente bis Januar 2012 wurde wegen eines psychischen Leidens zugesprochen, während die spätere, hier interessierende Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auf einem Lungenleiden beruht. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch ab 1. Februar 2012 verneinte. 4. Auf berufliche Massnahmen besteht kein Anspruch. Solche setzen auf jeden Fall die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus, d.h. einen Eingliederungswillen bzw. eine entsprechende Motivation der versicherten Person (Urteile des Bundesgerichts 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.5 und 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Daran fehlte es hier bis zur angefochtenen Verfügung; die spätere Gewährung beruflicher Massnahmen durch die Beschwerdegegnerin vermag daran nichts mehr zu ändern. Entscheidend ist vielmehr, dass der Beschwerdeführer während des Belastbarkeitstrainings im Jahr 2011 eine Steigerung des Arbeitspensums ausdrücklich ablehnte, wobei man im Schlussbericht an seiner Motivation zweifelte (IV-Nr. 34). 5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen. 6. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). 7. 7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht kostenpflichtig, sofern es sich 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. Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet. 7.2 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 20. Mai 2014 über keine hinreichend zuverlässige medizinische Grundlage verfügte. Das Bundesgericht hat festgehalten, die umfassende Erstbegutachtung werde regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352). In casu bestand umso weniger Anlass, auf ein solches Gutachten zu verzichten, als einerseits Dr. med. E. \_\_\_ die behauptete Verschlechterung des Lungenleidens bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nur ungenügend belegte. Andererseits war das psychiatrische RAD-Gutachten beim Ausschluss bestimmter Diagnosen, z.B. einer Persönlichkeitsstörung, allzu knapp begründet; bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Feststellungen eines versicherungsinternen Arztes, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Das Gerichtsgutachten war

somit notwendig, um eine umfassende Sachverhaltsabklärung zu gewährleisten. Dies wäre aber bereits Sache der Beschwerdegegnerin gewesen. Ihr sind daher die vollen Kosten des Gerichtsgutachtens nebst den beiden Ergänzungen von CHF 14'475.90 (12'372.00 + 2 x 1'051.95) aufzuerlegen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502; Urteil des Bundesgerichts 8C\_113/2017 vom 29. Juni 2017 E. 2 + 8, zur Publ. vorgesehen).

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