

SO_GERICHTE VSBES.2017.79 vom 20. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.79_d20200320

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.79 du 20 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.79 del 20 marzo 2020

Regeste

Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1963 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war zuletzt als Hydrauliker und Chauffeur bei der B.____, [...], im Vollzeitpensum tätig (IV-Beleg Nr. [IV-Nr.] 10 S. 1). Am 15. Dezember 2014 meldete sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf ein seit Juni 2014 bestehendes stark venöses Leiden mit offener Wunde bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug (berufliche Integration / Rente) an (IV-Nr. 2). Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge den IK-Auszug des Beschwerdeführers ein (vgl. IV-Nr. 8) und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers C.____ bei (vgl. IV-Nrn. 9.1 ff.). Nach Durchführung eines Intake-Gesprächs vom 26. Januar 2015 (vgl. Gesprächsprotokoll in IV-Nr. 10) sowie weiteren erwerblichen und medizinischen Abklärungen stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 8. Januar 2016 (IV-Nr. 25) bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 8 % die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente in Aussicht. In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin dabei insbesondere auf die im Auftrag des Krankentaggeldversicherers C.____ im Spital D.____ durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; siehe Bericht des D.____ vom 30. Juni 2015 [IV-Nr. 16 S. 2 ff.]) sowie die Stellungnahmen von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 19 S. 2 ff.) und 11. November 2015 (IV-Nr. 23). 1.2 Aufgrund der dagegen am 1. Februar 2016 erhobenen Einwände (IV-Nr. 27) holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Berichte ein (vgl. IV-Nrn. 30 und 41) und zog erneut die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (vgl. IV-Nrn. 37.1 ff.). Auf Wunsch des Beschwerdeführers fand am 22. Juli 2016 ausserdem ein Gespräch zwischen ihm, seiner Ehefrau und seinem (damaligen) Vertreter und der Beschwerdegegnerin statt (vgl. Aktennotiz vom 17. August 2016 [IV-Nr. 38]). Nach erneuter Vorlage an den RAD (vgl. Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 12. Januar 2017 [IV-Nr. 43]) hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. Februar 2017 (IV-Nr. 48; Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.) an ihrem Vorbescheid fest.

E. 2

Dem Versicherten seien Leistungen nach Massgabe eines IV-Grades von 70 % auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere medizinische Abklärungen, insbesondere für die Initiierung eines polydisziplinären Gutachtens, an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 3

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu ändern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig

genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3b/aa S. 352 f.).

4. Bei Erlass der Verfügung vom 17. Februar 2017 lagen der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die folgenden für die Anspruchsbeurteilung relevanten medizinischen Unterlagen vor:

4.1 Mit ärztlichem Zeugnis vom 3. Juni 2014 (IV-Nr. 9.5 S. 3) attestierte Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 3. Juni 2014 (vgl. auch die weiteren, ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigenden Arztzeugnisse von Dr. med. L.____ [IV-Nr. 9.5 S. 4 f.; IV-Nr. 13 S. 2; IV-Nr. 15 S. 2; IV-Nr. 37.7, 37.11 f., 37.15 und Replikbeilage 1] sowie die entsprechenden Eintragungen auf der Taggeld-Karte des Krankentaggeldversicherers C.____ [IV-Nr. 9.5 S. 2; IV-Nr. 16 S. 12]). Als Diagnose auf dem Formular «Arztzeugnis Kollektiv-Taggeld» gab der Hausarzt des Beschwerdeführers am 26. Juni 2014 eine «polymorbide Situation» an; der Beschwerdeführer leide an zunehmendem Leistungsverlust und einer chronischen Ulcera an beiden Beinen (IV-Nr. 9.5 S. 1).

4.2

4.2.1 Dr. med. M.____, Chefarzt Kardiologie der Klinik N.____, hielt in seinem Bericht vom 8. Juli 2014 ■ nach Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie am 7. Juli 2018 (IV-Nr. 9.5 S. 16) ■ folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 9.5 S. 14):

1.Hypertensive Herzkrankheit mit

- konzentrischer LV-Hypertrophie, normaler globaler und regionaler LVEF (60 %)
- aktuell: Verdacht auf Angina pectoris CCS II
- cvRF: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Lipidstatus?

2.Schweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom

- unter CPAP-Therapie

3.Adipositas per magna

Der Beschwerdeführer berichte, dass er vor allem bei psychischer Anstrengung eine Art retrosternales Engegefühl verspüre, welches zum Teil auch unter körperlicher Belastung auftrete. Im Weiteren bestehe eine ausgeprägte Dekonditionierung mit Dyspnoe NYHA II. Zusätzlich berichte der Patient über intermittierend geschwollene Beine (IV-Nr. 9.5 S. 14). In der fachärztlichen Beurteilung führte der Kardiologe weiter aus, beim Beschwerdeführer bestünden zum Teil typische Thoraxbeschwerden bei psychischen Stresssituationen. Klinisch präsentiere sich ein kardiopulmonal kompensierter Patient mit normotonomem Blutdruckwert. Im Ruhe-EKG bestehe ein unauffälliger Erregungsablauf. In der Fahrradergometrie sei der Beschwerdeführer bis 136 Watt (57 % Soll) belastbar gewesen. Diese sei subjektiv unauffällig geblieben, der Patient habe jedoch einen diffusen Schwindel entwickelt, wahrscheinlich bei Überanstrengung. Echokardiographisch bestehe eine leichtgradig konzentrische LV-Hypertrophie bei normaler globaler und regionaler LVEF (60 %) ohne Nachweis eines Klappenvitiums. Er habe beim Beschwerdeführer eine

medikamentöse Therapie (Amlodipin 5 mg) eingeleitet. Die Beschwerden könnten im Rahmen der Hypertonie beurteilbar sein, im Weiteren wäre auch ein Management der Adipositas (massiv adipöser Ernährungszustand mit BMI 42 kg/m²[186 cm; 145 kg]) unbedingt anzugehen (IV-Nr. 9.5 S. 15).

4.2.2 Anlässlich einer ambulanten kardiologischen Sprechstunde am 6. August 2014 berichtete Dr. med. M.____, dass der Beschwerdeführer unter der aktuellen (medikamentösen) Therapie beschwerdefrei sei. Er sei gestern drei Stunden gelaufen und dabei asymptomatisch geblieben. Der Nikotinkonsum habe bis auf 1.5 Pack / Tag (zuvor 3 Pack / Tag) reduziert werden können, was der Patient mittels E-Zigarette erreicht habe. Da er das verschriebene Medikament (Amlodipin) nicht toleriert habe, habe der Hausarzt auf ein anderes Medikament umgestellt. Unter der neu etablierten Therapie bestehe beim Beschwerdeführer ein beschwerdefreier Verlauf. So gesehen könnten die Beschwerden wirklich auf eine hypertensive Entgleisung zurückzuführen sein. Er sei mit dem Patienten so verblieben, vorerst ein expektatives Vorgehen zu wählen mit Nikotinstopp (er habe den Patienten für eine Nikotinberatung angemeldet) und einer danach unbedingt anzustrebenden Gewichtsreduktion. Sicherlich bestehe auch ein hohes Risiko für eine koronare Herzkrankheit. Die vormalige Verdachtsdiagnose (Angina pectoris CCS II; vgl. E. II. 4.2.1) listete Dr. med. M.____ nicht mehr auf (siehe Bericht vom 7. August 2014 [IV-Nr. 9.5 S. 12 f.]).

4.3 Dr. med. O.____, Chefarzt der Gefässchirurgie des Spitals P.____, diagnostizierte beim Beschwerdeführer gemäss Bericht vom 13. August 2014 (IV-Nr. 9.5 S. 11) eine «Rezidivvarikose links deutlich mehr als rechts». Nach interdisziplinärer vaskulärer Besprechung scheine die Rezidivsanierung der linken Seite indiziert; die operative Revision werde baldmöglichst stationär durchgeführt.

4.4 Im Sprechstundenbericht des Kompetenzzentrums für Essverhalten, Adipositas und Psyche des Spitals Q.____ vom 21. August 2014 (IV-Nr. 9.5 S. 9 f. und S. 18) hielten Chefärztin Dr. med. R.____ und Assistenzärztin S.____ folgend Diagnose fest (IV-Nr. 9.5 S. 18):

1. Adipositas WHO Grad III

2. Hypertensive Kardiopathie mit

- konzentrischer, linksventrikulärer Hypertrophie EF 60 %

- CvRF: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie

3. Schweres, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

4. Arthrosen Knie bds.

5. Chronische venöse Insuffizienz

6. St. n. Cholezystektomie

7. Allergien

Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er als Kind und Jugendlicher schlank gewesen sei, ab dem Alter von 25 Jahren sei sein Gewicht konstant angestiegen. Mittels Xenical-Diäten und einzelnen Ernährungsberatungen habe er immer wieder versucht, sein Gewicht zu reduzieren, jedoch ohne langfristigen Erfolg. Sein persönliches Höchstgewicht habe er aktuell mit 150 kg erreicht. In den letzten Jahren habe es immer wieder

Schwankungen auf ein Minimum von 110 kg gegeben. Eine längere Betreuung zur Gewichtsreduktion habe er bisher nicht in Anspruch genommen. Der Patient leide zunehmend an Folgeerkrankungen, insbesondere an den Gelenksarthrosen und den Schmerzen sowie an den offenen Beinen bei chronisch venöser Insuffizienz. Sein Bewegungsverhalten sei deutlich eingeschränkt, das Essverhalten ausgeglichen, jedoch bezüglich Zusammensetzung unausgewogen; früher habe es ein ausgeprägtes Sweet-Eating (keine Hinweise auf Binge-Eating oder Emotional-Eating [IV-Nr. 9.5 S. 10]) gegeben, dass sich in der Zwischenzeit etwas verbessert habe. Es bestünden familiäre Vorbelastungen bezüglich Adipositas und kardialen Erkrankungen sowie arterieller Hypertonie. Aus fachärztlicher Sicht sei dem Patienten eine Aufnahme in ein Einzelprogramm vorgeschlagen worden, initial insbesondere mit regelmässigen Terminen in der Ernährungsberatung einschliesslich BIA-Grundumsatzmessung und medizinische Kontrollen (inkl. adipositasspezifisches Labor). Zudem habe man dem Beschwerdeführer eine Intensivierung des Bewegungsverhaltens empfohlen, dies beispielsweise mittels spezieller physiotherapeutischer Unterstützung (MTT-Training für adipöse Patienten). Der Beschwerdeführer möchte sich dies gerne überlegen und werde am vorgeschlagenen Ort vorbeigehen. Er sei mit dem Procedere einverstanden und motiviert, an regelmässigen Terminen teilzunehmen (IV-Nr. 9.5 S. 9).

4.5 Dem Austrittsbericht der chirurgischen Klinik des Spitals P.____ vom 9. Oktober 2014 (IV-Nr. 9.5 S. 19 ff.) lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer infolge eines geröteten linken Unterschenkels und konstanten Schmerzen sowie Schüttelfrost am 28. September 2014 selbst notfallmässig eingewiesen habe, nachdem am 23. September 2014 eine Crossektomie und Stripping am linken Bein durchgeführt worden seien (IV-Nr. 9.5 S. 21). Als Hauptdiagnosen seien gemäss Dr. med. O.____ Unterschenkelphlegmone links und ein chronisches Lymphödem mit rezidivierendem Erysipel an beiden Unterschenkeln festzustellen (IV-Nr. 9.5 S. 19). Am 1. Oktober 2014 sei mit Blick auf ein progredientes Unterschenkelerysipel links eine operative Inzisionserweiterung mit Débridement durchgeführt worden. Postoperativ hätten sich die Rötung und Schwellung unter fortgeführter antibiotischer Therapie langsam zurückgebildet und es sei ein VAC-Verband zur Wundkonditionierung angelegt worden. Nach zunehmender Verbesserung der Schmerzsymptomatik und regredienten Infektparametern habe der Beschwerdeführer am 8. Oktober 2014 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 9.5 S. 20).

4.6 Im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung in der chirurgischen Klinik des Spitals P.____ berichtete der leitende Arzt, Dr. med. T.____, am 5. Dezember 2014, dass sich die Wundheilung der grossen Abszesshöhle am Unterschenkel medial links langwierig gestalte. Der Unterschenkel sei weiterhin prall geschwollen, ödematös, zum Teil mit starker Sekretion aus der Wunde. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine arterielle Durchblutungsstörung, was vor weiteren Behandlungsschritten (insb. Kompressionsbehandlung) durch ein angiologisches Konsilium abzuklären sei (IV-Nr. 13 S. 13).

4.7 Anlässlich des angiologischen Konsiliums im Spital P.____ vom 11. Dezember 2014 hielt Dr. med. U.____, Leitender Arzt Angiologie, in seinem Bericht vom 16. Dezember 2014 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 13 S. 10):

1. Adipositas permagna

2.Chronisch-venöse Insuffizienz C5 beidseits

3.Abszess-Inzision am medialen Unterschenkel links am 1. Oktober 2014

4.beginnende Mediakalzinose und Arteriosklerose

5.Gonarthrose beidseits

6.Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Für die Wundheilung bestehe eine ausreichende Durchblutung der Unterschenkel beidseits mit normalem Oszillogramm bis zum distalen Unterschenkel beidseits. Lediglich im Fussbereich links zeige sich eine leicht pathologische Kurve im Sinne einer PAVK I. Die Fusspulse seien beidseits nicht palpabel bei Hinweisen auf eine Mediakalzinose beidseits. Bei den Beinoedemen dürfte es sich um Dependency-Oedeme handeln im Rahmen der Adipositas permagna. Eine zusätzliche sekundäre Lymphoedem-Komponente sei durchaus möglich. Von Seiten der arteriellen Situation könne eine Kompressionsbehandlung durchgeführt werden (IV-Nr. 13 S. 11).

4.8 Am 21. Januar 2015 erstattete das Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche des Spitals Q.____ seinen Abschlussbericht für die Behandlung des Beschwerdeführers von August 2014 bis Januar 2015 (IV-Nr. 13 S. 7 ff.). Chefärztin Dr. med. R.____ und Assistenzärztin S.____ hielten zusammenfassend fest, die Behandlung betreffend die Adipositas des Beschwerdeführers habe ein psychologisches Indikationsgespräch, eine medizinische Kontrolle und zwei Sitzungen in der Ernährungsberatung umfasst, wobei der Beschwerdeführer bereits vor der ersten Konsultation versucht habe, fettarm zu essen und den Brotkonsum zu reduzieren. Ob es seither zu weiteren Veränderungen gekommen sei, könne aufgrund der abgebrochenen Therapie nicht evaluiert werden. In der medizinischen Kontrolle hätten sich eine leichte Dyslipidämie mit erhöhten Triglyceriden und erniedrigtem HDL-Cholesterin gezeigt; eine medikamentöse Therapie habe man bisher nicht begonnen. Bei akuten Angina pectoris Beschwerden sei eine mögliche kardiale Ischämie mittels EKG und Troponin geprüft worden; diese seien jedoch unauffällig gewesen. Im Labor habe man zudem einen Testosteronmangel festgestellt; es sei von einem primären Hypogonadismus auszugehen. Im Oktober (2014) habe die Ehefrau des Beschwerdeführers mitgeteilt, dass er eine Krampfaderoperation mit Komplikationen gehabt habe und deshalb eine Zeit pausieren müsse. Leider sei es im Januar (2015) erneut zu einer medizinischen Komplikation gekommen, weshalb sich der Beschwerdeführer vorerst für den Abschluss des Einzelprogramms im Kompetenzzentrum entschlossen habe. Man sei so verblieben, dass bei verbessertem Gesundheitszustand eine erneute Überweisung durch den Hausarzt erfolgen solle. Eine regelmässige Kontrolle der metabolischen Blutwerte sei ebenso zu empfehlen wie eine weitere Abklärung des Hypogonadismus, insbesondere, da ein tiefer Testosteronspiegel die Gewichtsreduktion und den Muskelaufbau erschweren könne (IV-Nr. 13 S. 8 f.).

4.9 Mit Bericht vom 12. Februar 2015 (IV-Nr. 13 S. 6) konstatierte Dr. med. O.____ eine praktisch abgeschlossene Wundheilung nach Varizensanierung beidseits bei Rezidivvarikose (am 23. September 2014) und Abszessexzision am Unterschenkel links (am 1. Oktober 2014). Anlässlich der durchgeführten fachärztlichen Kontrolle zeige sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand, die Wunde am Unterschenkel links sei praktisch vollständig verheilt. Diesbezüglich seien keine weiteren Massnahmen mehr nötig.

Die Varizensanierung habe insgesamt doch zu einer Verbesserung der trophischen Situation an den Unterschenkeln geführt. Von Seiten der Varikose sei der Beschwerdeführer ab 1. März 2015 sicherlich wieder zu 100 % arbeitsfähig. Erschwerend würden in der Gesamtsituation aber noch eine schwere Gonarthrose des linken Knies sowie eine morbid Adipositas hinzukommen.

4.10 Im Untersuchungsbericht vom 23. März 2015 (IV-Nr. 13 S. 3) führte Dr. med. V.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen eine massive Varusgonarthrose links, eine Adipositas permagna (160 kg) und eine offene Wunde nach Varizenoperation und postoperativem Infekt am linken Unterschenkel auf und führte aus, dass keinesfalls eine Knieprothese implantiert werden dürfe, solange die Wunde am Unterschenkel nicht vollständig abgeheilt, trocken und krustenfrei sei. Offenbar sei im nächsten Monat eine Beurteilung wegen einer chirurgischen Gewichtsreduktion vorgesehen. Eine solche sollte auf jeden Fall auch vor der Knieoperation durchgeführt werden ■ dies zur Verminderung der Komplikationsrisiken und der (Erhöhung) der Lebensdauer eines künstlichen Kniegelenks. Wenn der Beschwerdeführer sein Gewicht um 40 % reduzieren könnte, wäre eventuell sogar die prothetische Versorgung noch nicht einmal notwendig.

4.11 Dem Bericht vom 30. Juni 2015 (IV-Nr. 16 S. 2 ff.) zu der vom Krankentaggeldversicherer C.____ in Auftrag gegebenen (vgl. IV-Nr. 16 S. 1) Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in der Klinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie des Spitals D.____ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 16 S. 2):

Adipositas permagna

Varus Gonarthrose beidseits, Umstellungs-Osteotomie rechts im 2006

Varikosis und Ulcus med. Malleolus links

Art. Hypertonie

Schlafapnoe

Die aktuellen Probleme bestünden gemäss Prof. Dr. med. W.____, Chefarzt, und PD Dr. med. X.____, Leitender Arzt, in einer Dekonditionierung infolge Übergewichts, einer funktionellen Knieinstabilität (links stärker als rechts) und in belastungsabhängigen Knieschmerzen (links stärker als rechts). Nach Angaben des Beschwerdeführers habe sich die Gehstrecke in letzter Zeit durch die belastungsabhängigen Knieschmerzen verschlechtert und er sei für längere Strecken (länger als fünf bis zehn Minuten) auf Krücken angewiesen. Er komme schnell ausser Atem und müsse sich häufig hinlegen. Zur Anamnese halten die begutachtenden Ärzte weiter fest, der Beschwerdeführer leide zunehmend an den Folgeerkrankungen seines Übergewichts und sein Bewegungsverhalten sei deutlich eingeschränkt. Aufgrund von medizinischen Komplikationen habe die im August 2014 aufgenommene Adipositasbehandlung im Spital Q.____ frühzeitig beendet werden müssen. In der medizinischen Beurteilung halten Prof. Dr. med. W.____ und PD Dr. med. X.____ fest, der 52jährige Versicherte leide an einer ausgeprägten Adipositas sowie einer beidseitigen Gonarthrose. Es bestehe eine ausgeprägte Dekonditionierung und Instabilität der Kniegelenke bei partieller Hypermotilität und Hyperalgesie der Kniegelenke. Falls eine gezielte gewichtsreduzierende konservative Therapie nicht zielführend sei, müsse eine bariatrische Chirurgie in Erwägung gezogen werden.

Theoretisch könnte nach einem konditionellen Aufbautraining die bisherige Arbeit Schritt für Schritt wieder aufgenommen werden, ein solches Training sei unter den gegebenen metabolischen Voraussetzungen als illusorisch anzusehen (IV-Nr. 16 S. 3).

Zur Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive führen die Ärzte aus, dass die bisherige berufliche Tätigkeit als Shuttleservicefahrer und Hydraulikspezialist aktuell nicht zumutbar sei. Die Anforderungen seien zu hoch. Mit Beginn einer gezielten gewichtsreduzierenden Therapie sowie einem konditionellen Aufbautraining könnte die bisherige Arbeit Schritt für Schritt wieder aufgenommen werden. Spezielle Einschränkungen seien die ungenügende Kondition, langes Sitzen und Stehen seien nicht möglich, es bestehe ein stark hinkendes Gangbild, Gewichte könnten bis maximal 15 kg sicher hantiert werden. Als Anpassungen am Arbeitsplatz wäre eventuell ein Stehstuhl in Betracht zu ziehen, um langes Stehen zu unterbrechen. Es bestehe in Bezug auf die bisherige Tätigkeit eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Juni 2014. Was die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten anbelange, wäre gemäss Hebetests eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit zumutbar. Infolge erheblicher Dekonditionierung könne die aktuelle Zumutbarkeit jedoch noch nicht festgelegt werden. Der Beschwerdeführer müsste massiv sein Gewicht reduzieren und sich konditionell aufbauen, um wieder einer geregelten beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Spezielle Einschränkungen: Kriechen, Knien, Hocke und Leiter Steigen seien nicht möglich; langes Sitzen und Stehen sowie Gehen seien zurzeit erheblich eingeschränkt. Der Beschwerdeführer solle weiterhin am bisherigen Arbeitsplatz versuchen, stundenweise zu arbeiten (Beratungen, auch telefonisch möglich) und mit zunehmender Verbesserung seiner Kondition (intensives Aufbautraining) sowie Gewichtsreduktion allmählich die Arbeitspräsenz wieder steigern (IV-Nr. 16 S. 4). Für die weitere Behandlung werde eine Intensivierung des Bewegungsverhaltens sowie die Wiederaufnahme der Physiotherapie, nach Möglichkeit auch Badtherapie, empfohlen, mit dem Ziel, die allgemeine Kondition zu verbessern. Aufgrund der funktionellen Knie- und Rumpfinstabilität sowie dem daraus resultierenden unergonomischen Arbeitsverhalten sei auch ein spezifisches Training diesbezüglich ins Auge zu fassen. Eine Gewichtsreduktion sei sicher ein weiteres, längerfristiges Ziel, ohne das ein Wiedereinstieg in den Berufsalltag schwierig sei (IV-Nr. 16 S. 5).

4.12 Gemäss Austrittsbericht von Prof. Dr. med. Y.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Fachärztin FMH für Infektiologie, Zentrum für Innere Medizin der Klinik Z.____ vom 26. August 2015 (IV-Nr. 20 S. 2 f.) war der Beschwerdeführer ■ nach Überweisung durch das Spital P.____ (zum dortigen Aufenthalt vom 4. bis 7. August 2015 vgl. IV-Nr. 21 S. 11 f.) ■ vom 7. bis 25. August 2015 aufgrund chronisch venöser Insuffizienz in stationärer Behandlung.

Der Beschwerdeführer sei am 7. August 2015 mit einem stark belegten und stinkenden Ulcus am Malleolus rechts überwiesen worden. Zudem sei auch am linken Schienbein die Wunde noch klaffend und belegt gewesen. Da im Laufe der weiteren Wundbehandlung eine nekrotische Stelle nicht abgetragen werden können, habe dies dann operativ geschehen müssen (vgl. den Operationsbericht vom 20. August 2018 in IV-Nr. 21 S. 10). Im weiteren Verlauf seien die Wunden soweit gesäubert gewesen mit einem granulierenden Ulcusgrund, dass eine ambulante Weiterbehandlung als möglich betrachtet worden sei. Am 25. August 2015 habe der Beschwerdeführer austreten können; die etwas verlängerte Hospitalisationszeit scheine wichtig, damit der Erfolg auf eine Heilung des Ulcus hochwahrscheinlich sei. Während des Aufenthaltes seien auch der starke Nikotinabusus und

das Übergewicht angesprochen worden. Der Patient habe zumindest den Zigarettenkonsum von 60 auf 20 täglich reduzieren können. Ebenso möchte er noch einmal versuchen, das Gewicht zu reduzieren. Sobald die Wunden an den Beinen geschlossen seien, könnte er auch wieder mehr sportliche Aktivitäten betreiben (IV-Nr. 20 S. 3).

4.13 Anlässlich der Hospitalisation in der Klinik Z.____ vom 7. bis 25. August 2015 (vgl. E. II. 4.12) wurde der Beschwerdeführer am 24. August 2015 ausserdem gefässmedizinisch beurteilt. Dabei lässt sich dem Bericht von Dr. med. AA.____, Facharzt FMH für Angiologie und Facharzt FMH für Innere Medizin, vom 24. August 2015 (IV-Nr. 21 S. 7 f.) entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine relevante PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) habe ausgeschlossen werden können. Sämtliche beinversorgenden Arterien würden regelrecht perfundiert. Als Ausdruck einer wahrscheinlich lange bestehenden Hypertonie finde sich eine Mediasklerose. Beidseits bestehe ein intaktes tiefes Beinvenensystem ohne Hinweise auf Thrombosen. Rechts sei ein ausgeprägtes Varizenrezidiv der V. saphena magna vorhanden. Hier sei entweder nach abgeschlossener Heilung des Ulkus oder bei zögerlichem Heilverlauf eine Sanierung zu diskutieren. Neben der täglich adaptierten Lokalthherapie stehe die Kompression im Vordergrund.

4.14 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), mit Stellungnahme vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 19 S. 2 ff.) fest, die Anmeldung sei wegen Komplikationen bezüglich des venösen Beinleidens erfolgt. Den Berichten der Klinik N.____ vom 8. Juli 2014 und 7. August 2014 (E. II. 4.2), des Spitals Q.____ (Adipositas und Psyche) vom 21. August 2014 (E. II. 4.4) sowie der Chirurgie des Spitals P.____ vom 9. Oktober 2014 (E. II. 4.5) seien verschiedene Diagnosen zu entnehmen. Das Hauptproblem sei «damals» die Infektion am linken Unterschenkel gewesen. Der letzte diesbezügliche Bericht datiere vom 9. Oktober 2014. Er wisse nicht, wie sich die Situation postoperativ entwickelt habe. Doch scheine in der Folge gemäss dem Bericht vom 30. Juni 2015 zur EFL (E. II. 4.11) die Gonarthrose zum arbeitsbeeinträchtigenden Problem geworden zu sein, während beim linken Bein nur noch eine leichte Rötung der Wade beschrieben werde (IV-Nr. 19 S. 2). Wenn durch konditionelles Aufbautraining und durch Gewichtsreduktion wieder eine Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit erreicht werden könne, liege dieser Schritt in der Selbstverantwortung und Schadenminderungspflicht des Versicherten. Diese Faktoren könnten versicherungsmedizinisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Allein bezogen auf die Gonarthrose und das Venenleiden müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr vollumfänglich möglich sei, da die Knie beim Auf- und Entladen belastet würden und das lange Sitzen als Chauffeur für die venöse Zirkulation ungünstig sei. Bezogen auf die Gonarthrose und das Venenleiden sei jedoch eine adaptierte, wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben, ohne Kriechen, Knien und langes Stehen und Sitzen, also in Wechselpositionen, zu 100 % zumutbar (IV-Nr. 19 S. 3). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 0 % vom Juni 2014 bis 16. Juni 2015 (EFL), sodann 50 % ab 17. Juni 2015; die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit betrage 0 % vom Juni 2014 bis 16. Juni 2015 (EFL) und 100 % ab dem 17. Juni 2015 (IV-Nr. 19 S. 4).

4.15 In ihrem Schreiben vom 5. Oktober 2015 (IV-Nr. 20 S. 1) hielt Prof. Dr. med. Y.____ auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin fest, das rechte Bein des Beschwerdeführers sei anlässlich der Hospitalisation im August 2015 konservativ behandelt worden mit einem recht guten Erfolg. Sie kenne den Beschwerdeführer nur von dieser Hospitalisation; er sei

sonst nicht bei ihr in Behandlung. Aufgrund des Hospitalisationsgrundes sei der Beschwerdeführer bei einer chronisch venösen Insuffizienz nicht arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit und die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen müssten von Ärzten beurteilt werden, die den Beschwerdeführer besser kennen würden.

4.16 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin teilte Dr. med. L.____ mit Bericht vom 22. Oktober 2015 (IV-Nr. 21 S. 1 ff.) mit, es bestehe beim Beschwerdeführer eine äusserst komplexe gesundheitliche Situation mit wechselndem Beschwerdebild. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Seit langem werde die operative Sanierung des linken Knies diskutiert (in Frage käme nur eine Totalprothese). Wegen den entzündlichen Veränderungen im linken Bein habe dies bis jetzt aber noch nicht angegangen werden können. Es sei nun eine Anmeldung beim Orthopäden erfolgt. Der Hausarzt verwies im Weiteren auf den Bericht des Spitals D.____ vom 30. Juni 2015 zur EFL (vgl. E. II. 4.11).

4.17 Dem Bericht von Dr. med. AB.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, vom 10. November 2015 (IV-Nr. 30 S. 8 f.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit drei Monaten zunehmend immobilisierende Schmerzen im linken Bein habe. Aufgrund einer chronisch venösen Insuffizienz mit Ulcera cruris sei eine operative Behandlung bisher nicht möglich gewesen. Linksseitig seien die Ulcerationen abgeheilt, rechtsseitig bestehe noch eine offene Wunde im Bereich des Malleolus medialis. Beim Beschwerdeführer sei eine symptomatische Gonarthrose links vorhanden, welche die beschriebenen Beschwerden gut erkläre. Eine nachhaltige Linderung sei hier sicherlich nur noch durch den Gelenkersatz zu erzielen, wofür sich der Patient bereits entschlossen habe. Voraussetzung für eine Operation sei, dass im Bereich des linken Beines keine offenen Wunden und im Blut keine erhöhten Infektwerte vorlägen.

4.18 Mit Stellungnahme vom 11. November 2015 (IV-Nr. 23) teilte RAD-Arzt Dr. med. E.____ mit, die neu eingegangenen Berichte von Prof. Dr. med. Y.____ vom 5. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.15) mit Spitalaustrittsbericht vom 26. August 2015 (vgl. E. II. 4.12) sowie der Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____ vom 22. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.16) änderten nichts an der RAD-Beurteilung vom 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 4.14).

4.19 Nach durchgeführter Knieoperation mit Implantation einer Knie-Totalprothese links am 6. Januar 2016 (vgl. Operationsbericht vom 12. Januar 2016 [IV-Nr. 30 S. 6 f.]) hielt Dr. med. AB.____ anlässlich der Nachuntersuchung am 10. März 2016 (vgl. Bericht vom 11. März 2016 [IV-Nr. 30 S. 5]) fest, der Beschwerdeführer berichte über einen erfreulichen Frühverlauf. Er betone, dass die erheblichen Arthroseschmerzen beinahe vollständig rückläufig seien und unter erhöhter Belastung noch muskuläre Schmerzen bzw. Ermüdungserscheinungen bestünden. Die Mobilisation gelinge bereits seit zwei bis drei Wochen ohne Unterarmgehstützen. Der Beschwerdeführer profitiere noch von den physiotherapeutischen Massnahmen. Die Lebensqualität habe bereits deutlich gewonnen und entsprechend habe sich der Eingriff gelohnt. Gemäss Dr. med. AB.____ zeigten sich mitunter ein klinisch hinkfreies, flüssiges Gangbild sowie eine reizlose Narbe. Es bestehe ein dezenter suprapatellärer Resterguss und eine Kapselschwellung; die Patella sei gut mobil und schmerzfrei. Zwei Monate nach Knie-Totalprothese links zeige sich insgesamt ein schönes Frühergebnis. Die physiotherapeutischen Massnahmen zum weiteren Muskelaufbau sowie Verbesserung der Beweglichkeit würden fortgesetzt. Der Beschwerdeführer sei sich bewusst, dass insbesondere bezüglich Muskelaufbau und Beugefähigkeit ein Potenzial bis zu einem Jahr postoperativ bestehe. Er verfolge die

Absicht, Zusatzausbildungen für die bereits vorhandene LKW-Erlaubnis zu absolvieren und falls möglich in Zukunft als Lastwagen-Chauffeur tätig zu sein.

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin gab Dr. med. AB.____ an, es bestehe eine durch den Hausarzt Dr. med. L.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2014. Der Zustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig und es seien berufliche Massnahmen angezeigt (der Beschwerdeführer werde eventuell Bus-/LKW-Chauffeur). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar; das Fahren sei wegen Knieschmerzen und Bewegungseinschränkungen nicht möglich gewesen. Eine andere Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar; ohne verminderte Leistungsfähigkeit während acht Stunden täglich. Zu beachten sei, dass es mehrheitlich sitzende Tätigkeiten sein sollten; «kurze» oder «keine» [Handschrift nicht eindeutig] Wechselbelastungen; kein Treppensteigen (vgl. Arztbericht vom 10. März 2016 [IV-Nr. 30 S. 1 ff.]).

4.20 Im Nachgang zu einem kurz nach Stellenantritt am 13. Juni 2016 per 5. Juli 2016 wieder aufgelösten Arbeitsverhältnis als Chauffeur und Allrounder bei der AC.____ AG, [...] (vgl. IV-Nr. 31 ff.), hielt Dr. med. L.____ mit ärztlichem Zeugnis vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 36) fest, dass die körperlichen Belastungen für den Beschwerdeführer auf der Arbeit als LKW-Chauffeur ungünstig gewesen seien. Das sehr häufige Ein- und Aussteigen aus der Führerkabine sei in der vorgegebenen Kadenz im Baustellentransport nach bereits wenigen Wochen zu belastend geworden. Weil keine andere Einsatzmöglichkeit innerhalb des Betriebes vorhanden gewesen sei, habe die Anstellung im gegenseitigen Einvernehmen aufgelöst werden müssen.

4.21 In seinem Bericht vom 18. Oktober 2016 (IV-Nr. 41 S. 5 f.) führte Dr. med. AD.____, Facharzt FMH für Neurologie, aus, der Beschwerdeführer habe seit etwa einem halben bis dreiviertel Jahr kein Gefühl an den Füßen. Die Füße seien kalt; beim Sitzen schliefen ihm die Beine ein. Mit dem Rücken habe er keine Probleme. Im Anschluss an die Operationen sei er vergesslich geworden. Das Gehen sei wegen der Knie beeinträchtigt. Nach Durchführung verschiedener neurologischer Untersuchungen (vgl. IV-Nr. 41 S. 5) hielt Dr. med. AD.____ fest, beim Beschwerdeführer liege eine Polyneuropathie vor mit sicherer axonaler Komponente. Eine demyelinisierende Komponente könne nicht sicher nachgewiesen werden, da kein motorisches Summenpotential an den kleinen Fussmuskeln erkennbar und somit eine Leitgeschwindigkeit nicht messbar sei. Die Ursache dieser Polyneuropathie bleibe unklar. In erster Linie wäre nach metabolischen Ursachen zu fahnden, auch eine Immunelektrophorese anzufertigen sowie Antigangliosid und Anti-ZNS Antikörper zu bestimmen. Differenzialdiagnostisch komme auch eine hereditäre Neuropathie mit langsamem Verlauf in Frage. Eine allfällige Therapie würde sich nach den Resultaten der Untersuchung richten (IV-Nr. 41 S. 6).

4.22 Gemäss fachärztlich-psychiatrischem Bericht der AE.____, vom 25. Oktober 2016 (IV-Nr. 41 S. 3 f.) wurde der Beschwerdeführer durch seinen Hausarzt zwecks Abklärung kognitiver Einschränkungen überwiesen. Als psychiatrische Diagnosen führten Dr. med. AF.____, Oberarzt, und Assistenzärztin AG.____, eine «allgemeine psychiatrische Untersuchung (ICD-10: Z00.4) und «sonstige näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung (ICD-10: Z60.8)» auf (IV-Nr. 41 S. 3).

Zur aktuellen Situation wird ausgeführt, der Beschwerdeführer begeben sich auf Wunsch seiner Ehefrau in die Behandlung, da er gravierende Schwierigkeiten habe, sich vom Motor[rad]club AH.____ abzumelden. Er sei seit ca. drei Jahren Mitglied des Clubs und die

Mitgliedschaft im Verein koste ihn viel Zeit und Kraft: von Donnerstag bis Samstag habe er Sitzungen und Anlässe, die Kollegen beteiligten sich sehr aktiv und teilweise manipulativ an seinem Leben. Seine eigenen Bedürfnisse im Privatleben würden nicht berücksichtigt. Er wünsche sich mehr Zeit für private Anliegen und für das Zusammensein mit seiner Ehefrau. Er leide an vielseitigen gesundheitlichen Problemen (Adipositas, eine offene Wunde am Unterschenkel links, sensorische Defizite und Parästhesien in den unteren Extremitäten), so dass er nicht mehr in der Lage sei, das Motorrad zu fahren. Er habe sich nun entschieden, das Motorrad zu verkaufen und wünsche sich, den nötigen Abklärungen und Behandlungen nachgehen zu können. Er habe mehrere Versuche unternommen, sich vom Club zu distanzieren, die mündlichen Meldungen seien nicht akzeptiert worden, der Vorstand übe Druck auf ihn aus und stelle seinen Willen und seine «Männlichkeit» in Frage. Ausserdem habe er Angst, ein paar enge Kollegen (auch Clubmitglieder) zu enttäuschen. Er habe sich mehrmals vorgestellt, wie er seinen Austritt vor dem Vorstand und den Kollegen ankündigen soll, dies ängstige ihn sehr und er grübele die ganze Zeit darüber und fühle sich unter Druck. Die Gedanken an das Bevorstehende würden ihn beklemmen und er könne nicht mehr logisch denken, sei vergesslicher geworden und dadurch im Alltag sehr eingeschränkt. Im Allgemeinen habe er immer Probleme gehabt, sich abzugrenzen und «Nein» zu sagen, nun stosse er auf die gleichen Probleme.

Der Patient sei übergewichtig (BMI > 46.3, Gewicht > 160 kg, Grösse: 186 cm), wirke gepflegt und sei altersgemäss und passend zu seinem soziokulturellen Hintergrund gekleidet. Er sei bewusstseinsklar, zu allen Ebenen orientiert, im Kontaktverhalten offen und kooperativ, weise anankastische Züge auf. Im klinischen Eindruck sei eine leichte Einschränkung der Auffassung auszumachen; die Konzentration sowie das Gedächtnis wiesen keine Auffälligkeiten auf. Der Gedankenfluss des Patienten wirke klar, geordnet und logisch. Inhaltlich sei er stark auf die Clubsituation eingeeengt, leicht bizarr. Es bestünden keine Hinweise für Wahn, inhaltliche oder Ich-Störungen. Psychomotorik und Antrieb seien unauffällig. Im Affekt sei er leicht besorgt und unsicher; keine Anhaltspunkte für Selbst- und Fremdgefährdung.

Der Beschwerdeführer weise bei schwachem «Ich» deutlich abhängige Züge auf mit daraus resultierenden Abgrenzungsschwierigkeiten. Für eine Abklärung sei er eher extrinsisch motiviert. Im Rahmen des Erstgesprächs hätten mit dem Patienten sämtliche Nachteile und Vorteile des Austretens aus dem Club sowie weiterer Teilnahme am Vereinsleben analysiert werden können. Es seien ihm verschiedene Empfehlungen für die Kräftigung seiner Durchsetzungsfähigkeit gegeben worden. Am Ende der Sitzung sei er beherzt überzeugt gewesen, den Austritt in die Wege zu leiten. Seine Ressourcen würden auch als ausreichend erscheinen, um diesen Schritt zu gehen. Der Beschwerdeführer habe die Sprechstunde als hilfreich erlebt. Das weitere Angebot der Institution habe er nicht in Anspruch nehmen wollen (IV-Nr. 41 S. 4).

4.23 Im Verlaufsbericht vom 11. November 2016 (IV-Nr. 41 S. 1 f.) führte Dr. med. L.____ aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Es sei ihm in den letzten Monaten alles über den Kopf gewachsen, was dazu geführt habe, dass er zeitweise kognitive Einschränkungen gehabt habe, welche fast dementiellen Charakter aufweisen würden. Der Beschwerdeführer habe absolut keine Stressresistenz; eine Aufgabe, ein Auftrag und schon sei er am Limit und funktioniere nicht mehr. Dies habe sich in den letzten Monaten deutlich verschlimmert. Bezüglich therapeutischen Massnahmen sei die Situation unklar, es gebe so viele «Baustellen», dass momentan ein Konzept nicht möglich

sei bzw. (noch) nicht existiere. Was die Prognose anbelange sei er als Hausarzt des Beschwerdeführers seit Neustem desillusioniert («da geht wohl wirklich nix mehr»).

4.24 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hielt RAD-Arzt Dr. med. E.____ mit Bericht vom 12. Januar 2017 fest, die neuen medizinischen Berichte begründeten nachvollziehbar, dass die Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr realisierbar sei. Ab August 2015 (ab dann gemäss Bericht von Dr. med. AB.____ vom 10. November 2015 [vgl. E. II. 4.17] zunehmende Schmerzen im linken Knie) betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 0 %, dies in Korrektur zu den RAD-Stellungnahmen vom 1. Oktober 2015 (E. II. 4.14) und 11. November 2015 (E. II. 4.18). Auch die Totalprothese links habe die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert, wie der Versicherte habe erfahren müssen. Hingegen bleibe die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, wie sie in der EFL vom 30. Juni 2015 formuliert worden sei, unverändert 100 % ab dem 17. Juni 2015. Sie sei auch unter Berücksichtigung der Polyneuropathie zumutbar. Eine arbeitseinschränkende psychiatrische Diagnose bestehe nicht.

5. Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte der Klinik Z.____ ein. Diesen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

5.1 Gemäss Operationsbericht des Gefässzentrums der Klinik Z.____ vom 2. Dezember 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 10) wurden beim Beschwerdeführer eine Re-Crossektomie rechts und Seitenastexzisionen beidseits durchgeführt. PD Dr. med. AI.____, Facharzt FMH für Chirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie, führte dazu aus, beim Patienten bestehe eine Rezidivvarikose beidseits nach mehreren Eingriffen. In der Folge sei es zu Wundheilungsstörungen mit kompliziertem Verlauf gekommen. Die Haut an beiden Unterschenkeln sei erheblich geschädigt; links bestehe eine Narbe, welche immer wieder aufbreche. Als zusätzliche Ursache zu den grossen Begleitproblemen bestehe eine Rezidivvarikose. Trotz der Risiken sei die Reoperation empfohlen worden, um wenigstens diese Ursache zu beseitigen. Mit Bericht vom 5. Dezember 2016 (BB 9) berichtete PD Dr. med. AI.____, dass der postoperative Verlauf unauffällig sei. Der Beschwerdeführer sei schnellstmöglich mobilisiert worden, was «dank» dem Bedürfnis zu rauchen auch problemlos gelungen sei. Bei Austritt am 3. Dezember 2016 seien die Wundverhältnisse reizlos und die Sensibilität normal gewesen.

5.2 Der gefässmedizinischen Beurteilung von PD Dr. med. AI.____ und Dr. med. AA.____, Gefässzentrum der Z.____, vom 14. Februar 2017 (BB 8) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

1. Chronisch-venöse Insuffizienz C5 beidseits
2. Beginnende Mediakalzinose (und Arteriosklerose)
3. Anamnestisch koronare Herzkrankheit
4. Arterielle Hypertonie
5. Chronische Beinödeme mit/bei:
6. Adipositas
7. Obstruktives Schlafapnoesyndrom
8. Gonarthrose beidseits mit/bei:

Zu den aktuellen Beschwerden wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei zufrieden, er habe nur wenig Beschwerden. In der abschliessenden Beurteilung hielten die Fachärzte fest, es zeige sich ein sehr schönes Resultat nach beidseitigem Rezidiveingriff bei erheblicher Co-Morbidität und lokal schwierigen Verhältnissen. Die beiden Serome seien punktiert worden. Weitere Kontrollen seien nicht notwendig. Aufgrund des Übergewichts profitiere der Beschwerdeführer sicher von den Stützstrümpfen.

E. 4

Dem Beschwerdeführer sei die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege unter Einsetzung des Unterzeichnenden als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu bestellen.

E. 4.2

4.2.1 Dr. med. M.____, Chefarzt Kardiologie der Klinik N.____, hielt in seinem Bericht vom 8. Juli 2014 – nach Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie am 7. Juli 2018 (IV-Nr. 9.5 S. 16) – folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 9.5 S. 14): 1. Hypertensive Herzkrankheit mit - konzentrischer LV-Hypertrophie, normaler globaler und regionaler LVEF (60 %) - aktuell: Verdacht auf Angina pectoris CCS II - cvRF: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Lipidstatus? 2. Schweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom - unter CPAP-Therapie 3. Adipositas per magna Der Beschwerdeführer berichte, dass er vor allem bei psychischer Anstrengung eine Art retrosternales Engegefühl verspüre, welches zum Teil auch unter körperlicher Belastung auftrete. Im Weiteren bestehe eine ausgeprägte Dekonditionierung mit Dyspnoe NYHA II. Zusätzlich berichte der Patient über intermittierend geschwollene Beine (IV-Nr. 9.5 S. 14). In der fachärztlichen Beurteilung führte der Kardiologe weiter aus, beim Beschwerdeführer bestünden zum Teil typische Thoraxbeschwerden bei psychischen Stresssituationen. Klinisch präsentiere sich ein kardiopulmonal kompensierter Patient mit normotonom Blutdruckwert. Im Ruhe-EKG bestehe ein unauffälliger Erregungsablauf. In der Fahrradergometrie sei der Beschwerdeführer bis 136 Watt (57 % Soll) belastbar gewesen. Diese sei subjektiv unauffällig geblieben, der Patient habe jedoch einen diffusen Schwindel entwickelt, wahrscheinlich bei Überanstrengung. Echokardiographisch bestehe eine leichtgradig konzentrische LV-Hypertrophie bei normaler globaler und regionaler LVEF (60 %) ohne Nachweis eines Klappenvitiums. Er habe beim Beschwerdeführer eine medikamentöse Therapie (Amlodipin 5 mg) eingeleitet. Die Beschwerden könnten im Rahmen der Hypertonie beurteilbar sein, im Weiteren wäre auch ein Management der Adipositas (massiv adipöser Ernährungszustand mit BMI 42 kg/m² [186 cm; 145 kg]) unbedingt anzugehen (IV-Nr. 9.5 S. 15). 4.2.2 Anlässlich einer ambulanten kardiologischen Sprechstunde am 6. August 2014 berichtete Dr. med. M.____, dass der Beschwerdeführer unter der aktuellen (medikamentösen) Therapie beschwerdefrei sei. Er sei gestern drei Stunden gelaufen und dabei asymptotisch geblieben. Der Nikotinkonsum habe bis auf 1.5 Pack / Tag (zuvor 3 Pack / Tag) reduziert werden können, was der Patient mittels E-Zigarette erreicht habe. Da er das verschriebene Medikament (Amlodipin) nicht toleriert habe, habe der Hausarzt auf ein anderes Medikament umgestellt. Unter der neu etablierten Therapie bestehe beim Beschwerdeführer ein beschwerdefreier Verlauf. So gesehen könnten die Beschwerden wirklich auf eine hypertensive Entgleisung zurückzuführen sein. Er sei mit dem Patienten so verblieben, vorerst ein expektatives Vorgehen zu wählen mit Nikotinstopp (er habe den Patienten für eine Nikotinberatung angemeldet) und einer danach unbedingt anzustrebenden Gewichtsreduktion. Sicherlich bestehe auch ein hohes Risiko für eine koronare Herzkrankheit. Die vormalige

Verdachtsdiagnose (Angina pectoris CCS II; vgl. E. II. 4.2.1) listete Dr. med. M.____ nicht mehr auf (siehe Bericht vom 7. August 2014 [IV-Nr. 9.5 S. 12 f.]). 4.3 Dr. med. O.____, Chefarzt der Gefässchirurgie des Spitals P.____, diagnostizierte beim Beschwerdeführer gemäss Bericht vom 13. August 2014 (IV-Nr. 9.5 S. 11) eine «Rezidivvarikose links deutlich mehr als rechts». Nach interdisziplinärer vaskulärer Besprechung schein die Rezidivsanierung der linken Seite indiziert; die operative Revision werde baldmöglichst stationär durchgeführt. 4.4 Im Sprechstundenbericht des Kompetenzzentrums für Essverhalten, Adipositas und Psyche des Spitals Q.____ vom 21. August 2014 (IV-Nr. 9.5 S. 9 f. und S. 18) hielten Chefärztin Dr. med. R.____ und Assistenzärztin S.____ folgend Diagnose fest (IV-Nr. 9.5 S. 18): 1. Adipositas WHO Grad III - Aktuell BMI 43.6 kg/m², Gewicht 151.7 kg, Körpergrösse 186 cm - Folgeerkrankungen: Arthrosen, arterielle Hypertonie, koronare Kardiopathie 2. Hypertensive Kardiopathie mit - konzentrischer, linksventrikulärer Hypertrophie EF 60 % - CvRF: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie 3. Schweres, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - unter CPAP-Therapie 4. Arthrosen Knie bds. - St. n. Knie-TP rechts - Knie-TP links geplant - St. n. Menishektomie

E. 5

Chronische venöse Insuffizienz - nicht verheilendes Ulcus Malleolus med. li - St. n. Varizenoperation - erneute Varizenoperation am 22. September 2014 geplant

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung in medizinischer Hinsicht auf die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 1. Oktober 2015 (E. II. 4.14), 11. November 2015 (E. II. 4.18) und 12. Januar 2017 (E. II. 4.24), der einen ausführlichen Aktenauszug erstellt, diagnostische und versicherungsmedizinische Überlegungen angestellt und abschliessend zum Grad der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen habe. Diese Ausführungen seien vorliegend nachvollziehbar und nicht zu beanstanden (vgl. A.S. 2 f.).

Auch im Rahmen der Duplik (A.S. 50 f.) stellt die Beschwerdegegnerin auf eine im Beschwerdeverfahren zusätzlich eingeholte Stellungnahme des RAD vom 28. August 2017 (A.S. 52 f.) ab. RAD-Arzt Dr. med. E.____ hält darin fest, es sei nicht ersichtlich, weshalb ■ wie vom Beschwerdeführer beantragt ■ eine polydisziplinäre Begutachtung vorgenommen werden müsste, da der medizinische Sachverhalt aufgrund der vorhandenen Berichte erstellt sei. So sei aus orthopädischer Sicht dem Bericht von Dr. med. AB.____ vom 10. März 2016 (recte: 11. März 2016; E. II. 4.19) zu entnehmen, dass für mehrheitlich sitzende Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe und dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers besserungsfähig sei. Somit könne daraus keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Bezüglich Viszeralchirurgie liege kein Leiden vor, welches eine viszeralchirurgische Begutachtung notwendig machen würde; dementsprechend sei daraus auch keine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Betreffend Neurologie beschränke sich die Polyneuropathie ausschliesslich auf Sensibilitätsstörungen. Diese wirkten sich in den zumutbaren Verweistätigkeiten nicht einschränkend aus. In kardiologischer Hinsicht sei auf die Berichte der Klinik N.____ vom 8. Juli 2014 (E. II. 4.2.1) und 7. August 2014 (E. II. 4.2.2) zu verweisen, wonach nach Anwendung der neuen Therapie ein beschwerdefreier Verlauf bestehe. Es habe nach dieser Behandlung keine weitere Notwendigkeit für andere Therapien gegeben. Zudem sei festzuhalten, dass mit

einer 60%igen Herzleistung von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Aus angiologischer Sicht liege eine chronisch venöse Insuffizienz vor, welche alleine jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedinge. Einzig das venöse Ulcus habe gemäss Bericht von Prof. Dr. med. Y.____ vom 5. Oktober 2015 (E. II. 4.15) vorübergehend zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Diese sei jedoch nur von kurzer Dauer gewesen und sei somit nicht invalidisierend. Was schliesslich die Schlafmedizin anbelange, sei ein Schlafapnoesyndrom behandelbar und könne somit keine Invalidität begründen. Wenn die Behandlung konsequent eingehalten werde, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.2 RAD-Allgemeinarzt Dr. med. E.____ stützte sich in seinen (im Verwaltungsverfahren abgegebenen) Stellungnahmen insbesondere auf die vom Krankentaggeldversicherer C.____ beim Spital D.____ eingeholte EFL vom 30. Juni 2015 (vgl. E. II. 4.14, 4.18 und 4.24). Obwohl gemäss EFL die Zumutbarkeit für die bisherige Tätigkeit («aktuell») verneint und für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Verweistätigkeit als im damaligen Zeitpunkt noch nicht beurteilbar eingestuft wurde (IV-Nr. 16; vgl. E. II. 4.11), ging der RAD-Arzt ab 17. Juni 2015 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (und zunächst auch von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit) aus ■ dies mit Verweis auf die dem Beschwerdeführer obliegende Schadenminderungspflicht bezüglich Gewichtsreduktion und konditionellem Aufbautraining. Dies greift vorliegend jedoch zu kurz: So waren im Zeitpunkt der EFL, in der hauptsächlich die Knieprobleme (Gonarthrose) und die Dekonditionierung infolge Adipositas als arbeitsrelevante Probleme erkannt wurden, bereits weitere (kardiologische, angiologische, pneumologische) Befunde erhoben worden (vgl. E. II. 4.2 ff.), deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit alleine durch die EFL nicht als ausreichend abgeklärt gelten konnten. Es kommt hinzu, dass zwischen Durchführung der EFL im Juni 2015 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2017 weitere Abklärungen und Operationen erfolgten (wegen den offenen Beinen sowie einer Knietotalprothese links [vgl. E. II. 4.12 f., 4.15 ff., 4.19]). In Bezug auf das venöse Leiden schienen die offenen Wunden und Abszesse nach der letzten Operation zwar gut verheilt zu sein; die gefässmedizinischen Eingriffe waren jedoch relativ häufig, sodass vor Verfügungserlass eine fachärztliche Prognose und insbesondere eine fachärztliche Stellungnahme zum zumutbaren Leistungsprofil angezeigt gewesen wären. Was die orthopädische Einschätzung von Dr. med. AB.____ anbelangt, lassen sich gewisse Unklarheiten ausmachen, wenn der Orthopäde (am 10. und 11. März 2016) einerseits festhält, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, das Fahren (VIP-Chauffeurdienste) sei wegen Knieschmerzen und Bewegungseinschränkungen nicht möglich gewesen (IV-Nr. 30 S. 3), andererseits aber ausführt, es seien berufliche Massnahmen angezeigt, der Beschwerdeführer werde eventuell Bus- bzw. LKW-Chauffeur (IV-Nr. 30 S. 2; vgl. auch E. II. 4.19), was gerade im Widerspruch zur vorangehenden Aussage betreffend nicht mehr möglichem Fahren steht. Es konnte daher nicht unbesehen auf die fachärztlichen Einschätzungen von Dr. med. AB.____ abgestellt werden. Im Oktober 2016 war sodann die neurologische Diagnose einer Polyneuropathie hinzugekommen, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, entgegen der Stellungnahme des RAD-Arztes (vgl. E. II. 4.24), im Verfügungszeitpunkt ebenfalls ungeklärt waren, zumal sich Dr. med. AD.____ aus fachärztlich-neurologischer Sicht nicht zu den funktionellen Einschränkungen in einer Verweistätigkeit geäussert hatte (vgl. E. II. 4.21). Der Aktennotiz zum Gespräch zwischen Beschwerdeführer und Beschwerdegegnerin vom 17. August 2016 lässt sich zudem entnehmen, dass dem Beschwerdeführer bei seinem (wieder abgebrochenen) Arbeitseinsatz bei der AC.____ AG als LKW-Chauffeur die Beine «eingeschlafen» seien,

was zu teilweise gefährlichen «unkontrollierten Bremsungen» geführt habe (IV-Nr. 38 S. 2). In Bezug auf das massive Übergewicht (und die daraus resultierende Dekonditionierung) des Beschwerdeführers ging Dr. med. E.____ davon aus, dass es sich nicht um ein invalidisierendes Leiden handle und die Gewichtsreduktion und der konditionelle Aufbau im Rahmen der Schadenminderungspflicht in der Verantwortung der versicherten Person lägen. Dies ist grundsätzlich zutreffend, allerdings gibt es nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung gewisse Ausnahmen von diesem Grundsatz (vgl. dazu E. II. 2.5 hievor). Ob eine solche im Falle des Beschwerdeführers vorliegt und seine Adipositas damit (ausnahmsweise) als invalidisierend anzusehen ist, wurde jedoch nicht näher abgeklärt, obwohl es bereits gemäss damaliger Aktenlage Hinweise auf medizinisch begründete Erschwernisse einer Gewichtsreduktion gab: So zeigte sich gemäss Abschlussbericht des Kompetenzzentrums für Essverhalten, Adipositas und Psyche des Spitals Q.____ vom 21. Januar 2015 ein Testosteronmangel (primärer Hypogonadismus) und es wurden diesbezüglich weitere Abklärung empfohlen, da ein tiefer Testosteronspiegel die Gewichtsreduktion und den Muskelaufbau erschweren könne (vgl. E. II. 4.8 hievor). Im EFL-Bericht vom 30. Juni 2015 wurde ausserdem festgehalten, dass ein konditionelles Aufbautraining unter den gegebenen metabolischen Voraussetzungen als illusorisch anzusehen sei (vgl. E. II. 4.11 hievor).

6.3 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt durch die bei Erlass der Verfügung vom 17. Februar 2017 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen (vgl. E. II. 4 hievor) nicht hinreichend geklärt. Die im Beschwerdeverfahren neu aufgelegten Unterlagen (vgl. E. II. 5 hievor) bilden ebenfalls keine hinreichende Grundlage für eine umfassende und abschliessende Beurteilung. Gleiches gilt für die von der Beschwerdegegnerin nachträglich eingeholte RAD-Stellungnahme vom 28. August 2017 (A.S. 52 f.; vgl. E. II. 6.1 hievor), zumal die allgemeinmedizinische Einschätzung von Dr. med. E.____ die fehlenden und/oder nicht vollständigen fachärztlichen Beurteilungen nicht zu ersetzen vermag. Um die vorliegend festgestellten Abklärungslücken zu füllen, hat das Versicherungsgericht bei der Begutachtungsstellung F.____ ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt (vgl. E. I. 3 hievor).

7. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen (E. II. 3.4 hievor).

7.1

7.1.1 Dem Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 11. Juni 2019 (A.S. 84 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 90 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

7.1.2 Internistisch führend sei eine morbide Adipositas bei einem gegenwärtigen BMI von 57.6 kg/m² (Grösse: 184 cm / Gewicht: 194.7 kg [A.S. 125]), die per se zu funktionellen Einschränkungen führe. Neben den in den anderen Disziplinen beschriebenen medizinischen Problemen bestehe aus allgemeininternistischer Sicht eine allgemein verminderte Beweglichkeit; der Beschwerdeführer sei in alltagspraktischen Dingen wie dem Ankleiden (Strümpfe), Körperpflege und so weiter teilweise eingeschränkt und benötige hierfür Hilfe. Er leide an einem ausgeprägten Schlafapnoe-Syndrom und gerate bei

geringster Anstrengung in eine (nicht kardio-pulmonal, sondern Adipositas bedingte) Dyspnoe (A.S. 88; siehe auch das ausführliche internistische Teilgutachten in A.S. 121 ff.)

7.1.3 In orthopädischer Hinsicht seien belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Knies auszumachen; es finde sich bei einem Status nach Tibiaumstellungsosteotomie 2006 aktuell eine Achsenfehlstellung im Valgus-Sinne. Bildgebend zeige sich aktuell dieser Zustand nach hoher Tibiaumstellungsosteotomie, Knöchern durchbaut, Aufhebung des medialen Gelenkspaltes, Randosteophyten und verstärkte Sklerosierungen an den gelenktragenden Flächen medialseitig. Es bestehe also eine hochgradige mediale Gonarthrose rechts, womit die vom Beschwerdeführer in diesem Bereich beklagten Beschwerden gut vereinbar seien. Im Bereich des linken Kniegelenks sei im Januar 2016 eine endoprothetische Versorgung vorgenommen worden; der Beschwerdeführer beklage nach einem Sturz 2018 eine Schmerzverstärkung an der Innenseite des linken Kniegelenks. Es zeige sich hier eine wesentliche Aufklappbarkeit des medialen Gelenkspaltes, einer Insuffizienz des medialen Kollateralbandes Grad II entsprechend. Diese Insuffizienz des medialeseitigen Bänder-Komplexes stelle eine relevante Funktionsstörung dar. Sie könne als Ursache der schmerzhaften Belastbarkeit des linken Kniegelenks betrachtet werden und erkläre teilweise die Gangunsicherheit und die Sturztendenz des Beschwerdeführers. Die beklagten belastungsabhängigen tiefsitzenden Rückenschmerzen stünden demgegenüber in ihrer Intensität und Auswirkung aus orthopädischer Sicht eher im Hintergrund. Es zeigten sich bildgebend Degenerationen des lumbosakralen Segmentes, speziell der Facetten. Möglich sei auch eine ilio-transversale Nearthrose bei L5 als Ausdruck einer leichten lumbosakralen Segmentationsstörung (A.S. 88 f.; siehe auch das ausführliche orthopädische Teilgutachten in A.S. 128 ff.).

Aus orthopädischer Sicht bestehe damit eine erheblich verminderte Belastbarkeit der Kniegelenke beidseits, rechts bei fortgeschrittener medialeseitiger symptomatischer Gonarthrose, links bei medialeseitiger Gelenkinstabilität nach totalendoprothetischer Versorgung. Die Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule sei leichtgradig eingeschränkt. Ohne drastische Gewichtsreduktion sei keine Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen (A.S. 135). Zur Diskussion stünden theoretisch auch invasive Massnahmen (totalendoprothetischer Ersatz des rechten Kniegelenks und Revision des linken Kniegelenks); die Operationsindikation sei jedoch durch den hochgradig reduzierten Allgemeinzustand des Beschwerdeführers beeinträchtigt (A.S. 135 f.). In Bezug auf das Leistungsprofil sei festzuhalten, dass eine Tätigkeit als Lastwagenchauffeur nicht erreichbar sei; bereits das Besteigen des Führerhauses sei dem Versicherten nicht möglich. Durchgeführt werden könnten aus orthopädischer Sicht leichte Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, z.B. Montagearbeiten, vollschichtig. In Anbetracht der Venenproblematik (siehe angiologisches Teilgutachten) seien hier jedoch Einschränkungen zu sehen (A.S. 136).

7.1.4 Aus neurologischer Sicht sei bei diesem polymorbid erkrankten Versicherten die Affektion des peripheren Nervensystems von primärer Bedeutung: An den unteren Extremitäten seien die Eigenreflexe nicht nachweisbar und zeigten sich eine Kraftverminderung sowie ■ soweit beurteilbar ■ verminderte Muskelatrophie in den distalen Abschnitten, wobei die motorische Beeinträchtigung im Stehen und Gehen durch das Körpergewicht mitbedingt sei. Stand und Gang seien unsicher, eine Extremitätenataxie sei nicht verlässlich nachweisbar. Bei fehlendem Lagesinn an beiden Füßen sei die Pallästhesie distal-betont an beiden unteren Extremitäten deutlich vermindert. Der Versicherte beschreibe eine Sensibilitätsverminderung für alle Qualitäten mit distaler

Betonung an Hand und Vorderarm sowie deutlicher an Fuss und Unterschenkel beidseits mit Nachweis von Allodynie an beiden Füßen plantar. Beklagt würden haltungsabhängige Sensibilitätsstörungen rechtsbetont auch an beiden Händen. Klinisch zeigten sich fehlende Eigenreflexe, jedoch eine intakte Muskelatrophie, unauffällige motorische und koordinative Funktionen an beiden oberen Extremitäten. Die elektrophysiologischen Befunde sprächen für eine deutlich ausgeprägte sensomotorische Polyneuropathie der unteren Extremitäten mit deutlichen Zeichen axonaler Schädigung, welche motorische und sensible Fasern betreffe. Damit sei die vom Beschwerdeführer beklagte Stand- und Gangunsicherheit auch aus neurologischer Sicht wesentlich mitbegründet. Daneben zeige sich ein ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom rechts, welches überwiegend wahrscheinlich ebenfalls im Rahmen der Polyneuropathie zu werten sei. Bei belastungsabhängigen lumbalen Rückenschmerzen fänden sich keine radikulären Reiz- und Ausfallsymptome an den unteren Extremitäten (A.S. 89 f.; siehe auch das ausführliche neurologische Teilgutachten in A.S. 137 ff.).

Die polymorbide Situation bedinge heute erhebliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, der in seiner angepassten Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr einsetzbar sei. Ungeachtet der kognitiven Einschränkungen, welche der weiteren Abklärung bedürften, stünden aus neurologischer Sicht Einschränkungen von Seiten der sensomotorischen Polyneuropathie im Vordergrund. Neben einer Limitierung der Steh- und Gehfähigkeit ergäben sich Gleichgewichtsprobleme mit Sturzgefahr. Aus neurologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit, welche nicht an längeres Stehen und Gehen gebunden und nicht mit regelmässigem Heben und Tragen von Lasten verbunden sei, zumutbar, wobei sich das Pensum nach der interdisziplinären Konsensbeurteilung zu richten habe. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten mit Sturzgefahr seien ungeeignet. Die Fahreignung des Beschwerdeführers müsse überprüft werden ■ für den gewerbmässigen Waren- und Personentransport sei sie mit Sicherheit nicht gegeben (A.S. 147).

7.1.5 Auf angiologischem Fachgebiet liege beim Beschwerdeführer eine chronisch-venöse Insuffizienz vor, bei Status nach multiplen Varizenoperationen und aktuell Rezidiv-Varikose von Bedeutung auf der rechten Seite, mit geringer Varikose auf der linken Seite am Unterschenkel. Diese äussere sich dahingehend, dass die Ödeme am Unterschenkel auf der rechten Seite ausgeprägter seien als links. Ein Teil der Ödeme sei sicher auch durch die Adipositas permagna und den unbeweglichen Lebensstil entstanden. Die Ulcerationen seien aktuell völlig abgeheilt. Angesichts des bisherigen Krankheitsverlaufs müsse mit weiteren Varizenoperationen auch in der Zukunft gerechnet werden. Eine konsequente weitere Behandlung durch Kompressionstherapie sei zwingend lebenslang. Aufgrund der Adipositas permagna sei der Versicherte jedoch nicht einmal in der Lage, normale Socken anzuziehen. Er benötige somit zum Anlegen der Kompressionsstrümpfe der Klasse II am Unterschenkel Hilfe durch eine weitere Person. Als Lastwagenchauffeur sei der Versicherte rein von Seiten der chronisch-venösen Insuffizienz nur sehr bedingt einsatzfähig, da längeres Sitzen ungünstig sei. Leichte Tätigkeiten im Sitzen, mit der Möglichkeit, die Beine gegebenenfalls hoch zu lagern und mit häufigen Pausen zur Bewegung, könnten durchgeführt werden. Arbeiten in sehr heisser oder feuchter Umgebung seien wegen der Kompressionsbestrahlung nicht zuzumuten. Diese Einschätzungen würden sowohl für den Verfügungs- als auch den Untersuchungszeitpunkt gelten (A.S. 150 ff.; siehe auch das ganze angiologische Teilgutachten ab A.S. 148 ff. sowie A.S. 88 und 94).

7.1.6 Gemäss psychiatrischem Untersuchungsbefund sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar, orientiert, könne aber das aktuelle Datum und auch den Namen der Institution (z.B. AJ.____-Spital) nicht angeben. Er beklage Vergesslichkeit. Mit dem Beschwerdeführer sei ein kognitives Screeningverfahren (MOCA) durchgeführt worden, in welchem er 24 von 30 möglichen Punkten und damit ein auffälliges Resultat (normal: 26 und mehr Punkte) erziele. Dabei zeige sich eine Einschränkung im Nachzeichnen eines Würfels und im Wiederholen einer Zahlenliste. Er sei auch nicht in der Lage, zwei Sätze korrekt zu wiederholen. Insgesamt entstehe im MOCA doch der Eindruck einer kognitiven Einschränkung. Auch im Gespräch (von ca. 2 ½ Stunden Dauer) gewinne der Untersucher mehr und mehr den Eindruck, die oft bagatellisierenden Äusserungen des Beschwerdeführers seien nicht nur Ausdruck einer gewissen Scham, sondern auch ein Versuch, kognitive Defizite zu überdecken. Das formale Denken erscheine unauffällig, inhaltlich sei der Versicherte gut führbar, gut ablenkbar, thematisch nicht eingeschränkt. Auffallend sei eine gewisse Delegations-Tendenz, etwa in der Zuschreibung der kognitiven Defizite als Folge der 2016 erfolgten Narkose. Affektiv erscheine der Beschwerdeführer ausgeglichen, nicht depressiv; es bestehe eine gute affektive Schwingungsfähigkeit, eine nur leicht verminderte affektive Grundstimmung, keine Hinweise auf wesentliche vegetative oder funktionelle Beschwerden. Im strukturierten Interview zur Erfassung einer Depression (GRID-HAMD-21) erziele der Beschwerdeführer ein unauffälliges Resultat (5 Punkte). Keine Sinnestäuschungen, keine Zwänge oder Phobien, keine Ich-Störungen eruierbar. Angegeben würden vom Beschwerdeführer Ängste umzufallen. Auf der Ebene der Persönlichkeit wirke der Versicherte wenig durchsetzungskräftig, ohne das Ausmass einer klinisch relevanten Störung von Krankheitswert zu erreichen. Insgesamt entstehe der Eindruck eines affektiv ausgeglichenen Versicherten, der kognitive Funktionsstörungen bagatellisiere, ohne aktuelles psychisches Leiden die Arbeitsfähigkeit direkt betreffend (A.S. 161).

Die Ressourcen-Lage sei schlecht, aus somatischer Sicht bestehe eine Multimorbidität mit wohl massiver Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der mentalen Ressourcen wie auch der motivationalen Faktoren, was die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit betreffe. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter im Hydraulik-Bereich nicht eingeschränkt. Eingeschränkt erscheine er in seiner Tätigkeit als Chauffeur ■ hier empfehle sich zunächst eine Abklärung der Fahrtauglichkeit aufgrund der festgestellten kognitiven Einschränkungen. Was die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anbelange, so sei der Beschwerdeführer zeitlebens manualpraktisch tätig gewesen; unter rein psychiatrischen Aspekten wäre eine solche Tätigkeit, welche auf die mentalen Ressourcen des Beschwerdeführers Rücksicht nehme, weiterhin zumutbar (A.S. 163).

Aus psychiatrischer Sicht sollte eine weitere Abklärung der vorliegend diagnostizierten kognitiven Störung erfolgen. Vermutet werde eine langjährig bestehende leichte Verminderung der mentalen Ressourcen mit einer Akzentuierung / Zunahme 2016. Denkbar sei, dass neben prämorbid einfachen intellektuellen Ressourcen im Jahr 2016 die Verstrickungen im sozialen Bereich (wenig durchsetzungskräftige Persönlichkeitszüge) zu einer Überforderung des Beschwerdeführers geführt hätten, daneben aber auch ein primärer Hypogonadismus, möglicherweise auch das vorhandene Schlafapnoe-Syndrom und letztlich allenfalls auch Auswirkungen der durchgeführten operativen Massnahmen kumulativ zu einer Verstärkung der kognitiven Störung geführt hätten. Jedenfalls stünden

die sozialen Verstrickungen aktuell nicht mehr im Vordergrund, dies aber bei Persistenz kognitiver Störungen (A.S. 164; zum Ganzen siehe auch A.S. 90 sowie das ausführliche psychiatrische Teilgutachten ab A.S. 153 ff.).

7.1.7 Zusammenfassend bestehe eine Polymorbidität (A.S. 88) und der Beschwerdeführer sei funktionell erheblich eingeschränkt: Einerseits bedinge die morbid Adipositas per se eine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit, Flexibilität, körperliche Belastbarkeit bis hin zur Einschränkung der Selbstpflege (Ankleiden, Körperpflege). Andererseits bestehe aufgrund der Polyneuropathie und der Befunde im Bereich der Kniegelenke eine objektivierbare Stand- und Gangunsicherheit mit effektiver Sturzgefahr, was wesentlich eine stehende/gehende Tätigkeit ausschliesse. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde zusätzlich auch in sitzenden Tätigkeiten aufgrund des angiologischen Leidens kompromittiert, sodass allein aus somatischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit nur in leichter, sitzender Tätigkeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen bestehe. Darüber hinaus bestehe eine kognitive Störung, welche sich auf die früher ausgeübte Tätigkeit im Bereich der Garagenarbeit (Hydrauliker) kaum wesentlich auswirken würde, hingegen müsse die Fahrtauglichkeit aufgrund der im Begutachtungszeitpunkt erhobenen (Screening-)Befunde in Frage gestellt werden. Die früher festgestellten wenig durchsetzungskräftigen Persönlichkeitszüge hätten auf die früher ausgeübte Tätigkeit keinen Einfluss; effektiv für die Arbeitsfähigkeit relevante Persönlichkeitsaspekte im Sinne akzentuierter Persönlichkeitszüge oder gar einer Persönlichkeitsstörung könnten aktuell nicht diagnostiziert werden. Betreffend Verlauf sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer schleichenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus medizinischer Sicht auszugehen, insbesondere habe die Adipositas in den letzten Jahren zugenommen (A.S. 91 f.). In Bezug auf Belastungsfaktoren und Ressourcen sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner Polymorbidität erheblich belastet, es bestünden keine körperlichen, auch keine intellektuellen Ressourcen. Es sei im Begutachtungszeitpunkt keine Ressourcenlage ersichtlich, welche sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnte. Es bestünden zudem keine Hinweise für äussere oder innere Inkonsistenzen (A.S. 93).

7.1.8 Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter im Rahmen ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung sodann fest, in der bisherigen Arbeitstätigkeit als Mitarbeiter einer Garage mit Aufgaben im Hydrauliker-Schlauchbereich und als Chauffeur sähen sie keine Restarbeitsfähigkeit mehr, dies seit sich der Beschwerdeführer einer ersten Venenoperation habe unterziehen müssen (2014). Der Versicherte wäre rein von Seiten der chronisch-venösen Insuffizienz bereits nur sehr bedingt einsatzfähig, da längeres Sitzen ungünstig sei. Hinzu kämen die übrigen somatischen Beschwerden, sodass eine Arbeitsfähigkeit in diesem Beruf nicht mehr gegeben sei. Diese Einschätzung gelte sowohl für den Verfügungs- als auch den Begutachtungszeitpunkt (A.S. 93).

Dem Beschwerdeführer wäre heute eine leichte Tätigkeit stundenweise sitzend, mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen und den intellektuellen Ressourcen angepasst, möglich. In Frage kämen einfache administrative Tätigkeiten wie Postsortierung, einfache manuelle Montage-Arbeiten etc. In einer solchen Tätigkeit wäre der Versicherte heute maximal zu ca. 30 % einsetzbar, d.h. eine zeitliche Präsenz von 2 x 2 Stunden täglich mit vermindertem Rendement aufgrund des Pausenbedarfs. Sie könnten aktuell keine andere angepasste Tätigkeit angeben, in welcher der Beschwerdeführer ein höheres Pensum erreichen könnte. Der Versicherte sei einerseits im Stehen und Gehen erheblich behindert, womit eine

stehende/gehende Tätigkeit ausgeschlossen sei, andererseits aber auch im Sitzen. Der Beschwerdeführer sei zeitlebens manualpraktisch tätig gewesen und es bestünden keine intellektuellen Ressourcen, die etwa eine Umschulung ermöglichen würden (A.S. 93 f.).

7.1.9 Als medizinische Massnahme wäre gemäss Gutachten u.a. eine drastische Gewichtsabnahme indiziert, die lediglich im Rahmen einer bariatrischen Operation zu erzielen wäre. Im Rahmen der Konsenskonferenz seien sich die Gutachter aber einig, dass die psychologischen, kognitiven und motivationalen Voraussetzungen die Indikation für eine solche Operation in Frage stellen würden (informed consent). Ähnliches gelte für die operative Versorgung der Kniegelenke. Bezüglich der therapeutischen Massnahmen seien theoretisch ein totalendoprothetischer Ersatz des rechten Kniegelenks und eine Revision des linken Kniegelenks mit der Zielsetzung einer Stabilisierung des medialen Bandsystems zu diskutieren. Die Operationsrisiken seien als hoch, die Auswirkungen auf die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit als gering zu prognostizieren (A.S. 95; vgl. auch A.S. 103). Berufliche Massnahmen seien nicht umsetzbar, der Beschwerdeführer erachte sich als invalid (A.S. 96; vgl. auch A.S. 103).

7.1.10 Zu den betreffend Adipositas unterbreiteten Zusatzfragen nahmen die Experten wie folgt Stellung: Die Adipositas bewirke körperliche Gesundheitsschäden im Sinne langfristig erhöhter Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und so weiter, darüber hinaus funktionelle Beeinträchtigungen der Bewegung, Dekonditionierung usw. Möglicherweise stelle die Adipositas Folge eines bereits vorbestehenden Gesundheitsschadens dar. Bei effektivem Vorliegen eines Hypogonadismus stelle dieser einen vorbestehenden Gesundheitsschaden dar, der teilweise mit zur Adipositas permagna, wie sie heute bestehe, beitrage. Medizinisch-theoretisch sei es möglich, die Adipositas auf ein Mass zu reduzieren, das die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtige; aufgrund des bisherigen Verlaufs sei es jedoch sehr unwahrscheinlich. Es gebe medizinisch begründete Erschwernisse einer Gewichtsabnahme. Die festgestellten Persönlichkeitszüge im Sinne eines schwachen Ichs würden eine Erschwernis bezüglich der konsequenten Umsetzung einer Gewichtsabnahme darstellen. Auch wenn dieses Erschwernis heute nicht im prozentualen Sinne gewichtet werden könne, müsse doch von einer verminderten Fähigkeit, medizinische Massnahmen konsequent und über längere Zeit durchzuhalten, ausgegangen werden. Darüber hinaus stelle ein bariatrischer Eingriff immer auch ein medizinisches Risiko dar. Aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen Risikofaktoren müsse auch die bariatrische Operation per se als mit einem erhöhten Risiko behaftet bezeichnet werden (A.S. 104).

7.2

7.2.1 Nach Eingang des Gutachtens vom 11. Juni 2019 erwog das Versicherungsgericht mit Verfügung vom 25. Juli 2019 (A.S. 165 f.), den das Prozessthema bildenden Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das F.____ auszuweiten. Gleichzeitig beabsichtige es, den Gutachtern Ergänzungsfragen zur Präzisierung des genauen Eintritts und Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie einer Verweistätigkeit zu unterbreiten. Den Parteien wurde entsprechend Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

7.2.2 Die Beschwerdegegnerin teilte am 4. September 2019 mit, das Gutachten des F.____ erscheine schlüssig und nachvollziehbar, unter der Voraussetzung der Beantwortung der vom Gericht vorgesehenen Fragen. Sie habe keine weiteren Zusatzfragen und sei überdies

mit der Ausdehnung des Streitgegenstandes in zeitlicher Hinsicht einverstanden (A.S. 168).

Der Beschwerdeführer erklärte sich mit Eingabe vom 5. September 2019 (A.S. 169 f.) mit der Ausweitung des Prozessthemas ebenfalls einverstanden. Aus seiner Sicht seien die Ergänzungsfragen bereits im Gutachten abgehandelt worden; eigene Ergänzungsfragen drängten sich nicht auf.

7.2.3 Zu den am 12. September 2019 (A.S. 171 f.) unterbreiteten Ergänzungsfragen (gemäss Ziff. 4 der Verfügung vom 25. Juli 2019) nahm die Gutachterstelle F.____ am 25. Oktober 2019 wie folgt Stellung:

Aufgrund der Aktenlage sei realistischerweise davon auszugehen, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit 3. Juni 2014 bestehe. Sicher sei diese mit der Operation vom 23. September 2014 und den sich anschliessenden Komplikationen (US-Phlegmone) eingetreten. Sie habe sich bis zum Begutachtungszeitpunkt nicht verändert (A.S. 175 f.).

Auch in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei aufgrund der Aktenlage realistischerweise davon auszugehen, dass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 3. Juni 2014 in Höhe von 100 % eingetreten sei (A.S. 176). Hinsichtlich Verlauf sei nach Aktenlage weiter davon auszugehen, dass ab Dezember 2014 bis Januar 2016 Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit bestanden habe. Für das Jahr 2016 seien präzise Angaben unsicher, da keine klaren diesbezüglichen Akten vorlägen: Nach Abschluss der Heilphase des Kniegelenkersatzes seien ab März 2016 aus orthopädischer Sicht sitzende Tätigkeiten als vollschichtig zumutbar erachtet worden. Am 10. Juni [2016] habe der Versicherte eine Anstellung erhalten (die er in der Folge aber nicht halten können). Es sei dennoch für diesen Zeitraum (März bis und mit Juni 2016) von einer Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen, wobei das Ausmass des dem Versicherten effektiv Möglichen unklar bleibe («50 % ?»). Die Anstellung habe nicht gehalten werden können, einerseits, weil das Arbeitsplatzprofil (Chauffeur) nicht den Möglichkeiten des Versicherten entsprochen habe, andererseits aber auch, weil nun kognitive Störungen hinzugetreten seien, welche in den Akten aber nicht klar dokumentiert seien. Im Oktober 2016 (neurologische und psychiatrische Untersuchungen) seien diese nicht speziell erwähnt oder dokumentiert worden, aus psychiatrischer Sicht hätten mehr psychische (Abgrenzungs-)Probleme im Vordergrund gestanden. Im November [2016] werde vom Hausarzt beschrieben, dass die Probleme dem Beschwerdeführer über den Kopf gewachsen seien, sodass er zeitweilig kognitive Einschränkungen «fast dementiellen Charakters» gehabt habe. Unter Berücksichtigung dieser Akten ■ und der weiterhin bestehenden Polymorbidität ■ habe realistischerweise auch in diesem Zeitraum eine massiv eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit («30 % ?») bestanden.

Erneute kurze Hospitalisation im Dezember 2016, anschliessend (bis Ende Aktenlage November 2018) seien keine medizinischen Akten vorhanden, welche den Heilverlauf weiter beschrieben, dies mit Ausnahme des Berichts der Z.____-Klinik vom Februar 2017 (vgl. E. II. 5.2 hievor), wo ein gutes Resultat nach beidseitigem Rezidiveingriff bei erheblicher Co-Morbidität beschrieben worden sei. Es sei also wahrscheinlich, dass im Februar 2017 eine höhere als die von ihnen für heute attestierte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit («50 % ?») bestanden habe und dass diese sich im Verlauf erneut verschlechtert habe (Zunahme der Adipositas, Verschlechterung der Knieproblematik rechts, Polyneuropathie) bis zur Arbeitsfähigkeit von 30 % in adaptierter Tätigkeit, wie sie

per 11. Juni 2019 (Gutachten) attestiert worden sei (A.S. 177).

7.2.4 Der Beschwerdeführer liess sich zur präzisierenden Stellungnahme des F.____ vom 25. Oktober 2019 (sinngemäss) dahingehend vernehmen, dass auf die Angaben der Gutachter zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit abzustellen sei, wobei diese (in einer angepassten Tätigkeit) seit dem Arbeitsversuch bis heute 70 % betrage (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 19. November 2019 [A.S. 182 f.]). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich nicht zur Stellungnahme des F.____ vom 25. Oktober 2019 (vgl. A.S. 186).

7.3

7.3.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 11. Juni 2019 (A.S. 84 ff.) entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung: Es stammt von unabhängigen Fachärzten der inneren Medizin (Dr. med. G.____), Orthopädie (Dr. med. H.____), Neurologie (PD Dr. med. J.____), Angiologie (Dr. med. K.____) und Psychiatrie (Dr. med. I.____), womit die im vorliegenden Fall einschlägigen Disziplinen abgedeckt sind. Diese Ärzte erhoben die Anamnese (A.S. 121 ff., 128 ff., 137 ff., 148, 153 f.), nahmen die Vorakten zur Kenntnis (A.S. 107 ■ 120) und gaben dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (A.S. 125, 128, 139 f., 148 f., 154 ff.). Sie führten eine gründliche klinische Untersuchung sowie die gebotenen apparativen resp. labortechnischen Abklärungen durch und hielten die objektiven Befunde fest (A.S. 125 ff., 130 ■ 136, 140 ■ 147, 149 ff., 160 ff.). Die interdisziplinäre Beurteilung der beim Beschwerdeführer festgestellten Polymorbidität (einschliesslich der morbid Adipositas) und insbesondere deren Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen (A.S. 86 ■ 105) erscheinen vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse als nachvollziehbar und schlüssig, wobei sich nach Einholung der präzisierenden Stellungnahme zu den gerichtlichen Ergänzungsfragen auch der Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit, soweit für die Experten aufgrund der Aktenlage retrospektiv beurteilbar, nachvollziehen lässt (vgl. E. II. 7.2 hievor). Was das psychiatrische Teilgutachten anbelangt, konnte Dr. med. I.____ keine «klinisch relevante Störung von Krankheitswert» bzw. kein «aktuelles psychisches Leiden die Arbeitsfähigkeit direkt betreffend» erheben (vgl. E. II. 7.1.6 hievor). Auch die festgestellte (nicht näher zu bezeichnenden) kognitive Störung (eingestuft als ICD-10 F06.7 [d.h. leichte kognitive Störung]) wirkt sich gemäss den plausiblen fachärztlichen Ausführungen weder auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Hydrauliker) noch auf das Leistungsvermögen in einer zumutbaren (manualpraktischen und ■ bei prämorbid einfachen intellektuellen Ressourcen ■ die mentalen Ressourcen berücksichtigende) Verweistätigkeit aus (A.S. 163 f.), weshalb auf eine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 verzichtet werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Soweit die kognitive Störung die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers in Frage stelle und sich damit auf die von ihm vorübergehend aufgenommene (Verweis-)Tätigkeit als Chauffeur auszuwirken scheine (A.S. 163; vgl. auch E. II. 7.1.7 sowie die Anmerkung im neurologischen Teilgutachten [A.S. 147]), ist festzuhalten, dass eine Chauffeurtätigkeit bereits aufgrund der körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht mehr möglich ist (vgl. E. II. 7.1.3 ff. und 7.1.8), weshalb denn auch das (gesundheitsbedingte) Ausweichen auf Fahrdienste und Chauffeurtätigkeiten im Sinne einer leidensangepassten Arbeit scheiterte (vgl. E. II. 7.2.3 hievor). Unbestrittenermassen erübrigen sich damit vorliegend weitere Abklärungen zur kognitiven Störung und deren Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers.

7.3.2 Was sodann die Adipositas permagna des Beschwerdeführers betrifft, welche gemäss den überzeugenden gutachterlichen Ausführungen an den erheblichen funktionellen Einschränkungen mitbeteiligt ist, bewirkt eine solche ■ wie unter vorstehender E. II. 2.5 dargelegt ■ grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Vorliegend erachten es die Experten als möglich, dass ■ bei effektivem Vorliegen eines Hypogonadismus ■ ein vorbestehender Gesundheitsschaden zur Adipositas beiträgt (vgl. E. II. 7.1.10 hievor). Es wurde ausserdem eine Dependency-Symptomatik diagnostiziert und gemäss angiologischem Teilgutachter sei ein Teil der Ödeme «sicher auch durch die Adipositas permagna und den unbeweglichen Lebensstil entstanden» (A.S. 150 f.; vgl. E. II. 7.1.1 und 7.1.5 hievor), womit die Adipositas (neben erhöhten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus usw. [A.S. 104]) teilweise auch körperliche Gesundheitsschäden bewirkt. Ob und inwieweit die morbide Adipositas des Beschwerdeführers damit bereits im Rahmen dieser Sachlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als (ausnahmsweise) invalidisierend angesehen werden kann, braucht vorliegend nicht abschliessend geklärt zu werden. Liegen die vorstehend genannten Voraussetzungen (Adipositas als Ursache und/oder Folge anderweitiger Gesundheitsschäden) nämlich nicht vor, muss die Adipositas unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles (wie aufgezeigt; vgl. E. II. 2.5 hievor) ausnahmsweise auch dann als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat. Gemäss den plausiblen Erläuterungen der F.____-Gutachter (vgl. E. II. 7.1.9 und 7.1.10 hievor) ist es zwar medizinisch-theoretisch möglich, die Adipositas des Beschwerdeführers auf ein Mass zu reduzieren, das die Arbeitsfähigkeit nicht mehr wesentlich beeinträchtigen würde; allerdings wird dies aufgrund des bisherigen Verlaufs sowie medizinisch begründeter Erschwernisse einer Gewichtsabnahme als sehr unwahrscheinlich eingestuft. Die medizinisch indizierte «drastische» Gewichtsabnahme könnte laut Experten nur im Rahmen einer bariatrischen Operation erreicht werden, die jedoch aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen Risikofaktoren mit erhöhtem Risiko behaftet sei. Ausserdem stellen die psychologischen, kognitiven und motivationalen Voraussetzungen gemäss interdisziplinärem Konsens die Indikation für eine solche Operation in Frage. Auch für die (theoretisch mögliche) operative Versorgung der Kniegelenke gilt Ähnliches: So seien die Operationsrisiken als hoch, die Auswirkungen auf die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit als gering zu prognostizieren. Die einzige Möglichkeit des Beschwerdeführers, sein Übergewicht allenfalls auf ein Mass reduzieren zu können, bei dem es die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in Verbindung mit (zum Teil bereits eingetretenen) Folgeschäden voraussichtlich nicht bleibend oder längere Zeit beeinträchtigen würde, fällt damit aufgrund des vorliegend erhöhten medizinischen Risikos sowie der negativ zu beurteilenden weiteren Voraussetzungen für eine bariatrische Massnahme ausser Betracht bzw. ein solcher Eingriff wäre dem Beschwerdeführer im Rahmen der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht nicht zumutbar. Die Adipositas des Beschwerdeführers hat vor diesem Hintergrund (ausnahmsweise) invalidisierenden Charakter, weshalb sie von den Gutachtern denn auch korrekterweise als Diagnose mit (wesentlichen) Einschränkungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufgeführt und in die (auch ansonsten schlüssige) Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit

miteinbezogen worden ist.

7.3.3 Zusammenfassend besteht damit keinerlei Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens zu zweifeln. Dieses wird von den Parteien denn auch zu Recht nicht beanstandet bzw. ein Abstellen auf das Gutachten des F. ___ wird explizit befürwortet (vgl. E. II. 7.2.2 hievior); auch die Präzisierungen zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gemäss der ergänzenden Stellungnahme des F. ___ vom 25. Oktober 2019 (vgl. E. II. 7.2.3 hievior) werden grundsätzlich nicht bestritten (vgl. E. II. 7.2.4; siehe aber E. II. 7.5 hienach). Der vorliegend relevante Sachverhalt erweist sich damit bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das F. ___ (also über den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2017 hinaus) als hinreichend genau abgeklärt, sodass die Voraussetzungen für eine Ausweitung des Streitgegenstands in zeitlicher Hinsicht gegeben sind (vgl. E. II. 2 hievior). Im Einverständnis mit den Parteien (vgl. E. I. 3.5 und 3.6 hievior) wird der Streitgegenstand daher bis zum Begutachtungszeitpunkt im April 2019 (letzter Untersuchungstermin im Rahmen der Begutachtung durch das F. ___; vgl. A.S. 84 f.) ausgeweitet.

7.4 Es ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Polymorbidität seit Juni 2014 bis zum hier relevanten Begutachtungszeitpunkt in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Auch bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass seit Juni 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand; von Dezember 2014 bis Januar 2016 dauerte diese gemäss Gutachten an. Für den Zeitraum von März 2016 bis und mit Juni 2016 gehen die Gutachter (mit Blick auf die orthopädischen Vorakten) sodann von einer Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus, welche sie auf 50 % schätzen; dies erscheint mit Blick auf die nachvollziehbaren gutachterlichen Überlegungen als plausibel. Gleiches gilt für die in der Folgezeit (nach Abbruch des Arbeitsversuchs als LKW-Chauffeur per Anfang Juli 2016 [vgl. E. II. 4.20 hievior] sowie bei weiterhin bestehender Polymorbidität mit Hinzutreten kognitiver Probleme [vgl. E. II. 4.23]) eingetretene erneute Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % (ab Juli 2016). Per Februar 2017 konnte die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sodann wieder auf 50 % gesteigert werden, sank aufgrund der Zunahme der Adipositas, Verschlechterung der Knieproblematik rechts und der Polyneuropathie per Begutachtungszeitpunkt jedoch wieder auf 30 %, was die Gutachter gestützt auf die Vorakten und ihre daraus resultierenden Einschätzungen nachvollziehbar dargelegt haben. Dabei ist auf den Zeitpunkt der letzten gutachterlichen Untersuchung (April 2019) und nicht auf das Datum des Gutachtensberichtes (Juni 2019) abzustellen.

7.5 Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit gestaltet sich demnach wie folgt:

ZeitpunktGrad der AUF

ab Juni 2014	100 %	(Entstehung Rentenanspruch per Juni 2015)
ab März 2016	50 %	zu berücksichtigen ab Juni 2016
ab Juli 2016	70 %	zu berücksichtigen ab Oktober 2016
ab Februar 2017	50 %	zu berücksichtigen ab Mai 2017
ab April 2019	70 %	zu berücksichtigen ab Juli 2019

Dazu ist anzumerken, dass im Rahmen einer rückwirkenden Zusprechung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden, Art. 17 Abs. 1 ATSG analog gilt. Die objektive Beweislast für das Vorliegen einer Veränderung liegt bei der versicherten Person, wenn es um eine Rentenerhöhung, und beim Versicherungsträger, wenn es um eine Reduktion der Rente geht. Der Zeitpunkt der Abstufung oder Befristung richtet sich in der Invalidenversicherung sinngemäss nach Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; siehe zum Ganzen: Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar zum Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Basel 2020, N 82 f. zu Art. 17 ATSG mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_36/2019 vom 30. April 2019 E. 5).

Vorliegend sind die relevanten Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das Gerichtsgutachten und die den Verlauf der Arbeitsfähigkeit präzisierende gutachterliche Stellungnahme gestützt auf die vorhandenen Vorakten und die eigenen gutachterlichen Einschätzungen nachvollziehbar begründet: So erklärt sich die per März 2016 eingetretene Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit der aus den orthopädischen Vorakten hervorgehenden Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten (aus orthopädischer Sicht). Die Verschlechterung ab Juli 2016 ergibt sich sodann aus dem gesundheitsbedingten Abbruch der versuchsweisen Arbeit als LKW-Chauffeur und einer zusätzlich hinzugetretenen verminderten Belastbarkeit aus psychiatrischer Sicht (bei psychosozialer Belastungssituation und mit erheblichen kognitiven Problemen; vgl. A.S. 100) bei weiterhin bestehender Polymorbidität. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per Februar 2017 begründet sich demgegenüber aus dem Wegfall der aus psychiatrischer Sicht verminderten Belastbarkeit (vgl. A.S. 100, 102) und einem guten Resultat nach beidseitigem Rezidiveingriff aus angiologischer Sicht (vgl. A.S. 177). Die erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wie sie im Begutachtungszeitpunkt festgestellt werden konnte, fusst sodann auf einer weiteren Zunahme der Adipositas, einer Verschlechterung des Knieleidens rechts sowie der Polyneuropathie (vgl. A.S. 177; siehe zum Ganzen auch E. II. 7.4 hievore). Die erheblichen Sachverhaltsänderungen sind vor diesem Hintergrund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, weshalb ■ entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 183) ■ nicht von einer durchgängig 70%igen Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Arbeitsversuchs im Juli 2016 (oder bereits während des versuchsweisen Arbeitseinsatzes) ausgegangen werden kann.

Mit Blick auf den vorliegend sinngemäss anwendbaren Art. 88a IVV sind die ausgewiesenen erheblichen Verbesserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jeweils zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert haben (vgl. die entsprechenden Eintragungen in der vorstehenden Zusammenstellung zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit). Was die auf den Begutachtungszeitpunkt (10. April 2019) hin eingetretene Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, sind im weiteren Verlauf keine Arztberichte eingegangen, die eine erneute Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. des Leistungsvermögens dokumentieren würden; auch von Seiten der Parteien wird keine solche geltend gemacht. Zudem lassen die fachärztlichen Angaben gemäss

Gerichtsgutachten in absehbarer Zeit ebenfalls keine Verbesserung erwarten (schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, stete Zunahme der Adipositas, schlechte Ressourcenlage etc.; vgl. insb. E. II. 7.1.7 ff. hievor). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die per April 2019 eingetretene 70%ige Arbeitsunfähigkeit während mindestens drei Monaten anhielt, womit sie ab Juli 2019 zu berücksichtigen ist (Art. 88a IVV).

Aufgrund des für die Entstehung des Rentenanspruches erforderlichen Wartejahres (vgl. E. II. 2.3 hievor), welches vorliegend mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit am 3. Juni 2014 begonnen hat und somit per 3. Juni 2015 erfüllt war, sowie der Vorgabe in Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Anmeldung zum Leistungsbezug (hier: Dezember 2014) entsteht, kann der Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit frühestens per Juni 2015 entstanden sein.

E. 7

Obstruktives Schlafapnoesyndrom - nächtl. CPAP seit 2009

E. 7.1

und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2). Im vorliegenden Fall besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Eingliederungsbereitschaft, sieht sich der Beschwerdeführer doch als grundsätzlich invalide und nicht mehr einsetzbar an. So äusserte er sich gegenüber den Gutachtern des F.____ wiederholt in diesem Sinne: Auf die Frage des internistischen Gutachters, wie er seine aktuelle Arbeitsfähigkeit einschätze und welche beruflichen Zukunftsperspektiven er sehe, gab der Beschwerdeführer an, er sehe sich nicht mehr in der Lage, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen (A.S. 125). Im Rahmen der neurologischen Begutachtung führte er aus, seit der Aufgabe seiner Tätigkeit bei der AC.____ AG (per 5. Juli 2016; vgl. E. II. 4.20) sei er nicht (mehr) in der Lage, eine berufliche Tätigkeit auszuüben (A.S. 140). Gegenüber dem psychiatrischen Experten erklärte der Beschwerdeführer, eine Arbeit sehe er gar nicht mehr für sich (A.S. 158). Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter denn auch fest, berufliche Massnahmen seien aktuell nicht umsetzbar, der Beschwerdeführer erachte sich als invalide (A.S. 96). Vor diesem Hintergrund bestand mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit weder im Verfügungszeitpunkt am 17. Februar 2017 (nach Abbruch des Arbeitseinsatzes bei der AC.____ AG) noch im Begutachtungszeitpunkt am 10. April 2019 ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerde erweist sich in diesem Punkt als unbegründet.

10. Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 17. Februar 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente in vorstehend genannter Höhe auszurichten. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7.2

7.2.1 Nach Eingang des Gutachtens vom 11. Juni 2019 erwog das Versicherungsgericht mit Verfügung vom 25. Juli 2019 (A.S. 165 f.), den das Prozessthema bildenden

Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das F.____ auszudehnen. Gleichzeitig beabsichtige es, den Gutachtern Ergänzungsfragen zur Präzisierung des genauen Eintritts und Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie einer Verweistätigkeit zu unterbreiten. Den Parteien wurde entsprechend Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

7.2.2 Die Beschwerdegegnerin teilte am 4. September 2019 mit, das Gutachten des F.____ erscheine schlüssig und nachvollziehbar, unter der Voraussetzung der Beantwortung der vom Gericht vorgesehenen Fragen. Sie habe keine weiteren Zusatzfragen und sei überdies mit der Ausdehnung des Streitgegenstandes in zeitlicher Hinsicht einverstanden (A.S. 168). Der Beschwerdeführer erklärte sich mit Eingabe vom 5. September 2019 (A.S. 169 f.) mit der Ausweitung des Prozessthemas ebenfalls einverstanden. Aus seiner Sicht seien die Ergänzungsfragen bereits im Gutachten abgehandelt worden; eigene Ergänzungsfragen drängten sich nicht auf.

7.2.3 Zu den am 12. September 2019 (A.S. 171 f.) unterbreiteten Ergänzungsfragen (gemäss Ziff. 4 der Verfügung vom 25. Juli 2019) nahm die Gutachterstelle F.____ am 25. Oktober 2019 wie folgt Stellung: Aufgrund der Aktenlage sei realistischerweise davon auszugehen, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit 3. Juni 2014 bestehe. Sicher sei diese mit der Operation vom 23. September 2014 und den sich anschliessenden Komplikationen (US-Phlegmone) eingetreten. Sie habe sich bis zum Begutachtungszeitpunkt nicht verändert (A.S. 175 f.). Auch in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei aufgrund der Aktenlage realistischerweise davon auszugehen, dass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 3. Juni 2014 in Höhe von 100 % eingetreten sei (A.S. 176). Hinsichtlich Verlauf sei nach Aktenlage weiter davon auszugehen, dass ab Dezember 2014 bis Januar 2016 Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit bestanden habe. Für das Jahr 2016 seien präzise Angaben unsicher, da keine klaren diesbezüglichen Akten vorlägen: Nach Abschluss der Heilphase des Kniegelenkersatzes seien ab März 2016 aus orthopädischer Sicht sitzende Tätigkeiten als vollschichtig zumutbar erachtet worden. Am 10. Juni [2016] habe der Versicherte eine Anstellung erhalten (die er in der Folge aber nicht halten können). Es sei dennoch für diesen Zeitraum (März bis und mit Juni 2016) von einer Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen, wobei das Ausmass des dem Versicherten effektiv Möglichen unklar bleibe («50 % ?»). Die Anstellung habe nicht gehalten werden können, einerseits, weil das Arbeitsplatzprofil (Chauffeur) nicht den Möglichkeiten des Versicherten entsprochen habe, andererseits aber auch, weil nun kognitive Störungen hinzugetreten seien, welche in den Akten aber nicht klar dokumentiert seien. Im Oktober 2016 (neurologische und psychiatrische Untersuchungen) seien diese nicht speziell erwähnt oder dokumentiert worden, aus psychiatrischer Sicht hätten mehr psychische (Abgrenzungs-)Probleme im Vordergrund gestanden. Im November [2016] werde vom Hausarzt beschrieben, dass die Probleme dem Beschwerdeführer über den Kopf gewachsen seien, sodass er zeitweilig kognitive Einschränkungen «fast dementiellen Charakters» gehabt habe. Unter Berücksichtigung dieser Akten – und der weiterhin bestehenden Polymorbidität – habe realistischerweise auch in diesem Zeitraum eine massiv eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit («30 % ?») bestanden. Erneute kurze Hospitalisation im Dezember 2016, anschliessend (bis Ende Aktenlage November 2018) seien keine medizinischen Akten vorhanden, welche den Heilverlauf weiter beschrieben, dies mit Ausnahme des Berichts der Z.____-Klinik vom Februar 2017 (vgl. E. II. 5.2 hievor), wo ein gutes Resultat nach beidseitigem Rezidiveingriff bei erheblicher Co-Morbidität beschrieben worden sei. Es sei also wahrscheinlich, dass im Februar 2017

eine höhere als die von ihnen für heute attestierte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit («50 %?») bestanden habe und dass diese sich im Verlauf erneut verschlechtert habe (Zunahme der Adipositas, Verschlechterung der Knieproblematik rechts, Polyneuropathie) bis zur Arbeitsfähigkeit von 30 % in adaptierter Tätigkeit, wie sie per 11. Juni 2019 (Gutachten) attestiert worden sei (A.S. 177). 7.2.4 Der Beschwerdeführer liess sich zur präzisierenden Stellungnahme des F.____ vom 25. Oktober 2019 (sinngemäss) dahingehend vernehmen, dass auf die Angaben der Gutachter zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit abzustellen sei, wobei diese (in einer angepassten Tätigkeit) seit dem Arbeitsversuch bis heute 70 % betrage (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 19. November 2019 [A.S. 182 f.]). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich nicht zur Stellungnahme des F.____ vom 25. Oktober 2019 (vgl. A.S. 186).

E. 7.2.3

hievore) werden grundsätzlich nicht bestritten (vgl. E. II. 7.2.4; siehe aber E. II. 7.5 hienach). Der vorliegend relevante Sachverhalt erweist sich damit bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das F.____ (also über den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2017 hinaus) als hinreichend genau abgeklärt, sodass die Voraussetzungen für eine Ausweitung des Streitgegenstands in zeitlicher Hinsicht gegeben sind (vgl. E. II. 2 hievore). Im Einverständnis mit den Parteien (vgl. E. I. 3.5 und 3.6 hievore) wird der Streitgegenstand daher bis zum Begutachtungszeitpunkt im April 2019 (letzter Untersuchungstermin im Rahmen der Begutachtung durch das F.____; vgl. A.S. 84 f.) ausgeweitet. 7.4 Es ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Polymorbidität seit Juni 2014 bis zum hier relevanten Begutachtungszeitpunkt in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Auch bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass seit Juni 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand; von Dezember 2014 bis Januar 2016 dauerte diese gemäss Gutachten an. Für den Zeitraum von März 2016 bis und mit Juni 2016 gehen die Gutachter (mit Blick auf die orthopädischen Vorakten) sodann von einer Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus, welche sie auf 50 % schätzen; dies erscheint mit Blick auf die nachvollziehbaren gutachterlichen Überlegungen als plausibel. Gleiches gilt für die in der Folgezeit (nach Abbruch des Arbeitsversuchs als LKW-Chauffeur per Anfang Juli 2016 [vgl. E. II. 4.20 hievore] sowie bei weiterhin bestehender Polymorbidität mit Hinzutreten kognitiver Probleme [vgl. E. II. 4.23]) eingetretene erneute Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % (ab Juli 2016). Per Februar 2017 konnte die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sodann wieder auf 50 % gesteigert werden, sank aufgrund der Zunahme der Adipositas, Verschlechterung der Knieproblematik rechts und der Polyneuropathie per Begutachtungszeitpunkt jedoch wieder auf 30 %, was die Gutachter gestützt auf die Vorakten und ihre daraus resultierenden Einschätzungen nachvollziehbar dargelegt haben. Dabei ist auf den Zeitpunkt der letzten gutachterlichen Untersuchung (April 2019) und nicht auf das Datum des Gutachtensberichtes (Juni 2019) abzustellen. 7.5 Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit gestaltet sich demnach wie folgt:

Zeitpunkt	Grad der AUF	ab Juni 2014	100 %	(Entstehung Rentenanspruch per Juni 2015)
ab März 2016	50 %	zu berücksichtigen	ab Juni 2016	ab Juli 2016
70 %	zu berücksichtigen	ab Oktober 2016	ab Februar 2017	
50 %	zu berücksichtigen	ab Mai 2017	ab April 2019	70 % zu berücksichtigen

ab Juli 2019 Dazu ist anzumerken, dass im Rahmen einer rückwirkenden Zusprechung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus

einem einheitlichen Beschluss heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden, Art. 17 Abs. 1 ATSG analog gilt. Die objektive Beweislast für das Vorliegen einer Veränderung liegt bei der versicherten Person, wenn es um eine Rentenerhöhung, und beim Versicherungsträger, wenn es um eine Reduktion der Rente geht. Der Zeitpunkt der Abstufung oder Befristung richtet sich in der Invalidenversicherung sinngemäss nach Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; siehe zum Ganzen: Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar zum Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Basel 2020, N 82 f. zu Art. 17 ATSG mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_36/2019 vom 30. April 2019 E. 5). Vorliegend sind die relevanten Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das Gerichtsgutachten und die den Verlauf der Arbeitsfähigkeit präzisierende gutachterliche Stellungnahme gestützt auf die vorhandenen Vorakten und die eigenen gutachterlichen Einschätzungen nachvollziehbar begründet: So erklärt sich die per März 2016 eingetretene Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit der aus den orthopädischen Vorakten hervorgehenden Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten (aus orthopädischer Sicht). Die Verschlechterung ab Juli 2016 ergibt sich sodann aus dem gesundheitsbedingten Abbruch der versuchsweisen Arbeit als LKW-Chauffeur und einer zusätzlich hinzugetretenen verminderten Belastbarkeit aus psychiatrischer Sicht (bei psychosozialer Belastungssituation und mit erheblichen kognitiven Problemen; vgl. A.S. 100) bei weiterhin bestehender Polymorbidität. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per Februar 2017 begründet sich demgegenüber aus dem Wegfall der aus psychiatrischer Sicht verminderten Belastbarkeit (vgl. A.S. 100, 102) und einem guten Resultat nach beidseitigem Rezidiveingriff aus angiologischer Sicht (vgl. A.S. 177). Die erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wie sie im Begutachtungszeitpunkt festgestellt werden konnte, fusst sodann auf einer weiteren Zunahme der Adipositas, einer Verschlechterung des Knieleidens rechts sowie der Polyneuropathie (vgl. A.S. 177; siehe zum Ganzen auch E. II. 7.4 hievor). Die erheblichen Sachverhaltsänderungen sind vor diesem Hintergrund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, weshalb – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 183) – nicht von einer durchgängig 70%igen Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Arbeitsversuchs im Juli 2016 (oder bereits während des versuchsweisen Arbeitseinsatzes) ausgegangen werden kann. Mit Blick auf den vorliegend sinngemäss anwendbaren Art. 88a IVV sind die ausgewiesenen erheblichen Verbesserungen und Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jeweils zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert haben (vgl. die entsprechenden Eintragungen in der vorstehenden Zusammenstellung zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit). Was die auf den Begutachtungszeitpunkt (10. April 2019) hin eingetretene Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, sind im weiteren Verlauf keine Arztberichte eingegangen, die eine erneute Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. des Leistungsvermögens dokumentieren würden; auch von Seiten der Parteien wird keine solche geltend gemacht. Zudem lassen die fachärztlichen Angaben gemäss Gerichtsgutachten in absehbarer Zeit ebenfalls keine Verbesserung erwarten (schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, stete Zunahme der Adipositas, schlechte Ressourcenlage etc.; vgl. insb. E. II. 7.1.7 ff. hievor). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die per April 2019 eingetretene 70%ige Arbeitsunfähigkeit während

mindestens drei Monaten anhielt, womit sie ab Juli 2019 zu berücksichtigen ist (Art. 88a IVV). Aufgrund des für die Entstehung des Rentenanspruches erforderlichen Wartjahres (vgl. E. II. 2.3 hievor), welches vorliegend mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit am 3. Juni 2014 begonnen hat und somit per 3. Juni 2015 erfüllt war, sowie der Vorgabe in Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Anmeldung zum Leistungsbezug (hier: Dezember 2014) entsteht, kann der Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit frühestens per Juni 2015 entstanden sein.

E. 7.3

7.3.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 11. Juni 2019 (A.S. 84 ff.) entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung: Es stammt von unabhängigen Fachärzten der inneren Medizin (Dr. med. G.____), Orthopädie (Dr. med. H.____), Neurologie (PD Dr. med. J.____), Angiologie (Dr. med. K.____) und Psychiatrie (Dr. med. I.____), womit die im vorliegenden Fall einschlägigen Disziplinen abgedeckt sind. Diese Ärzte erhoben die Anamnese (A.S. 121 ff., 128 ff., 137 ff., 148, 153 f.), nahmen die Vorakten zur Kenntnis (A.S. 107 – 120) und gaben dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (A.S. 125, 128, 139 f., 148 f., 154 ff.). Sie führten eine gründliche klinische Untersuchung sowie die gebotenen apparativen resp. labortechnischen Abklärungen durch und hielten die objektiven Befunde fest (A.S. 125 ff., 130 – 136, 140 – 147, 149 ff., 160 ff.). Die interdisziplinäre Beurteilung der beim Beschwerdeführer festgestellten Polymorbidität (einschliesslich der morbidem Adipositas) und insbesondere deren Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen (A.S. 86 – 105) erscheinen vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse als nachvollziehbar und schlüssig, wobei sich nach Einholung der präzisierenden Stellungnahme zu den gerichtlichen Ergänzungsfragen auch der Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit, soweit für die Experten aufgrund der Aktenlage retrospektiv beurteilbar, nachvollziehen lässt (vgl. E. II. 7.2 hievor). Was das psychiatrische Teilgutachten anbelangt, konnte Dr. med. I.____ keine «klinisch relevante Störung von Krankheitswert» bzw. kein «aktuelles psychisches Leiden die Arbeitsfähigkeit direkt betreffend» erheben (vgl. E. II. 7.1.6 hievor). Auch die festgestellte (nicht näher zu bezeichnenden) kognitive Störung (eingestuft als ICD-10 F06.7 [d.h. leichte kognitive Störung]) wirkt sich gemäss den plausiblen fachärztlichen Ausführungen weder auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Hydrauliker) noch auf das Leistungsvermögen in einer zumutbaren (manualpraktischen und – bei prämorbid einfachen intellektuellen Ressourcen – die mentalen Ressourcen berücksichtigende) Verweistätigkeit aus (A.S. 163 f.), weshalb auf eine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 verzichtet werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Soweit die kognitive Störung die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers in Frage stelle und sich damit auf die von ihm vorübergehend aufgenommene (Verweis-)Tätigkeit als Chauffeur auszuwirken scheine (A.S. 163; vgl. auch E. II. 7.1.7 sowie die Anmerkung im neurologischen Teilgutachten [A.S. 147]), ist festzuhalten, dass eine Chauffeur-tätigkeit bereits aufgrund der körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht mehr möglich ist (vgl. E. II. 7.1.3 ff. und 7.1.8), weshalb denn auch das (gesundheitsbedingte) Ausweichen auf Fahrdienste und Chauffeur-tätigkeiten im Sinne einer leidensangepassten Arbeit scheiterte (vgl. E. II. 7.2.3 hievor). Unbestrittenermassen erübrigen sich damit vorliegend weitere Abklärungen zur kognitiven Störung und deren Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers. 7.3.2 Was sodann die Adipositas permagna des Beschwerdeführers betrifft, welche gemäss den überzeugenden gutachterlichen Ausführungen an den

erheblichen funktionellen Einschränkungen mitbeteiligt ist, bewirkt eine solche – wie unter vorstehender E. II. 2.5 dargelegt – grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Vorliegend erachten es die Experten als möglich, dass – bei effektivem Vorliegen eines Hypogonadismus – ein vorbestehender Gesundheitsschaden zur Adipositas beiträgt (vgl. E. II. 7.1.10 hievor). Es wurde ausserdem eine Dependency-Symptomatik diagnostiziert und gemäss angiologischem Teilgutachter sei ein Teil der Ödeme «sicher auch durch die Adipositas permagna und den unbeweglichen Lebensstil entstanden» (A.S. 150 f.; vgl. E. II. 7.1.1 und 7.1.5 hievor), womit die Adipositas (neben erhöhten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus usw. [A.S. 104]) teilweise auch körperliche Gesundheitsschäden bewirkt. Ob und inwieweit die morbide Adipositas des Beschwerdeführers damit bereits im Rahmen dieser Sachlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als (ausnahmsweise) invalidisierend angesehen werden kann, braucht vorliegend nicht abschliessend geklärt zu werden. Liegen die vorstehend genannten Voraussetzungen (Adipositas als Ursache und/oder Folge anderweitiger Gesundheitsschäden) nämlich nicht vor, muss die Adipositas unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles (wie aufgezeigt; vgl. E. II. 2.5 hievor) ausnahmsweise auch dann als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat. Gemäss den plausiblen Erläuterungen der F. ___-Gutachter (vgl. E. II. 7.1.9 und 7.1.10 hievor) ist es zwar medizinisch-theoretisch möglich, die Adipositas des Beschwerdeführers auf ein Mass zu reduzieren, das die Arbeitsfähigkeit nicht mehr wesentlich beeinträchtigen würde; allerdings wird dies aufgrund des bisherigen Verlaufs sowie medizinisch begründeter Erschwernisse einer Gewichtsabnahme als sehr unwahrscheinlich eingestuft. Die medizinisch indizierte «drastische» Gewichtsabnahme könnte laut Experten nur im Rahmen einer bariatrischen Operation erreicht werden, die jedoch aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen Risikofaktoren mit erhöhtem Risiko behaftet sei. Ausserdem stellen die psychologischen, kognitiven und motivationalen Voraussetzungen gemäss interdisziplinärem Konsens die Indikation für eine solche Operation in Frage. Auch für die (theoretisch mögliche) operative Versorgung der Kniegelenke gilt Ähnliches: So seien die Operationsrisiken als hoch, die Auswirkungen auf die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit als gering zu prognostizieren. Die einzige Möglichkeit des Beschwerdeführers, sein Übergewicht allenfalls auf ein Mass reduzieren zu können, bei dem es die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in Verbindung mit (zum Teil bereits eingetretenen) Folgeschäden voraussichtlich nicht bleibend oder längere Zeit beeinträchtigen würde, fällt damit aufgrund des vorliegend erhöhten medizinischen Risikos sowie der negativ zu beurteilenden weiteren Voraussetzungen für eine bariatrische Massnahme ausser Betracht bzw. ein solcher Eingriff wäre dem Beschwerdeführer im Rahmen der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht nicht zumutbar. Die Adipositas des Beschwerdeführers hat vor diesem Hintergrund (ausnahmsweise) invalidisierenden Charakter, weshalb sie von den Gutachtern denn auch korrekterweise als Diagnose mit (wesentlichen) Einschränkungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufgeführt und in die (auch ansonsten schlüssige) Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit miteinbezogen worden ist. 7.3.3 Zusammenfassend besteht damit keinerlei Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens zu zweifeln. Dieses wird von den Parteien denn auch zu

Recht nicht beanstandet bzw. ein Abstellen auf das Gutachten des F.____ wird explizit befürwortet (vgl. E. II. 7.2.2 hievor); auch die Präzisierungen zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gemäss der ergänzenden Stellungnahme des F.____ vom 25. Oktober 2019 (vgl. E. II.

E. 8

8.1 Aufgrund der im Juni 2014 eingetretenen (und über Juni 2015 hinaus bestehenden) vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in jeglicher Tätigkeit entstand per Juni 2015 (vgl. E. II. 7.5 hievor) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Da in dieser Konstellation der Grad der Arbeitsunfähigkeit (100 %) demjenigen der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität entspricht, kann auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden. Wie unter vorstehender E. II. 7.5 dargelegt, sank die Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit per März 2016 auf 50 %, weshalb der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV bis und mit Mai 2016 Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat.

8.2 Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades ab März 2016 (wechselnde Arbeitsunfähigkeiten in einer Verweistätigkeit von 50 % und 70 %) ist sodann ein Einkommensvergleich (vgl. dazu E. II. 2.4 hievor) durchzuführen. Dabei kann grundsätzlich auf das von der Beschwerdegegnerin ermittelte und seitens Beschwerdeführer unbestritten gebliebene Valideneinkommen in Höhe des zuletzt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Jahresverdienstes von CHF 71'500.00 (= CHF 5'500.00 x 13; vgl. Arbeitgeberfragebogen der B.____ in IV-Nr. 24) abgestellt werden. Aufindexiert (: 103.2 x 104.1 [Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer]) ergibt sich im Jahr 2016 somit ein Valideneinkommen von CHF 72'124.00.

Für die Festlegung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) herangezogen, was ebenfalls nicht zu beanstanden ist, zumal der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine bzw. (in Bezug auf den Arbeitseinsatz als LKW-Chauffeur) keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Auflage, Zürich 2014, N 90 zu Art. 28a IVG). Mit Blick auf die dem Beschwerdeführer im Rahmen einer Verweistätigkeit noch zumutbaren leichten und intellektuell nicht anspruchsvollen (Hilfs-)Arbeiten (zum gutachterlich festgelegten Tätigkeitsprofil siehe E. II. 7.1.8 hievor) gelangt die (von der Beschwerdegegnerin ebenfalls bereits verwendete) Tabelle TA1_tirage_skill_level zur Anwendung, wobei auf das tiefste Kompetenzniveau 1 und den durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn («Total») für Männer, bezogen auf den gesamten privaten Sektor, abzustellen ist (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., N 97 zu Art. 28a IVG; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1). Massgeblich sind dabei die im Verfügungs- bzw. Begutachtungszeitpunkt (zur Ausweitung des Streitgegenstandes in zeitlicher Hinsicht siehe E. II. 2 und 7.3.3 hievor) jeweils aktuellsten veröffentlichten Zahlen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Die vorliegend einschlägige Tabelle TA1 in der Fassung 2016 wurde am 14. Mai 2018 und damit vor dem 10. April 2019 (Begutachtungszeitpunkt bzw. letzte gutachterliche Untersuchung) veröffentlicht. Es ist somit auf einen durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn von CHF 5'340.00 abzustellen. Hochgerechnet auf ein Jahr (x 12) sowie nach Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 41.7) und der Restarbeitsfähigkeit angepasst (x 0.5) ergibt sich für das Jahr 2016 demnach ein Invalideneinkommen von CHF 33'402.00. Bei einer

Erwerbseinbusse von CHF 38'722.00 resultiert damit ein Invaliditätsgrad von 54 %, womit für die Zeit von Juni 2016 bis und mit September 2016 (vgl. E. II. 7.5 hievor) ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente besteht. Nach Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % (per Juli 2016; zu berücksichtigen ab Oktober 2016 [E. II. 7.5]) beträgt das Invalideneinkommen noch CHF 20'041.00, die Erwerbseinbusse CHF 52'083.00 und der Invaliditätsgrad 72 %. Ab Oktober 2016 (bis und mit April 2017 [E. II. 7.5]) hat der Beschwerdeführer somit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die erneute Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit per Februar 2017 (50 %) führt (mit Aufindexierung per 2017) bei einem IV-Grad von (wiederum) 54 % zu einem Anspruch auf eine halbe IV-Rente von Mai 2017 bis und mit Juni 2019; die im Begutachtungszeitpunkt (April 2019) festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 70 % bewirkt (bei einer möglichen Aufindexierung bis 2018) bei einem IV-Grad von (wiederum) 72 % einen ab Juli 2019 zu berücksichtigenden Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. II. 7.5 hievor).

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass ein (an sich nur für die Zeiträume mit 50%iger Arbeitsfähigkeit relevanter) Abzug vom Tabellenlohn vorliegend nicht in Betracht kommt und im Beschwerdeverfahren denn auch nicht (mehr) geltend gemacht wird. Insbesondere wurden die spezifischen Einschränkungen des Beschwerdeführers aufgrund seiner Polymorbidität sowie der morbiditen Adipositas bei der gutachterlichen Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit bereits miteinbezogen (vgl. E. II. 7.1.7 ff. und E. II. 7.3 hievor) und können daher nicht ein zweites Mal in Form eines leidensbedingten Abzugs berücksichtigt werden. Zudem kann vorliegend auch nicht von einer Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (in den Zeiträumen mit 50%iger Arbeitsfähigkeit) ausgegangen werden; auch dies wird im Beschwerdeverfahren zu Recht nicht vorgebracht.

8.3 Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer ab Juni 2015 Anspruch auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin in folgendem Umfang:

Zeitraum	IV-Grad	Rentenanspruch
Juni 2015 ■ Mai 2016	100 %	ganze Rente
Juni 2016 ■ September 2016	54 %	halbe Rente
Oktober 2016 ■ April 2017	72 %	ganze Rente
Mai 2017 ■ Juni 2019	54 %	halbe Rente
ab Juli 2019	72 %	ganze Rente

9. Der Beschwerdeführer lässt zudem berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen (vgl. E. I. 2.4 hievor). Solche Massnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7.

Januar 2019 E. 6.2).

Im vorliegenden Fall besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Eingliederungsbereitschaft, sieht sich der Beschwerdeführer doch als grundsätzlich invalide und nicht mehr einsetzbar an. So äusserte er sich gegenüber den Gutachtern des F. ___ wiederholt in diesem Sinne: Auf die Frage des internistischen Gutachters, wie er seine aktuelle Arbeitsfähigkeit einschätze und welche beruflichen Zukunftsperspektiven er sehe, gab der Beschwerdeführer an, er sehe sich nicht mehr in der Lage, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen (A.S. 125). Im Rahmen der neurologischen Begutachtung führte er aus, seit der Aufgabe seiner Tätigkeit bei der AC. ___ AG (per 5. Juli 2016; vgl. E. II. 4.20) sei er nicht (mehr) in der Lage, eine berufliche Tätigkeit auszuüben (A.S. 140). Gegenüber dem psychiatrischen Experten erklärte der Beschwerdeführer, eine Arbeit sehe er gar nicht mehr für sich (A.S. 158). Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter denn auch fest, berufliche Massnahmen seien aktuell nicht umsetzbar, der Beschwerdeführer erachte sich als invalide (A.S. 96). Vor diesem Hintergrund bestand mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit weder im Verfügungszeitpunkt am 17. Februar 2017 (nach Abbruch des Arbeitseinsatzes bei der AC. ___ AG) noch im Begutachtungszeitpunkt am 10. April 2019 ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerde erweist sich in diesem Punkt als unbegründet.

10. Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 17. Februar 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente in vorstehend genannter Höhe auszurichten. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 11

11.1 Obsiegt die versicherte Person, so hat sie gemäss Art. 61 lit. g ATSG für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Bei teilweisem Obsiegen, wie dies vorliegend der Fall ist, ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013, E. 3 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall dringt der Beschwerdeführer mit seinem Begehren um eine Rente durch, jedoch wird ihm für gewisse Zeitabschnitte rückwirkend lediglich eine halbe Rente anstelle der im Hauptpunkt beantragten ganzen zugesprochen; ausserdem wird ein Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint. Das über die Gutheissung hinausgehende Rechtsbegehren hat jedoch den Prozessaufwand nicht erhöht, weshalb der Beschwerdeführer Anspruch auf eine volle Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin hat. Da hinsichtlich der Beschwerdegegnerin von Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege.

Der Vertreter des Beschwerdeführers macht in seinen Kostennoten vom 5. Oktober 2017 (A.S. 65 f.) und vom 19. November 2019 (A.S. 184 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 29.82 Stunden geltend. Dabei fällt auf, dass die (identischen) Positionen vom 5. Oktober 2017 im Umfang von 3.42 Stunden (und Auslagen von CHF 11.30) auf beiden Kostennoten aufgeführt sind; die fraglichen Positionen werden daher auf der Kostennote vom 19. November 2019 gestrichen. Der Gesamtaufwand reduziert sich damit auf 26.4 Stunden und Auslagen von insgesamt CHF 310.90 (statt CHF 322.20). Weiter handelt es sich bei einigen

Positionen (gemäss Abgleich mit den Prozessakten) um die Weiterleitung von inhaltlich wenig relevanten Verfügungen des Versicherungsgerichts bzw. von Orientierungskopien an die Klientschaft; dies stellt Kanzleiaufwand dar, der im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu vergüten ist. Konkret handelt es sich um dreizehn Positionen «Brief an Klient» bzw. «Kurzbrief an Klient» vom 17. Mai 2017, 9. Juni 2017, 27. Juni 2017, 24. Juli 2017, 1. September 2017, 18. September 2017, 16. Oktober 2017, 4. Dezember 2018, 22. Januar 2019, 22. Februar 2019, 26. Juli 2019, 13. September 2019 und 30. Oktober 2019 in Höhe von jeweils 0.17 Stunden. Ausserdem ist der Aufwand für die Erstellung von Fristerstreckungsgesuchen praxisgemäss nicht zu vergüten, weshalb die beiden Positionen vom 6. Juni 2017 (0.25 Stunden) und 13. September 2017 (0.25 Stunden) ebenfalls zu streichen sind. Der Gesamtaufwand beträgt nach diesen Kürzungen (im Umfang von insgesamt 2.71 Stunden) noch 23.69 Stunden, was mit Blick auf Aufwand und Schwierigkeit des vorliegenden Prozesses als angemessen erscheint. Für die Zeit vor 2018 sind damit 13.77 Stunden und Auslagen von CHF 222.50, für die Zeit ab 2018 sind 9.92 Stunden und Auslagen von CHF 88.40 zu entschädigen. Mit dem geltend gemachten Ansatz von CHF 250.00 sowie den Auslagen und der Mehrwertsteuer von 8 % (bis 31. Dezember 2017) bzw. 7.7 % (ab 1. Januar 2018) resultiert eine Parteientschädigung von CHF 6'724.35, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

E. 12

12.1 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG; BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

12.2 Die Arztberichte, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ergaben kein einheitliches Bild des Gesundheitszustandes und erlaubten daher keine abschliessende Beurteilung (vgl. E. II. 6 hievore). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 20'496.50 (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285) sowie der präzisierenden Stellungnahme des F.____ vom 25. Oktober 2019, welche die Beschwerdegegnerin ebenfalls als erforderlich erachtete (vgl. A.S. 168), von CHF 1'240.65, also insgesamt CHF 21'737.15, zu tragen. Die Beschwerdegegnerin hat gegen die

Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 165 f. und 179 f.).

Demnach wird beschlossen und erkannt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 17. Februar 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab Juni 2015 eine Invalidenrente wie folgt (Zeitraum / IV-Grad / Rentenanspruch) zu entrichten:

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 6'724.35 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 11. Juni 2019 sowie der präzisierenden Stellungnahme des F. ___ vom 25. Oktober 2019, insgesamt CHF 21'737.15, werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

5. Das Doppel der Eingabe des Vertreters des Beschwerdeführers vom 17. März 2020 geht samt Beilage zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Wittwer

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