

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.150 vom 24. Oktober 2019

SO Obergericht, 2019-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.150\\_d20191024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.150_d20191024)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.150 du 24 octobre 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.150 del 24 ottobre 2019

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer erlernte den Beruf eines Verkäufers und war von 1975 bis 1994 für die Genossenschaft [...] tätig, zuletzt als Filialleiter. Anschliessend machte er sich mit einer Einzelfirma auf dem Gebiet der Personalberatung selbständig. Im Jahr 2006 meldete er Privatkonkurs an (IV-Nr. 9 S. 1 sowie A.S. 111 + 163).

3.1.2 Gemäss Auskunft der Einrichtung B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2019 befand sich der Beschwerdeführer vom 3. November 2003 bis 15. September 2005 wegen einer mittelschweren rezidivierenden depressiven Störung ohne somatisches Syndrom in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Am 15. September 2005 unternahm er einen Selbstmordversuch und wurde bis Dezember 2005 stationär behandelt. Am 27. Januar 2006 nahm der Beschwerdeführer seinen letzten Termin bei [der Einrichtung] B.\_\_\_\_ wahr; in den Folgejahren unterzog er sich keiner psychiatrischen Behandlung (A.S. 59 f.; s.a. IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.2 und Nr. 9 S. 2). Der Bericht des [Spitals] L.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2009 (Beilage zum Gerichtsgutachten vom 27. August 2019) verneinte bei normaler systolischer linksventrikulärer Funktion Hinweise auf eine strukturelle Herzkrankheit.

3.1.3 Ab 2007 bemühte sich der Beschwerdeführer, im Immobiliengeschäft Fuss zu fassen (IV-Nr. 9 S. 1 sowie A.S. 11 f. + 168 ff.). Gemäss seinen ursprünglichen Angaben stellte er diese Tätigkeit wegen seiner Herzerkrankung im Jahr 2014 ein, als eine erste kardiale Dekompensation aufgetreten war (IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.1 und Nr. 9 S. 1 sowie E. II. 3.4.1 hiernach). Später, anlässlich der Begutachtung, hiess es demgegenüber, das Geschäft sei bis zur Krankschreibung im Jahr 2016 (s. E. II. 3.2.1 hiernach) betrieben worden (A.S. 111).

### E. 3.2

3.2.1 Am 5. Juli 2016 trat der Beschwerdeführer wegen einer progredienten Belastungsdyspnoe sowie paroxysmaler nächtlicher Dyspnoe und Orthopnoe ins [Spital] M.\_\_\_\_ ein. Dort diagnostizierte man gemäss Entlassungsbericht vom 9. Juli 2016 (IV-Nr. 10) im Wesentlichen eine seit Mai 2014 bekannte hypertensive Kardiopathie, aktuell mit kardialer Dekompensation und schwer eingeschränkter systolischer Funktion (LVEF 25 ■ 30 %), sowie eine chronische Niereninsuffizienz, ferner eine Dyslipidämie und Adipositas. Während des Spitalaufenthalts sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen; für körperlich anstrengende Arbeiten gelte dies auch weiterhin. Der folgende Bericht vom 9. August 2016 (IV-Nr. 14 S. 28 ff.) erweiterte die Diagnose um eine dilatative Kardiopathie sowie eine arterielle Hypertonie. Der Beschwerdeführer berichte eine leichte Besserung seines Zustands, fühle sich jedoch in seiner Leistungsfähigkeit noch deutlich

eingeschränkt und beklage eine Dyspnoe Grad NYHA II-III. Die systolische Funktion sei mittelgradig reduziert (LVEF 40 %). Die Berichte vom 27. und 30. September 2016 (IV-Nr. 14 S. 22 ff. und 25 ff.) führten aus, es persistiere eine Anstrengungsdyspnoe und Leistungsintoleranz bei hypertensiven Blutdruckwerten. Klinisch liege keine signifikante kardiale Dekompensation mehr vor.

3.2.2 Dr. med. N.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) hielt anlässlich des Intakegesprächs vom 29. September 2016 dafür (IV-Nr. 9 S. 3), die vom Beschwerdeführer geschilderte Leistungsminderung sei bei einer LVEF von 25 bis 30 % mehr als nachvollziehbar. Ob eine leichte, überwiegend sitzende Arbeit möglich sei, müsse die Zukunft weisen.

3.2.3 Gemäss den Berichten des [Spitals] M.\_\_\_\_ vom 8. und 10. November 2016 sowie 4. Januar 2017 (IV-Nr. 14 S.

### **E. 3.3**

3.3.1 Der Beschwerdeführer befand sich vom 14. Februar bis 14. März 2018 bei Dr. med. C.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung. Gemäss dessen Bericht vom 11. März 2019 (A.S. 63 f.) lag mindestens seit der Hospitalisierung nach dem Suizidversuch im Jahr 2008 eine depressive Entwicklung vor. Es handle sich um rezidivierende mittelgradige depressive Episoden nach belastenden «life events» (F32.1). Die Arbeitsunfähigkeit sei mit dem Beschwerdeführer nie thematisiert worden. Man könne aber davon ausgehen, dass er als Filialleiter oder Selbständigerwerbender zumindest im Therapiezeitraum gänzlich arbeitsunfähig gewesen sei.

3.3.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ und der Psychologe E.\_\_\_\_ gaben im Bericht vom 7. März 2019 (A.S. 61 f.) an, sie behandelten den Beschwerdeführer seit dem 17. April 2018. Es liege eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) bei Privatkonkurs bzw. Gläubigerschulden (Z59.8) und Familienzerrüttung durch Scheidung (Z63.5) vor. Man könne keine relevante Arbeitsfähigkeit feststellen, allein schon wegen der Müdigkeit, aber auch aus psychischen Gründen wie Antrieb, Affekt und Kognition.

### **E. 3.4**

3.4.1 Dem Gerichtsgutachten der Gutachterstelle G.\_\_\_\_ vom 27. August 2019 (A.S. 86 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 95 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

3.4.2 Die allgemein-internistischen Diagnosen stellten kardiale Risikofaktoren dar, hätten aber keine funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 98; s.a. ausführliches internistisches Gutachten vom 4. Juli 2019, A.S. 106 ff.).

3.4.3 Auf kardiologischem Fachgebiet seien neben der klinischen und Laboruntersuchung ein Ruhe-EKG, eine Belastungsuntersuchung und eine Echokardiographie durchgeführt worden. Die Diagnose einer hypertensiven und dilatativen Kardiomyopathie beruhe vorwiegend auf dem Befund in der Echokardiographie: Es liege ein leicht dilatierter linker Vorhof und ein nur noch leicht dilatierter linker Ventrikel mit aktuell 45 mm vor. Dadurch ergebe sich eine mittelschwere, jetzt als eher konzentrisch zu bezeichnende linksventrikuläre Hypertrophie. Die systolische Funktion mit einer LVEF von 55 % sei nahezu normal erhalten. In der Farbdopplerechokardiographie zeige sich die seinerzeit

beschriebene schwer eingeschränkte systolische Pumpfunktion unter der medikamentösen Therapie jetzt als deutlich gebessert. Regionale Wandbewegungsstörungen seien nicht abgrenzbar. Die rechten Herzhöhlen seien normal gross. Die diastolische Dysfunktion sei vom Relaxationstyp. Es bestünden weder ein relevantes Klappenvitium noch ein Anhalt für eine pulmonal-arterielle Druckerhöhung. Es fänden sich keine klinischen Zeichen einer linksseitigen (z.B. feuchte Rasselgeräusche) oder rechtsseitigen (nur ganz diskrete Unterschenkel-Ödeme) Kongestion. Die Belastungsuntersuchung sei konklusiv sowie klinisch und elektrisch negativ bei vorzeitigem Abbruch durch den Beschwerdeführer; 141 Watt bzw. 5,6 MET's seien aber auch unter Berücksichtigung eines ungenügenden Trainingszustandes als knapp ausreichend gute Belastbarkeit zu werten. Das NT-pro-BNP bewege sich im normalen Bereich; bei normwertigen natriuretischen Peptiden sei eine Herzinsuffizienz unwahrscheinlich (A.S. 97; s.a. ausführliches kardiologisches Gutachten vom 2. Juli 2019, A.S. 131 ff.).

Zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten, überwiegend sitzenden Bürotätigkeit als Immobilienhändler aus kardiologischer Sicht nicht eingeschränkt (A.S. 97 + 135 f.).

3.4.4 Nephrologisch sei neben der klinischen und Laboruntersuchung eine Sonographie der Nieren und der ableitenden Harnwege erfolgt, wobei man eine chronische Niereninsuffizienz festgestellt habe. Die Schätzung der glomerulären Filtrationsrate (nach CKD-EPI-Formel) ergebe anhand des Kreatinins mit 52 ml / min / 1,73m<sup>2</sup> einen erniedrigten Wert, ebenso die Schätzung der glomerulären Filtrationsrate anhand des Cystatin C mit 53 ml / min / 1,73m<sup>2</sup>. Im Urin finde sich eine geringgradige Proteinurie. Zusammenfassend bestehe ein Stadium G3b A2 nach KDIGO. Die Nierenfunktion sei seit 2014 stabil geblieben. Als Folgeerkrankungen der Niereninsuffizienz bestehe ein leichter sekundärer Hyperparathyreoidismus, der bei normalem Kalzium- und Phosphatwerten nicht behandlungsbedürftig sei. Dies gelte auch für die asymptotische Hyperurikämie. Eine renale Anämie sei nicht vorhanden. Zu den funktionellen Auswirkungen sei zu bemerken, dass die Niereninsuffizienz in diesem moderaten Stadium asymptotisch verlaufe und keine Beschwerden verursache. Die geklagten Beschwerden könnten somit nicht durch die Niereninsuffizienz erklärt resp. darauf zurückgeführt werden. Aus nephrologischer Sicht lasse sich folglich keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen. Tätigkeiten mit potentiellen Nephrotoxinen (wie Schwermetalle, Lösungsmittel etc.) müssten vermieden werden (A.S. 98; s.a. ausführliches nephrologisches Gutachten vom 26. Juli 2019, A.S. 145 ff.).

3.4.5 In psychiatrischer Hinsicht beruhe die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, auf der fachspezifischen Anamnese und Untersuchung. Auch im Beckmännchen'schen Depressionsinventar verwirkliche der Beschwerdeführer einen Wert, der auf eine schwere depressive Symptomatik hindeute; im Test of Memory Malingering mache er keinen Fehler, was gegen Aggravation oder gar Simulation spreche. Bei der rezidivierenden depressiven Störung im engeren Sinne handle es sich um ein Krankheitsbild, das durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert sei. Die Dauer reiche von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Bei den typischen Episoden leide der Betroffene unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit könne nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf sei meist gestört, der Appetit vermindert.

Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kämen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändere sich von Tag zu Tag wenig, reagiere nicht auf Lebensumstände und könne von sog. «somatischen» Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome sei eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Die schwere depressive Symptomatik führe dazu, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht um 60 % eingeschränkt sei (A.S. 99). Es lägen mittelgradige Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Kontaktfähigkeit zu Dritten vor, ausserdem schwere Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (A.S. 101). Die Arbeitsunfähigkeit von 60 % beziehe sich auf jede denkbare Tätigkeit, da es sich um eine globale Problematik handle. Gegenwärtig kämen nur einfache, repetitive Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Konzentration in Frage. Eine psychiatrische Nachbegutachtung sei auf Grund der Schwere der Symptomatik in anderthalb Jahren sinnvoll (A.S. 99 + 101 f.; s.a. ausführliches psychiatrisches Gutachten vom 19. Juni 2019, A.S. 117 ff.).

3.4.6 Zusammenfassend stehe bei den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die psychiatrische Erkrankung im Vordergrund. Auch die subjektiv empfundene Müdigkeit sei in erster Linie dadurch zu erklären. Zwischen den internistischen und psychiatrischen Erkrankungen bestünden aber Wechselwirkungen. Es sei davon auszugehen, dass die kardiale Erkrankung im Jahr 2016 eine schwere Episode der Depression ausgelöst habe (A.S. 94 + 100).

Die kardiale Erkrankung habe einen wechselnden Verlauf gehabt: Das Herzleiden in Form einer kardialen Dekompensation auf dem Boden einer hypertensiven und dilatativen Kardiomyopathie habe sich erstmals 2014 manifestiert. Eine Echokardiographie habe eine schwere Herzinsuffizienz mit einer LVEF von 30 % ergeben. Im Juni 2014 sei mittels Koronarangiographie eine signifikante Koronarstenose ausgeschlossen worden. In einer Rechtsherzkatheteruntersuchung habe sich eine mittelschwere pulmonale arterielle Hypertonie mit einem Mitteldruck von 37 mm Hg gefunden. Offensichtlich sei dann 2016 eine erneute Herzinsuffizienzphase (LVEF 25 bis 30 %) aufgetreten. Man könne davon ausgehen, dass während dieser beiden Phasen die Arbeitsfähigkeit in einer angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit während etwa sechs Monaten aufgehoben gewesen sei. Eine psychiatrische Problematik im Sinne von Konzentrationsstörungen sei am

## **E. 5**

ff., 11 ff. und 14 ff.) bestand zusammengefasst weiterhin eine Anstrengungsdyspnoe NYHA II-III. Der Beschwerdeführer sei körperlich rasch erschöpft, aber sein Allgemeinzustand habe sich deutlich verbessert und er sei kardial kompensiert. Der Blutdruck sei gut eingestellt. Die systolische Funktion sei nur noch leicht eingeschränkt resp. «tief» normal (LVEF 55 %). Die Verlaufskontrolle erfolge von jetzt an durch den Hausarzt. Der Bericht vom 11. Januar 2017 (IV-Nr. 14 S. 1 ff.) diagnostizierte eine hypertensive, mindestens seit Mai 2014 bestehende Kardiopathie mit schwer eingeschränkter LVEF (25 ■ 30 %). Deren

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht beurteilen, da der Beruf des Beschwerdeführers nicht bekannt sei. Die übrigen Diagnosen würden sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

3.2.4 Der Hausarzt med. prakt. O. \_\_\_ ergänzte die Diagnosen in seinem (teilweise unleserlichen) Bericht vom 7. August 2017 (IV-Nr. 15) um eine Konzentrationsstörung sowie ■ ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ■ einen Prädiabetes. Der Beschwerdeführer beklage eine Anstrengungsdyspnoe. Im bisherigen Beruf sei er seit dem 7. Januar 2017 (dem Behandlungsantritt bei Hausarzt) zu 100 % arbeitsunfähig. Eine leichte Arbeit ohne psychische und physische Anstrengung sei eventuell zu 50 % möglich. Die Leistungsfähigkeit liege in diesem Rahmen bei 50 %.

3.2.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, erachtete in ihrer Stellungnahme vom 28. August 2017 (IV-Nr. 18 S. 2 f.) leichte wechselbelastende Arbeiten ohne erhöhten Stress als zu 50 % möglich. In erster Linie wirke sich die Herzerkrankung mit verminderter Belastbarkeit aus, daneben der schlecht einstellbare Blutdruck sowie der chronische Nierenschaden.

## E. 7

August 2017 festgestellt worden. Aus gutachterlicher Sicht sei aber davon auszugehen, dass die Symptomatik bereits früher begonnen habe und erst zum genannten Zeitpunkt dokumentiert worden sei. Nachvollziehbar sei eine Verschlechterung aus gutachterlicher Sicht wenige Tage, nachdem dem Beschwerdeführer im Jahre 2016 im Rahmen des Entlassungsgesprächs mitgeteilt worden sei, dass es ihm kardiologisch nicht gut gehe. Ab diesem Zeitpunkt seien die jetzt genannten Einschränkungen gültig. Dabei könne es dahinstehen, ob die Problematik tatsächlich so schwerwiegend gewesen sei, wie es der Beschwerdeführer wahrgenommen habe. Der Stressor sei jedenfalls ausreichend gewesen, um die erneute depressive Symptomatik auszulösen (A.S. 102).

Im gegenwärtigen Zeitpunkt sei für eine psychiatrische (d. h. medikamentöse) und psychotherapeutische Behandlung keine verlässliche Prognose möglich. Es könne sein, dass es wie in der Vergangenheit zu einer Restitutio ad integrum komme. Möglich sei aber auch, dass der Beschwerdeführer die depressive Episode nicht überwinde. Internistisch sei eine Behandlung der kardialen Risikofaktoren wichtig, insbesondere durch ein multimodales Therapiekonzept zur Gewichtsreduktion mit Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung (A.S. 102). Der gegenwärtige gesundheitliche Zustand sei nicht gut genug, um berufliche Massnahmen zielführend zu verwirklichen (A.S. 103).

3.5 Es besteht keinerlei Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens zu zweifeln. Dieses entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung: Es stammt von unabhängigen Fachärzten der inneren Medizin, Kardiologie, Nephrologie und Psychiatrie, womit die im vorliegenden Fall einschlägigen Disziplinen abgedeckt sind. Diese Ärzte erhoben die Anamnese (A.S. 109 ff. / 119 f. / 132 / 146), nahmen die Vorakten zur Kenntnis (A.S. 88 ■ 92) und gaben dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (A.S. 108 / 118 f. / 132 f.). Sie führten eine gründliche klinische Untersuchung sowie die gebotenen apparativen resp. labortechnischen Abklärungen durch und hielten die objektiven Befunde fest (A.S. 112 f. / 120 ff. / 133 f. / 146 + 148 ff.). Die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Experten erscheint vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse als nachvollziehbar und schlüssig; in psychiatrischer Hinsicht ist namentlich darauf hinzuweisen, dass der Experte wie gefordert

die einschlägigen Indikatoren (s. dazu E. II. 2.2 hiervor) einzeln geprüft hat (A.S. 123 ff.).

Aus den übrigen Arztberichten ergeben sich keine Gesichtspunkte, welche weitere Abklärungen nahelegen würden. Dem Hausarzt und den beiden RAD-Ärztinnen fehlt es einerseits an der fachärztlichen Qualifikation, um die hier interessierenden Gesundheitsprobleme zu beurteilen. Andererseits sind ihre Stellungnahmen recht knapp ausgefallen, weshalb sie nicht das gleiche Gewicht wie das ausführliche Gutachten beanspruchen können. Letzteres gilt auch für die Berichte der behandelnden Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_. Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte wie hier lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2). Dies gilt insbesondere bei der Einschätzung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2009 vom 15. Juli 2009). Der Austrittsbericht des [Spitals] M.\_\_\_\_ wiederum, wo der Beschwerdeführer nach dem Notfalleintritt am 5. Juli 2016 kardiologisch betreut worden war, spricht bloss bis 9. Juli 2016 von einer umfassenden Arbeitsunfähigkeit. Für die Zeit danach wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch auf anstrengende Verrichtungen bezogen, was sich zwanglos mit der Feststellung im Gutachten vereinbaren lässt, dass für eine mehrheitlich sitzende Bürotätigkeit keine kardiologische Einschränkung bestehe. Die folgenden Berichte des [Spitals] M.\_\_\_\_ bis Januar 2017 machen keine exakten Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Aus ihnen geht aber einerseits hervor, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf verbesserte, so dass zuletzt eine nahezu normale systolische Funktion vorlag. Andererseits fallen diese Berichte genau in die halbjährige Phase nach der Hospitalisation, für welche das Gutachten ohnehin davon ausgeht, dass vorübergehend keine Arbeitsfähigkeit bestand (s. E. II. 3.4.6 hiervor). Ein Widerspruch liegt daher nicht vor.

Die Parteien haben keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten vom 27. August 2019 erhoben, nachdem dieses vorlag. Der Beschwerdeführer hatte zwar zuvor, in einem Brief an den kardiologischen Experten Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2019, kritisiert, er sei nicht ernst genommen worden. Dr. med. K.\_\_\_\_ habe ihm nämlich zu seiner guten Gesundheit gratuliert und gemeint, bei so heissem Wetter sei seine Müdigkeit normal; dabei habe ihm der Experte nicht in die Augen schauen können und die Frage, ob er, der Beschwerdeführer, ein Simulant sei, nicht beantwortet (A.S. 82 ff.). Dieses Verhalten, so es denn tatsächlich erfolgte, mutet zwar ungeschickt an, ist aber nicht geeignet, objektiv den Anschein einer Befangenheit des Experten zu erwecken. Es handelt sich weder um einen feindseligen, rüden Umgangston oder abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur noch wurde die Glaubhaftigkeit der Angaben des Beschwerdeführers von vornherein mehr oder weniger offen verneint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2 + 5). Wenn ein Gutachter die Aussagen des Exploranden kritisch hinterfragt, so gehört dies zu seiner Aufgabe und belegt für sich allein keine Befangenheit. Die Feststellung, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gut, widerspricht zwar dessen Selbsteinschätzung, findet aber ihre Stütze in der normalisierten systolischen Funktion, also einem objektiven Befund. Der Beschwerdeführer hat denn auch darauf verzichtet, an seinen Vorwürfen gegen Dr. med. K.\_\_\_\_ festzuhalten, nachdem er das Gutachten eingesehen hatte; er bedankte sich vielmehr dafür, dass das Gericht eine medizinische Abklärung veranlasst

hatte (A.S. 176).

3.6 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Herzprobleme ab dem 5. Juli 2016 für ein halbes Jahr keinerlei Arbeit mehr nachgehen konnte. Anschliessend bewirkte seine depressive Störung eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Aus psychiatrischer Sicht kamen nur noch einfache, repetitive Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Konzentration in Frage. Kardiologisch betrachtet beschränkte sich die Arbeitsfähigkeit auf körperlich leichte, vorwiegend sitzende Verrichtungen, dies allerdings ohne zeitliche Einschränkung. Der Beschwerdeführer war somit, als das Wartjahr im Juli 2017 endete, in der Lage, in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsleistung von 40 % zu erbringen. Stellen, welche seinem Zumutbarkeitsprofil entsprechen, sind auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (s. dazu BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f., 110 V 273 E. 4b S. 276), der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich leichter und weniger anspruchsvoller Arbeitsplätze bereithält, durchaus zu finden; zu denken ist u.a. an Sortierarbeiten, die mit keinerlei körperlicher Anstrengung verbunden sind und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch vorwiegend sitzend angeboten werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom

## E. 12

Januar 2016 E. 3.3). In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sog. Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellenangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_113/2016 vom 6. Juli 2016 E. 4.3).

Für die Zeit von 2007 bis 2014, zwischen der stationären psychiatrischen Behandlung nach dem Suizidversuch und der ersten kardialen Dekompensation, liegen praktisch keine echtzeitlichen Angaben behandelnder Ärzte zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit vor (s. E. II. 3.1 ■ 3.3 hiervor). Aktenkundig ist lediglich eine Untersuchung im [Spital] L. \_\_\_ im Jahr 2009, wonach keine Herzkrankheit vorlag (s. E. II. 3.1.2 hiervor). Gestützt auf die Abklärungen des Gerichts (s. E. I. 2.2 hiervor) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in diesen Jahren offenbar keine weiteren Ärzte aufsuchte, welche Auskunft geben könnten. Aus dem Gerichtsgutachten wiederum ergibt sich für den fraglichen Zeitraum ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit. Eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den Jahren 2007 bis 2014 ist damit nicht nachweisbar, wobei diese Beweislosigkeit zu Lasten des Beschwerdeführers geht (s. E. II. 2.4 hiervor).

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2017 (s. E. II. 2.2 hiervor). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

4.2

4.2.1 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdienen würde und nicht, was

sie bestenfalls verdienen könnte. Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ Verdienst auszugehen, der zuletzt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung oder mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, so ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung durch Parallelisierung der Vergleichseinkommen Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich die versicherte Person aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3).

Das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.2.2).

4.2.2 Der Beschwerdeführer war zuletzt in der Immobilienbranche selbständig erwerbstätig. Diese Tätigkeit stellte er gemäss seinen ursprünglichen Angaben gesundheitshalber ein, nämlich 2014 resp. 2016 (s. E. II. 3.1.3 hiervor). Gemäss IK-Auszug erzielte er von 2007 bis 2013 resp. 2015 ein (sehr geringes) durchschnittliches Einkommen von CHF 5'760.30 resp. 5'712.10 pro Jahr (s. IV-Nr. 13 sowie A.S. 2). Im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer neu geltend, er habe seit 2007 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen können und seine Immobilienfirma habe nur auf dem Papier existiert (IV-Nr. 23; s.a. A.S. 120). Damit dringt der Beschwerdeführer aber nicht durch: Einerseits ist nicht nachgewiesen, dass er bereits von 2007 bis 2013 krankheitshalber in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (s. E. II. 3.6 hiervor) und deshalb weniger verdiente. Andererseits muss die Immobilienfirma geschäftlich aktiv gewesen sein, verzeichnet doch der IK-Auszug gewisse Einkünfte.

Einzuräumen ist, dass auch bei selbständig Erwerbstätigen vom zuletzt erzielten Einkommen abgewichen werden kann. Dies ist dann der Fall, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte, oder dann, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt. Wenn sich hingegen die versicherte Person, auch als ihre Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten (BGE 135 V 58 E. 3.4.6 S. 64). Im vorliegenden Fall betrieb der Beschwerdeführer rund sieben Jahre lang seine Immobilienfirma, so dass keine kurze Dauer mehr vorliegt. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass er seine selbständige Erwerbstätigkeit ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung ab 2014 zu Gunsten einer lukrativeren Arbeit aufgegeben hätte. Der Beschwerdeführer investierte vielmehr sehr viel Zeit und Energie in sein Geschäft, wie seine detaillierte Schilderung eines konkreten

Projekts zeigt (s. A.S. 168 ff.). Dies lässt den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer nicht gewillt war, klein beizugeben, sondern sein Geschäft um jeden Preis zum Erfolg führen wollte, dies wohl auch deshalb, weil er mit seiner vorhergehenden Firma gescheitert war. Der Umstand, dass ein Jahreseinkommen von CHF 5'760.30 in keiner Weise existenzsichernd ist, steht einem Festhalten an der selbständigen Erwerbstätigkeit nicht entgegen, nachdem der Beschwerdeführer bei seiner Schwester gratis wohnen und essen durfte (A.S. 83).

Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall seine selbständige Tätigkeit im Immobilienbereich beibehalten hätte. Folglich besteht kein Anlass, das so erzielte unterdurchschnittliche Valideneinkommen im Sinne einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu erhöhen.

4.2.3 Die Beschwerdegegnerin rechnete das Valideneinkommen von CHF 5'760.30, welches sie aus dem IK-Auszug ermittelt hatte, unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2013 bis 2016 auf CHF 5'955.00 auf (A.S. 2). Dies ist insofern unrichtig, als nicht die Lohnentwicklung auf dem Durchschnittseinkommen zu berücksichtigen ist; vielmehr ist jedes einzelne Einkommen der fraglichen Jahre vor der Berechnung des Durchschnittswertes der Lohnentwicklung anzupassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_233/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 3.4). Auf diese detaillierte Berechnung kann hier aber verzichtet werden: Es ist im Hinblick auf die Höhe des Invalideneinkommens (s. E. II. 4.3.2 hiernach) offenkundig, dass sich auch so kein Valideneinkommen ergibt, das zu einem Leistungsanspruch führen würde.

#### 4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer ging bis zur angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Deshalb sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Massgeblich sind die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2018 aktuellsten publizierten Zahlen (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2), d.h. die LSE 2014. Abzustellen ist auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Der Beschwerdeführer ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, seine verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihm zumutbaren und seinen Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Ein Arbeitnehmer verdiente in diesem Segment des Arbeitsmarktes durchschnittlich CHF 5'312.00 pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (TA1\_tirage\_skill\_level / Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, s. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.6286466.html>, alle Websites zuletzt besucht am 24. Oktober 2019). Dieser Durchschnittslohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche im Jahr 2014 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,7 Stunden betrug. (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» / Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.8467484.html>). Passt

man das Einkommen zudem an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer bis 2017 an (Tabelle T1.1.10 / Total, 2014: 103,2 Indexpunkte / 2017: 104,6; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html> ), so resultiert daraus, bei einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % in einer Verweistätigkeit, ein Tabellenlohn von CHF 26'942.00.

4.3.2 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale (wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (a.a.O. E. 5b/aa in fine S. 80). Im vorliegenden Fall würde sich mit dem maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % (s. dazu BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) ein Invalideneinkommen von CHF 20'207.00 ergeben. Daraus resultierte gemessen am Valideneinkommen von CHF 5'955.00 ein Invaliditätsgrad von 0 %. Fehlt es aber an einer Invalidität, so besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, weder auf eine Rente noch auf berufliche Massnahmen.

5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

6.

6.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG).

Der unterlegene Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Kostenpunkt ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

6.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. 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).

Die Arztberichte, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ergaben kein einheitliches Bild des Gesundheitszustandes und erlaubten daher keine abschliessende Beurteilung. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, zusätzliche Berichte der behandelnden Ärzte sowie ein Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher sowohl die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 11'622.80 zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285) als auch die Kosten der Berichte der [Einrichtung] B.\_\_\_\_ (CHF 120.00) sowie der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ (jeweils CHF 180.00). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, obwohl sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 78, 80 und 157).

Demnach wird erkannt:

2. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die folgenden Kosten, insgesamt CHF 12'102.80, werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten:

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

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Haldemann

## **E. 17**

Mai 2018 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, da keine Invalidität vorliege (Aktenseite / A.S. 1 ff.). 2. 2.1 Am 15. Juni 2018 erhebt der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) Beschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, die Beschwerdegegnerin habe ihm Invalidenleistungen auszurichten (A.S. 11 ff.). Am 12. Juli 2018 beantragt der Beschwerdeführer zudem, ihm sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren (A.S. 16 ff.). Dazu reicht er am 22. August 2018 zusätzliche Belege ein (A.S. 27 ff.). Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2018 die Abweisung der Beschwerde (A.S. 32). Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts gewährt dem Beschwerdeführer am 29. Oktober 2018 ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege im Sinne einer Befreiung von den Gerichtskosten und der Kostenvorschusspflicht (A.S. 33). 2.2 Der Beschwerdeführer hält mit Replik vom 14.

November 2018 sinngemäss an seinem Beschwerdebegehren fest und teilt dem Gericht auf dessen Anfrage hin die Ärzte mit, welche ihn in der Vergangenheit behandelt haben (A.S. 35 ff.). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 5. Februar 2019 auf eine Duplik (A.S. 44). Mit Verfügung vom 12. Februar 2019 stellt die Vizepräsidentin, nachdem die Parteien auf Zusatzfragen verzichtet haben (s. A.S. 44 + 45), den folgenden Ärzten resp. Einrichtungen verschiedene Fragen (A.S. 45 ff.): · [Einrichtung] B.\_\_\_\_ · Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH · Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH · E.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP · Dr. med. F.\_\_\_\_ Die entsprechenden Antworten ergehen am 19. Februar sowie 7., 11. und 27. März 2019 (A.S. 59 ff.). Bezüglich Dr. med. F.\_\_\_\_ stellt sich heraus, dass dieser den Beschwerdeführer nie behandelt hat (A.S. 67).

2.3 Die Vizepräsidentin gibt am 10. Mai 2019 (nachdem sich die Parteien damit am 29. April resp. 8. Mai 2019 einverstanden erklärt haben, s. A.S. 74 f.) bei der Gutachterstelle G.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in Auftrag (A.S. 78 f.): · Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Innere Medizin · Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie · Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie FMH · Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie FMH Der Beschwerdeführer wendet sich am 8. Juli 2019 schriftlich an den Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ (A.S. 81 ff.). Das Gericht bringt dieses Schreiben der Beschwerdegegnerin am 10. Juli 2019 zur Kenntnis (A.S. 85). Das Gerichtsgutachten ergeht am 27. August 2019 (A.S. 86 ff.). Der Beschwerdeführer gibt am 29. September sowie 3., 7. und 18. Oktober 2019 jeweils eine Stellungnahme ab (A.S. 160 ff. / 178 f. / 183 / 185 ff.), ohne aber konkrete Anträge zu stellen. Die Beschwerdegegnerin wiederum begehrt am 3. Oktober 2019 die Abweisung der Beschwerde (A.S. 180 f.).

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente sowie auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 17. Mai 2018 eingetreten ist (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 52 N 60; BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). Dies bedeutet hier namentlich, dass die nach der Verfügung eingeleiteten ärztlichen Abklärungen, welche der Beschwerdeführer in seinen Eingaben vom 3. und 7. Oktober 2019 anspricht (A.S. 178 f. / 183), für das vorliegende Verfahren unerheblich sind.

2. 2.1 Mangels besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Im vorliegenden Fall steht frühestens ab 2017 eine Rentenberechtigung zur Debatte (s. E. II. 2.2 hiernach). Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Rechtsprechung ist grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein

psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraaster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297). Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit (oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind, und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 28 N 32; Amanda Wittwer, Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615), in casu also im Juli 2016 (vgl. IV-Nr. 2 S. 7 Ziff. 6.3 / Nr. 9 S. 1). Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG (s. Art. 29 Abs. 1 IVG), was hier, angesichts der Anmeldung vom 12. September 2016, im März 2017 der Fall wäre. Dem kommt indes keine eigenständige Bedeutung zu, da das Wartejahr erst später, im Juli 2017, abläuft. Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30).

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

Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser in: Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast

begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

3. 3.1  
3.1.1 Der Beschwerdeführer erlernte den Beruf eines Verkäufers und war von 1975 bis 1994 für die Genossenschaft [...] tätig, zuletzt als Filialleiter. Anschliessend machte er sich mit einer Einzelfirma auf dem Gebiet der Personalberatung selbständig. Im Jahr 2006 meldete er Privatkonkurs an (IV-Nr. 9 S. 1 sowie A.S. 111 + 163).

3.1.2 Gemäss Auskunft der Einrichtung B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2019 befand sich der Beschwerdeführer vom 3. November 2003 bis 15. September 2005 wegen einer mittelschweren rezidivierenden depressiven Störung ohne somatisches Syndrom in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Am 15. September 2005 unternahm er einen Selbstmordversuch und wurde bis Dezember 2005 stationär behandelt. Am 27. Januar 2006 nahm der Beschwerdeführer seinen letzten Termin bei [der Einrichtung] B.\_\_\_\_ wahr; in den Folgejahren unterzog er sich keiner psychiatrischen Behandlung (A.S. 59 f.; s.a. IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.2 und Nr. 9 S. 2). Der Bericht des [Spitals] L.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2009 (Beilage zum Gerichtsgutachten vom 27. August 2019) verneinte bei normaler systolischer linksventrikulärer Funktion Hinweise auf eine strukturelle Herzkrankheit.

3.1.3 Ab 2007 bemühte sich der Beschwerdeführer, im Immobiliengeschäft Fuss zu fassen (IV-Nr. 9 S. 1 sowie A.S. 11 f. + 168 ff.). Gemäss seinen ursprünglichen Angaben stellte er diese Tätigkeit wegen seiner Herzerkrankung im Jahr 2014 ein, als eine erste kardiale Dekompensation aufgetreten war (IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.1 und Nr. 9 S. 1 sowie E. II. 3.4.1 hiernach). Später, anlässlich der Begutachtung, hiess es demgegenüber, das Geschäft sei bis zur Krankschreibung im Jahr 2016 (s. E. II. 3.2.1 hiernach) betrieben worden (A.S. 111).

3.2 3.2.1 Am 5. Juli 2016 trat der Beschwerdeführer wegen einer progredienten Belastungsdyspnoe sowie paroxysmaler nächtlicher Dyspnoe und Orthopnoe ins [Spital] M.\_\_\_\_ ein. Dort diagnostizierte man gemäss Entlassungsbericht vom 9. Juli 2016 (IV-Nr. 10) im Wesentlichen eine seit Mai 2014 bekannte hypertensive Kardiopathie, aktuell mit kardialer Dekompensation und schwer eingeschränkter systolischer Funktion (LVEF 25 – 30 %), sowie eine chronische Niereninsuffizienz, ferner eine Dyslipidämie und Adipositas. Während des Spitalaufenthalts sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen; für körperlich anstrengende Arbeiten gelte dies auch weiterhin. Der folgende Bericht vom 9. August 2016 (IV-Nr. 14

S. 28 ff.) erweiterte die Diagnose um eine dilatative Kardiopathie sowie eine arterielle Hypertonie. Der Beschwerdeführer berichte eine leichte Besserung seines Zustands, fühle sich jedoch in seiner Leistungsfähigkeit noch deutlich eingeschränkt und beklage eine Dyspnoe Grad NYHA II-III. Die systolische Funktion sei mittelgradig reduziert (LVEF 40 %). Die Berichte vom 27. und 30. September 2016 (IV-Nr. 14 S. 22 ff. und 25 ff.) führten aus, es persistiere eine Anstrengungsdyspnoe und Leistungsintoleranz bei hypertensiven Blutdruckwerten. Klinisch liege keine signifikante kardiale Dekompensation mehr vor.

3.2.2 Dr. med. N.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) hielt anlässlich des Intakegesprächs vom 29. September 2016 dafür (IV-Nr. 9 S. 3), die vom Beschwerdeführer geschilderte Leistungsminderung sei bei einer LVEF von 25 bis 30 % mehr als nachvollziehbar. Ob eine leichte, überwiegend sitzende Arbeit möglich sei, müsse die Zukunft weisen.

3.2.3 Gemäss den Berichten des [Spitals] M.\_\_\_\_ vom 8. und 10. November 2016 sowie 4. Januar 2017 (IV-Nr. 14 S. 5 ff., 11 ff. und 14 ff.) bestand zusammengefasst weiterhin eine Anstrengungsdyspnoe NYHA II-III. Der Beschwerdeführer sei körperlich rasch erschöpft, aber sein Allgemeinzustand habe sich deutlich verbessert und er sei kardial kompensiert. Der Blutdruck sei gut eingestellt. Die systolische Funktion sei nur noch leicht eingeschränkt resp. «tief» normal (LVEF 55 %). Die Verlaufskontrolle erfolge von jetzt an durch den Hausarzt. Der Bericht vom 11. Januar 2017 (IV-Nr. 14 S. 1 ff.) diagnostizierte eine hypertensive, mindestens seit Mai 2014 bestehende Kardiopathie mit schwer eingeschränkter LVEF (25 – 30 %). Deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht beurteilen, da der Beruf des Beschwerdeführers nicht bekannt sei. Die übrigen Diagnosen würden sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

3.2.4 Der Hausarzt med. prakt. O.\_\_\_\_ ergänzte die Diagnosen in seinem (teilweise unleserlichen) Bericht vom 7. August 2017 (IV-Nr. 15) um eine Konzentrationsstörung sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – einen Prädiabetes. Der Beschwerdeführer beklage eine Anstrengungsdyspnoe. Im bisherigen Beruf sei er seit dem 7. Januar 2017 (dem Behandlungsantritt bei Hausarzt) zu 100 % arbeitsunfähig. Eine leichte Arbeit ohne psychische und physische Anstrengung sei eventuell zu 50 % möglich. Die Leistungsfähigkeit liege in diesem Rahmen bei 50 %.

3.2.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, erachtete in ihrer Stellungnahme vom 28. August 2017 (IV-Nr. 18 S. 2 f.) leichte wechselbelastende Arbeiten ohne erhöhten Stress als zu 50 % möglich. In erster Linie wirke sich die Herzerkrankung mit verminderter Belastbarkeit aus, daneben der schlecht einstellbare Blutdruck sowie der chronische Nierenschaden.

3.3 3.3.1 Der Beschwerdeführer befand sich vom 14. Februar bis 14. März 2018 bei Dr. med. C.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung. Gemäss dessen Bericht vom 11. März 2019 (A.S. 63 f.) lag mindestens seit der Hospitalisierung nach dem Suizidversuch im Jahr 2008 eine depressive Entwicklung vor. Es handle sich um rezidivierende mittelgradige depressive Episoden nach belastenden «life events» (F32.1). Die Arbeitsunfähigkeit sei mit dem Beschwerdeführer nie thematisiert worden. Man könne aber davon ausgehen, dass er als Filialleiter oder Selbständigerwerbender zumindest im Therapiezeitraum gänzlich arbeitsunfähig gewesen sei.

3.3.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ und der Psychologe E.\_\_\_\_ gaben im Bericht vom 7. März 2019 (A.S. 61 f.) an, sie behandelten den Beschwerdeführer seit dem 17. April 2018. Es liege eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) bei Privatkonkurs bzw. Gläubigerschulden (Z59.8) und Familienzerrüttung durch Scheidung (Z63.5) vor. Man könne keine relevante Arbeitsfähigkeit feststellen, allein schon wegen der Müdigkeit, aber auch aus psychischen Gründen wie Antrieb, Affekt und Kognition.

3.4 3.4.1 Dem Gerichtsgutachten der Gutachterstelle G.\_\_\_\_ vom 27. August

2019 (A.S. 86 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 95 f.): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): 1. Arterieller Hypertonus 2. Hypertensive und dilatative Kardiomyopathie - Status nach kardialer Dekompensation mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion 2014 und 2016 - nicht-signifikante RIVA-Stenosen und Plaques in RCA und RCX (Koronarangiographie 2014) - aktuell normalisierte linksventrikuläre Funktion in der Echokardiographie (EF 55 %) - aktuell Fahrradergometrie klinisch und elektrisch negativ bei leicht eingeschränkter Leistungsfähigkeit - aktuell im Ruhe-EKG linksanteriorer Hemiblock und inkompletter Rechtsschenkelblock - aktuell kein Anhalt für eine pulmonal-arterielle Druckerhöhung. - aktuell NT-pro-BNP (als Marker der linksventrikulären Funktion) im Normbereich 3. Chronische Niereninsuffizienz Stadium G3b A2 (KDIGO) - am ehesten als Folge der Herzerkrankung und des erhöhten Blutdrucks - mit leichtem sekundärem Hyperparathyreoidismus - mit asymptomatischer Hyperurikämie - aktuell kein Anhalt für renale Anämie - Adipositas (BMI aktuell 34 kg/m<sup>2</sup>) 4. Dyslipidämie 5. Verdacht auf nicht-alkoholische Fettlebererkrankung 6. Nierenzyste rechtsseitig

3.4.2 Die allgemein-internistischen Diagnosen stellten kardiale Risikofaktoren dar, hätten aber keine funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 98; s.a. ausführliches internistisches Gutachten vom 4. Juli 2019, A.S. 106 ff.). 3.4.3 Auf kardiologischem Fachgebiet seien neben der klinischen und Laboruntersuchung ein Ruhe-EKG, eine Belastungsuntersuchung und eine Echokardiographie durchgeführt worden. Die Diagnose einer hypertensiven und dilatativen Kardiomyopathie beruhe vorwiegend auf dem Befund in der Echokardiographie: Es liege ein leicht dilatierter linker Vorhof und ein nur noch leicht dilatierter linker Ventrikel mit aktuell 45 mm vor. Dadurch ergebe sich eine mittelschwere, jetzt als eher konzentrisch zu bezeichnende linksventrikuläre Hypertrophie. Die systolische Funktion mit einer LVEF von 55 % sei nahezu normal erhalten. In der Farbdopplerechokardiographie zeige sich die seinerzeit beschriebene schwer eingeschränkte systolische Pumpfunktion unter der medikamentösen Therapie jetzt als deutlich gebessert. Regionale Wandbewegungsstörungen seien nicht abgrenzbar. Die rechten Herzhöhlen seien normal gross. Die diastolische Dysfunktion sei vom Relaxationstyp. Es bestünden weder ein relevantes Klappenvitium noch ein Anhalt für eine pulmonal-arterielle Druckerhöhung. Es fänden sich keine klinischen Zeichen einer linksseitigen (z.B. feuchte Rasselgeräusche) oder rechtsseitigen (nur ganz diskrete Unterschenkel-Ödeme) Kongestion. Die Belastungsuntersuchung sei konklusiv sowie klinisch und elektrisch negativ bei vorzeitigem Abbruch durch den Beschwerdeführer; 141 Watt bzw. 5,6 MET's seien aber auch unter Berücksichtigung eines ungenügenden Trainingszustandes als knapp ausreichend gute Belastbarkeit zu werten. Das NT-pro-BNP bewege sich im normalen Bereich; bei normwertigen natriuretischen Peptiden sei eine Herzinsuffizienz unwahrscheinlich (A.S. 97; s.a. ausführliches kardiologisches Gutachten vom 2. Juli 2019, A.S. 131 ff.). Zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten, überwiegend sitzenden Bürotätigkeit als Immobilienhändler aus kardiologischer Sicht nicht eingeschränkt (A.S. 97 + 135 f.). 3.4.4 Nephrologisch sei neben der klinischen und Laboruntersuchung eine Sonographie der Nieren und der ableitenden Harnwege erfolgt, wobei man eine chronische Niereninsuffizienz festgestellt habe. Die Schätzung der glomerulären Filtrationsrate (nach CKD-EPI-Formel) ergebe anhand des Kreatinins mit 52 ml / min / 1,73m<sup>2</sup> einen erniedrigten Wert, ebenso die Schätzung der

glomerulären Filtrationsrate anhand des Cystatin C mit 53 ml / min / 1,73m<sup>2</sup>. Im Urin finde sich eine geringgradige Proteinurie. Zusammenfassend bestehe ein Stadium G3b A2 nach KDIGO. Die Nierenfunktion sei seit 2014 stabil geblieben. Als Folgeerkrankungen der Niereninsuffizienz bestehe ein leichter sekundärer Hyperparathyreoidismus, der bei normalem Kalzium- und Phosphatwerten nicht behandlungsbedürftig sei. Dies gelte auch für die asymptomatische Hyperurikämie. Eine renale Anämie sei nicht vorhanden. Zu den funktionellen Auswirkungen sei zu bemerken, dass die Niereninsuffizienz in diesem moderaten Stadium asymptomatisch verlaufe und keine Beschwerden verursache. Die geklagten Beschwerden könnten somit nicht durch die Niereninsuffizienz erklärt resp. darauf zurückgeführt werden. Aus nephrologischer Sicht lasse sich folglich keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen. Tätigkeiten mit potentiellen Nephrotoxinen (wie Schwermetalle, Lösungsmittel etc.) müssten vermieden werden (A.S. 98; s.a. ausführliches nephrologisches Gutachten vom 26. Juli 2019, A.S. 145 ff.). 3.4.5 In psychiatrischer Hinsicht beruhe die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, auf der fachspezifischen Anamnese und Untersuchung. Auch im Beck'schen Depressionsinventar verwirkliche der Beschwerdeführer einen Wert, der auf eine schwere depressive Symptomatik hindeute; im Test of Memory Malingerung mache er keinen Fehler, was gegen Aggravation oder gar Simulation spreche. Bei der rezidivierenden depressiven Störung im engeren Sinne handle es sich um ein Krankheitsbild, das durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert sei. Die Dauer reiche von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Bei den typischen Episoden leide der Betroffene unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit könne nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf sei meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kämen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändere sich von Tag zu Tag wenig, reagiere nicht auf Lebensumstände und könne von sog. «somatischen» Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome sei eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Die schwere depressive Symptomatik führe dazu, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht um 60 % eingeschränkt sei (A.S. 99). Es lägen mittelgradige Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Kontaktfähigkeit zu Dritten vor, ausserdem schwere Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (A.S. 101). Die Arbeitsunfähigkeit von 60 % beziehe sich auf jede denkbare Tätigkeit, da es sich um eine globale Problematik handle. Gegenwärtig kämen nur einfache, repetitive Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Konzentration in Frage. Eine psychiatrische Nachbegutachtung sei auf Grund der Schwere der Symptomatik in anderthalb Jahren sinnvoll (A.S. 99 + 101 f.; s.a. ausführliches psychiatrisches Gutachten vom 19. Juni 2019, A.S. 117 ff.). 3.4.6 Zusammenfassend stehe bei den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die psychiatrische Erkrankung im

Vordergrund. Auch die subjektiv empfundene Müdigkeit sei in erster Linie dadurch zu erklären. Zwischen den internistischen und psychiatrischen Erkrankungen bestünden aber Wechselwirkungen. Es sei davon auszugehen, dass die kardiale Erkrankung im Jahr 2016 eine schwere Episode der Depression ausgelöst habe (A.S. 94 + 100). Die kardiale Erkrankung habe einen wechselnden Verlauf gehabt: Das Herzleiden in Form einer kardialen Dekompensation auf dem Boden einer hypertensiven und dilatativen Kardiomyopathie habe sich erstmals 2014 manifestiert. Eine Echokardiographie habe eine schwere Herzinsuffizienz mit einer LVEF von 30 % ergeben. Im Juni 2014 sei mittels Koronarangiographie eine signifikante Koronarstenose ausgeschlossen worden. In einer Rechtsherzkatheteruntersuchung habe sich eine mittelschwere pulmonale arterielle Hypertonie mit einem Mitteldruck von 37 mm Hg gefunden. Offensichtlich sei dann 2016 eine erneute Herzinsuffizienzphase (LVEF 25 bis 30 %) aufgetreten. Man könne davon ausgehen, dass während dieser beiden Phasen die Arbeitsfähigkeit in einer angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit während etwa sechs Monaten aufgehoben gewesen sei. Eine psychiatrische Problematik im Sinne von Konzentrationsstörungen sei am 7. August 2017 festgestellt worden. Aus gutachterlicher Sicht sei aber davon auszugehen, dass die Symptomatik bereits früher begonnen habe und erst zum genannten Zeitpunkt dokumentiert worden sei. Nachvollziehbar sei eine Verschlechterung aus gutachterlicher Sicht wenige Tage, nachdem dem Beschwerdeführer im Jahre 2016 im Rahmen des Entlassungsgesprächs mitgeteilt worden sei, dass es ihm kardiologisch nicht gut gehe. Ab diesem Zeitpunkt seien die jetzt genannten Einschränkungen gültig. Dabei könne es dahinstehen, ob die Problematik tatsächlich so schwerwiegend gewesen sei, wie es der Beschwerdeführer wahrgenommen habe. Der Stressor sei jedenfalls ausreichend gewesen, um die erneute depressive Symptomatik auszulösen (A.S. 102). Im gegenwärtigen Zeitpunkt sei für eine psychiatrische (d. h. medikamentöse) und psychotherapeutische Behandlung keine verlässliche Prognose möglich. Es könne sein, dass es wie in der Vergangenheit zu einer Restitutio ad integrum komme. Möglich sei aber auch, dass der Beschwerdeführer die depressive Episode nicht überwinde. Internistisch sei eine Behandlung der kardialen Risikofaktoren wichtig, insbesondere durch ein multimodales Therapiekonzept zur Gewichtsreduktion mit Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung (A.S. 102). Der gegenwärtige gesundheitliche Zustand sei nicht gut genug, um berufliche Massnahmen zielführend zu verwirklichen (A.S. 103).

3.5 Es besteht keinerlei Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens zu zweifeln. Dieses entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung: Es stammt von unabhängigen Fachärzten der inneren Medizin, Kardiologie, Nephrologie und Psychiatrie, womit die im vorliegenden Fall einschlägigen Disziplinen abgedeckt sind. Diese Ärzte erhoben die Anamnese (A.S. 109 ff. / 119 f. / 132 / 146), nahmen die Vorakten zur Kenntnis (A.S. 88 – 92) und gaben dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (A.S. 108 / 118 f. / 132 f.). Sie führten eine gründliche klinische Untersuchung sowie die gebotenen apparativen resp. labortechnischen Abklärungen durch und hielten die objektiven Befunde fest (A.S. 112 f. / 120 ff. / 133 f. / 146 + 148 ff.). Die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Experten erscheint vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse als nachvollziehbar und schlüssig; in psychiatrischer Hinsicht ist namentlich darauf hinzuweisen, dass der Experte wie gefordert die einschlägigen Indikatoren (s. dazu E. II. 2.2 hiervor) einzeln geprüft hat (A.S. 123 ff.). Aus den übrigen Arztberichten ergeben sich keine Gesichtspunkte, welche weitere Abklärungen nahelegen würden. Dem Hausarzt und den beiden RAD-Ärztinnen fehlt es

einerseits an der fachärztlichen Qualifikation, um die hier interessierenden Gesundheitsprobleme zu beurteilen. Andererseits sind ihre Stellungnahmen recht knapp ausgefallen, weshalb sie nicht das gleiche Gewicht wie das ausführliche Gutachten beanspruchen können. Letzteres gilt auch für die Berichte der behandelnden Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_. Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte wie hier lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2). Dies gilt insbesondere bei der Einschätzung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2009 vom 15. Juli 2009). Der Austrittsbericht des [Spitals] M.\_\_\_\_ wiederum, wo der Beschwerdeführer nach dem Notfalleintritt am 5. Juli 2016 kardiologisch betreut worden war, spricht bloss bis 9. Juli 2016 von einer umfassenden Arbeitsunfähigkeit. Für die Zeit danach wird die Arbeitsunfähigkeit nur noch auf anstrengende Verrichtungen bezogen, was sich zwanglos mit der Feststellung im Gutachten vereinbaren lässt, dass für eine mehrheitlich sitzende Bürotätigkeit keine kardiologische Einschränkung bestehe. Die folgenden Berichte des [Spitals] M.\_\_\_\_ bis Januar 2017 machen keine exakten Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Aus ihnen geht aber einerseits hervor, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf verbesserte, so dass zuletzt eine nahezu normale systolische Funktion vorlag. Andererseits fallen diese Berichte genau in die halbjährige Phase nach der Hospitalisation, für welche das Gutachten ohnehin davon ausgeht, dass vorübergehend keine Arbeitsfähigkeit bestand (s. E. II. 3.4.6 hiervor). Ein Widerspruch liegt daher nicht vor. Die Parteien haben keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten vom 27. August 2019 erhoben, nachdem dieses vorlag. Der Beschwerdeführer hatte zwar zuvor, in einem Brief an den kardiologischen Experten Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2019, kritisiert, er sei nicht ernst genommen worden. Dr. med. K.\_\_\_\_ habe ihm nämlich zu seiner guten Gesundheit gratuliert und gemeint, bei so heissem Wetter sei seine Müdigkeit normal; dabei habe ihm der Experte nicht in die Augen schauen können und die Frage, ob er, der Beschwerdeführer, ein Simulant sei, nicht beantwortet (A.S. 82 ff.). Dieses Verhalten, so es denn tatsächlich erfolgte, mutet zwar ungeschickt an, ist aber nicht geeignet, objektiv den Anschein einer Befangenheit des Experten zu erwecken. Es handelt sich weder um einen feindseligen, rüden Umgangston oder abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur noch wurde die Glaubhaftigkeit der Angaben des Beschwerdeführers von vornherein mehr oder weniger offen verneint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2 + 5). Wenn ein Gutachter die Aussagen des Exploranden kritisch hinterfragt, so gehört dies zu seiner Aufgabe und belegt für sich allein keine Befangenheit. Die Feststellung, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei gut, widerspricht zwar dessen Selbsteinschätzung, findet aber ihre Stütze in der normalisierten systolischen Funktion, also einem objektiven Befund. Der Beschwerdeführer hat denn auch darauf verzichtet, an seinen Vorwürfen gegen Dr. med. K.\_\_\_\_ festzuhalten, nachdem er das Gutachten eingesehen hatte; er bedankte sich vielmehr dafür, dass das Gericht eine medizinische Abklärung veranlasst hatte (A.S. 176).

3.6 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Herzprobleme ab dem 5. Juli 2016 für ein halbes Jahr keinerlei Arbeit mehr nachgehen konnte. Anschliessend bewirkte seine depressive Störung eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Aus psychiatrischer Sicht kamen nur noch

einfache, repetitive Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Konzentration in Frage. Kardiologisch betrachtet beschränkte sich die Arbeitsfähigkeit auf körperlich leichte, vorwiegend sitzende Verrichtungen, dies allerdings ohne zeitliche Einschränkung. Der Beschwerdeführer war somit, als das Wartjahr im Juli 2017 endete, in der Lage, in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsleistung von 40 % zu erbringen. Stellen, welche seinem Zumutbarkeitsprofil entsprechen, sind auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (s. dazu BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f., 110 V 273 E. 4b S. 276), der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich leichter und weniger anspruchsvoller Arbeitsplätze bereithält, durchaus zu finden; zu denken ist u.a. an Sortierarbeiten, die mit keinerlei körperlicher Anstrengung verbunden sind und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch vorwiegend sitzend angeboten werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 3.3). In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sog. Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellenangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_113/2016 vom 6. Juli 2016 E. 4.3). Für die Zeit von 2007 bis 2014, zwischen der stationären psychiatrischen Behandlung nach dem Suizidversuch und der ersten kardialen Dekompensation, liegen praktisch keine echtzeitlichen Angaben behandelnder Ärzte zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit vor (s. E. II. 3.1 – 3.3 hiavor). Aktenkundig ist lediglich eine Untersuchung im [Spital] L.\_\_\_\_ im Jahr 2009, wonach keine Herzkrankheit vorlag (s. E. II. 3.1.2 hiavor). Gestützt auf die Abklärungen des Gerichts (s. E. I. 2.2 hiavor) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in diesen Jahren offenbar keine weiteren Ärzte aufsuchte, welche Auskunft geben könnten. Aus dem Gerichtsgutachten wiederum ergibt sich für den fraglichen Zeitraum ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit. Eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit in den Jahren 2007 bis 2014 ist damit nicht nachweisbar, wobei diese Beweislosigkeit zu Lasten des Beschwerdeführers geht (s. E. II. 2.4 hiavor).

4. 4.1 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2017 (s. E. II. 2.2 hiavor). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

4.2 4.2.1 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom – wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten – Verdienst auszugehen, der zuletzt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung oder mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, so ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung durch Parallelisierung der Vergleichseinkommen Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich die versicherte Person aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3). Das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität

erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.2.2).

4.2.2 Der Beschwerdeführer war zuletzt in der Immobilienbranche selbständig erwerbstätig. Diese Tätigkeit stellte er gemäss seinen ursprünglichen Angaben gesundheitshalber ein, nämlich 2014 resp. 2016 (s. E. II. 3.1.3 hiervor). Gemäss IK-Auszug erzielte er von 2007 bis 2013 resp. 2015 ein (sehr geringes) durchschnittliches Einkommen von CHF 5'760.30 resp. 5'712.10 pro Jahr (s. IV-Nr. 13 sowie A.S. 2). Im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer neu geltend, er habe seit 2007 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen können und seine Immobilienfirma habe nur auf dem Papier existiert (IV-Nr. 23; s.a. A.S. 120). Damit dringt der Beschwerdeführer aber nicht durch: Einerseits ist nicht nachgewiesen, dass er bereits von 2007 bis 2013 krankheitshalber in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (s. E. II. 3.6 hiervor) und deshalb weniger verdiente. Andererseits muss die Immobilienfirma geschäftlich aktiv gewesen sein, verzeichnet doch der IK-Auszug gewisse Einkünfte. Einzuräumen ist, dass auch bei selbstständig Erwerbstätigen vom zuletzt erzielten Einkommen abgewichen werden kann. Dies ist dann der Fall, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte, oder dann, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt. Wenn sich hingegen die versicherte Person, auch als ihre Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten (BGE 135 V 58 E. 3.4.6 S. 64). Im vorliegenden Fall betrieb der Beschwerdeführer rund sieben Jahre lang seine Immobilienfirma, so dass keine kurze Dauer mehr vorliegt. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass er seine selbstständige Erwerbstätigkeit ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung ab 2014 zu Gunsten einer lukrativeren Arbeit aufgegeben hätte. Der Beschwerdeführer investierte vielmehr sehr viel Zeit und Energie in sein Geschäft, wie seine detaillierte Schilderung eines konkreten Projekts zeigt (s. A.S. 168 ff.). Dies lässt den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer nicht gewillt war, klein beizugeben, sondern sein Geschäft um jeden Preis zum Erfolg führen wollte, dies wohl auch deshalb, weil er mit seiner vorhergehenden Firma gescheitert war. Der Umstand, dass ein Jahreseinkommen von CHF 5'760.30 in keiner Weise existenzsichernd ist, steht einem Festhalten an der selbständigen Erwerbstätigkeit nicht entgegen, nachdem der Beschwerdeführer bei seiner Schwester gratis wohnen und essen durfte (A.S. 83). Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall seine selbstständige Tätigkeit im Immobilienbereich beibehalten hätte. Folglich besteht kein Anlass, das so erzielte unterdurchschnittliche Valideneinkommen im Sinne einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu erhöhen.

4.2.3 Die Beschwerdegegnerin rechnete das Valideneinkommen von CHF 5'760.30, welches sie aus dem IK-Auszug ermittelt hatte, unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2013 bis 2016 auf CHF 5'955.00 auf (A.S. 2). Dies ist insofern unrichtig, als nicht die Lohnentwicklung auf dem Durchschnittseinkommen zu berücksichtigen ist; vielmehr ist jedes einzelne Einkommen der fraglichen Jahre vor der Berechnung des

Durchschnittswertes der Lohnentwicklung anzupassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_233/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 3.4). Auf diese detaillierte Berechnung kann hier aber verzichtet werden: Es ist im Hinblick auf die Höhe des Invalideneinkommens (s. E. II. 4.3.2 hiernach) offenkundig, dass sich auch so kein Valideneinkommen ergibt, das zu einem Leistungsanspruch führen würde.

4.3 4.3.1 Der Beschwerdeführer ging bis zur angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Deshalb sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Massgeblich sind die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2018 aktuellsten publizierten Zahlen (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2), d.h. die LSE 2014. Abzustellen ist auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Der Beschwerdeführer ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, seine verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihm zumutbaren und seinen Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Ein Arbeitnehmer verdiente in diesem Segment des Arbeitsmarktes durchschnittlich CHF 5'312.00 pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (TA1\_tirage\_skill\_level / Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, s. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.6286466.html> , alle Websites zuletzt besucht am 24. Oktober 2019). Dieser Durchschnittslohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche im Jahr 2014 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,7 Stunden betrug. (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» / Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.8467484.html>). Passt man das Einkommen zudem an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer bis 2017 an (Tabelle T1.1.10 / Total, 2014: 103,2 Indexpunkte / 2017: 104,6; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html> ), so resultiert daraus, bei einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % in einer Verweistätigkeit, ein Tabellenlohn von CHF 26'942.00.

4.3.2 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale (wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (a.a.O. E. 5b/aa in fine S. 80). Im vorliegenden Fall würde sich mit dem maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % (s. dazu BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) ein Invalideneinkommen von CHF 20'207.00 ergeben. Daraus resultierte gemessen am Valideneinkommen von CHF 5'955.00 ein Invaliditätsgrad von 0 %. Fehlt es aber an einer Invalidität, so besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, weder auf eine Rente noch auf berufliche Massnahmen.

5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

6.

6.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Der unterlegene Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Kostenpunkt ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

6.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. 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). Die Arztberichte, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ergaben kein einheitliches Bild des Gesundheitszustandes und erlaubten daher keine abschliessende Beurteilung. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, zusätzliche Berichte der behandelnden Ärzte sowie ein Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher sowohl die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 11'622.80 zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285) als auch die Kosten der Berichte der [Einrichtung] B.\_\_\_\_ (CHF 120.00) sowie der Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ (jeweils CHF 180.00). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, obwohl sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 78, 80 und 157).

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