

SO_GERICHTE VSBES.2018.177 vom 29. Mai 2020

SO Obergericht, 2020-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.177_d20200529

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.177 du 29 mai 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.177 del 29 maggio 2020

Regeste

Berufliche Massnahme und Invalidenrente

Erwägungen

E. 2

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die [Beschwerdegegnerin] zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer und Versicherten ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzüglich eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. c) Subeventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-konkrete Abklärungen anzuordnen.

E. 2.2

in fine). Es wäre ihm vielmehr möglich gewesen, die Resultate dieser Abklärung erhältlich zu machen und sich dazu zu äussern, zumal zwischen der Untersuchung und der Verfügung über das Leistungsbegehren rund ein halbes Jahr verging, in dem die Beschwerdegegnerin nichts von sich hören liess. Hinzu kommt, dass die Untersuchung vom 13. Dezember 2017 zu keiner fundamental anderen Betrachtung des medizinischen Sachverhalts führte, sondern diesen ergänzte, indem sie den Verlauf mit den aktuellen Befunden dokumentierte. Die RAD-Berichte wiederum, welche den Sachverhalt würdigen, enthielten ebenfalls keine grundlegend neuen Erkenntnisse. Die Gehörsverletzung wiegt mit anderen Worten nicht derart schwer, dass eine Heilung ausgeschlossen wäre. Der Beschwerdeführer konnte sich zu den fraglichen Berichten im Beschwerdeverfahren umfassend äussern. Eine Rückweisung wäre als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein möglicher Nutzen erkennbar wäre. Der vorliegende Verfahrensmangel ist daher im Beschwerdeverfahren zu heilen und von einer Rückweisung aus formellen Gründen abzusehen. Dies gilt umso mehr, nachdem der Sachverhalt durch ein Gerichtsgutachten weiter abgeklärt wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_417/2017 vom 19. April 2018 E. 4.2 + 4.3). Im Übrigen ist eine Partei auf Grund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2016 vom 8. August 2016 E. 2.2), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Beschwerde auch erhoben worden wäre, wenn der Beschwerdeführer vorgängig Kenntnis von den fraglichen Berichten erhalten hätte. 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 2016 eine Rentenberechtigung zur Debatte (s. E. II. 2.3 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 ATSG). 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).

2.3 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 frühestens im August 2014 (vgl. IV-Nr. 30 S. 4 Ziff. 4.3). Der Rentenanspruch entsteht indes – 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 20. Januar 2016, erst im Juli 2016 der Fall wäre. 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).

2.4 Um den

Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und 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).

2.5 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, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoss gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 3.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer absolvierte von 1984 bis 1986 eine Anlehre als Holzarbeiter. Anschliessend war er sechs Jahre als Hilfszimmermann sowie zwölf weitere Jahre als Hilfsdachdecker tätig. Diese Arbeit verlor er 2004 wegen der Arthrose in seiner linken Schulter (IV-Nr. 42 S. 2 sowie Nr. 45.1 S. 2).

3.1.2 Am 18. Juli 2005 konnte der Beschwerdeführer bei der F.____ AG eine neue Stelle als Fabrikationsmitarbeiter antreten, wo er mit dem Zuschneiden von Textilien beschäftigt war (Arbeitgeberbericht vom 29. Januar 2016, IV-Nr. 36 S. 2 Ziff. 2.1 + 2.7).

3.1.3 Die 2004 eingesetzte Hemiprothese der linken Schulter wurde am 22. November 2011 in eine Totalprothese umgewandelt (IV-Nr. 76.6 S. 18 ff.).

3.1.4 Wegen einer schweren Mitralklappeninsuffizienz musste sich der Beschwerdeführer am 14. August 2014 einen Mitralklappenersatz implantieren lassen (IV-Nr. 42 S. 2).

3.1.5 Die F.____ AG löste das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer aus wirtschaftlichen Gründen per Ende Oktober 2015 auf (IV-Nr. 36 S. 2 Ziff. 2.2).

3.2 Nach der Anmeldung des Beschwerdeführers vom 20. Januar 2016 gingen bei der Beschwerdegegnerin die folgenden Unterlagen ein:

3.2.1 Dr. med. E.____, Ärztin für Allg. Innere Medizin FMH, bescheinigte in ihrem Zeugnis vom 29. Februar 2016 (IV-Nr. 44) wie folgt eine Arbeitsunfähigkeit:

Der Beschwerdeführer könne eine vorzugsweise sitzende Tätigkeit ausüben. Schwere körperliche Arbeiten kämen dauerhaft nicht in Frage. Am 22. Juni 2016 ergänzte Dr. med. E.____, vom 12. Juni bis 15. Juli 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (IV-Nr. 54 S. 1)

3.2.2 Dr. med. G.____, Leitende Ärztin Kardiologie am C.____, stellte im Bericht vom 20. April 2016 (IV-Nr. 48) im Wesentlichen folgende Diagnosen:

Die Untersuchung zeige keine Herzinsuffizienz bei normaler links- und rechtsventrikulärer Funktion sowie transthoracal guter Funktion der Mitralklappenprothese. Am Ende des Rehabilitationsprogramms im August 2015 sei eine Belastbarkeit von 80 % der Soll-Leistung erreicht worden, so dass hier kaum die Ursache für die aktuelle Atemnot liegen dürfte. Bei fehlenden Hinweisen für eine kardiale Aetiologie empfehle man eine ergänzende pneumologische Abklärung. Angesichts der sicherlich auch schwierigen Situation auf Grund der gekündigten Arbeit sowie der früheren Problematik mit psychosozialer Belastungssituation und erhöhtem Alkoholkonsum sei zudem eine psychologische Beurteilung einer allfälligen depressiven Komponente zu diskutieren. Auf Grund der Gesamtsituation bei doch eindrücklicher ungeklärter Anstrengungsatemnot bestehe aktuell keine Arbeitsfähigkeit.

3.2.3 Die Dres. H.____ sowie D.____, Oberarzt resp. Leitender Arzt Innere Medizin / Pneumologie am C.____, gelangten in ihrem Bericht vom 2. Juni 2016 (IV-Nr. 54 S. 2 ff.) folgende Diagnosen:

Lungenfunktionell finde sich eine mittelgradige Obstruktion mit einer FEV1 von 3,05 l (73 %) nebst einer zusätzlichen restriktiven Komponente bei Adipositas. Der Methacholin-Test zeige eine schwere bronchiale Hyperreagibilität mit Provokation der Dyspnoesymptomatik. Anamnestisch gebe es keine Hinweise auf eine kardiale Dekompensation. Im Bericht vom 13. Juli 2016 (IV-Nr. 58) wurde ergänzt, der Beschwerdeführer könne wieder durchschlafen, aber es bestehe weiterhin eine unspezifische Tagesmüdigkeit. Das Asthma bronchiale sei nach wie vor unkontrolliert. Bei geringen Anstrengungen komme es zu Dyspnoe und teils pfeifenden Atemgeräuschen. Lungenfunktionell sei die Obstruktion noch leichtgradig. Die FEV1 habe sich auf aktuell 3,37 Liter (82 %) gebessert.

3.2.4 Am 6. Juni 2016 trat der Beschwerdeführer bei der I.____ ein Arbeitstraining an. Der Einsatz erfolgte als Allrounder im Verkauf und im Lager (IV-Nr. 50). Das Arbeitspensum von 50 % konnte indes aus gesundheitlichen Gründen nicht gesteigert werden. Die körperliche Tätigkeit erwies sich als nicht ideal, wobei noch der lange Arbeitsweg hinzukam (IV-Nr. 60 sowie die Protokolleinträge in den IV-Akten vom 13. Juli und 30. August 2016). Das Training wurde daher am 4. September 2016 abgebrochen (Protokolleintrag von diesem Tag). Da sich der Beschwerdeführer aber trotz seiner Schmerzen und Atemprobleme sehr engagiert und motiviert gezeigt hatte, entschied sich die Beschwerdegegnerin, die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ab 31. Oktober 2016 in der Durchführungsstelle J.____, Bereich manuelle Fertigung, abzuklären (IV-Nr. 60).

3.2.5 Dr. med. G.____ führte im Bericht vom 9. Dezember 2016 (IV-Nr. 64) aus, der Verlauf habe sich deutlich verbessert und die körperliche Leistungsfähigkeit habe sich insgesamt gesteigert (s.a. die vorhergehenden Berichte vom 29. Juni und 3. August 2016, IV-Nr. 91 S. 9 ff.). Angesichts der valvulären Kardiopathie mit Status nach schwerer Mitralinsuffizienz mit mechanischer Mitralklappe, des Zwerchfellhochstands rechts und der übrigen Erkrankungen sei jedoch davon auszugehen, dass sich die aktuelle Leistungsfähigkeit nicht mehr weiter steigern lasse. Man empfehle eine Arbeitstätigkeit mit eher kurzzeitiger körperlicher Aktivität, aber nicht über Stunden, sowie eine allfällige Umschulung resp. eine andere Tätigkeit.

3.2.6 Die Dres. H.____ und D.____ erklärten im Bericht vom 12. Dezember 2016 (IV-Nr. 65), die Tagesschläfrigkeit habe sich deutlich gebessert. Das Asthma sei derzeit partiell kontrolliert. Der Beschwerdeführer beklage aber nach wie vor eine Belastungsdyspnoe mit täglich notwendiger Bedarfstherapie mit Ventolin, worauf er jeweils gut anspreche. Es finde sich eine leichtgradige, kurzfristig nicht reversible Obstruktion. Anzustreben sei eine berufliche Tätigkeit ohne grosse körperliche Belastungen in einem irritantienfreien Umfeld unter ausgeglichenen klimatischen Verhältnissen.

3.2.7 Nachdem das Aufbautraining am 27. Januar 2017 abgeschlossen worden war, berichtete die Durchführungsstelle J.____ am 6. Februar 2017 (IV-Nr. 72), der Beschwerdeführer habe verschiedene manuelle Montageaufträge ausgeführt. Es sei nicht gelungen, das Arbeitspensum auf über 50 % zu steigern. Das Arbeitstempo sei deutlich reduziert. Der Beschwerdeführer gebe an, seine Lungenfunktion sei stark beeinträchtigt. Er erbringe, gemessen an einem Vollzeitpensum, eine Leistung von 25 bis 30 % bei guter Qualität. Dies entspreche nicht den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes, sondern einem geschützten Arbeitsplatz oder einer Arbeitsumgebung mit angepassten Anforderungen.

3.3 Die Gutachterstelle K.____ erstattete der Beschwerdegegnerin am 16. Mai 2017 ein Gutachten (IV-Nr. 76.1), welches folgende Diagnosen enthielt (S. 10 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

3.3.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 76.2) erklärte der Experte Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, es stehe eine Anstrengungsdyspnoe sowie eine allgemeine Leistungsschwäche und Verlangsamung im Vordergrund (S. 8). Anamnestisch, klinisch und labortechnisch ergäben sich keine Hinweise auf gravierende Gründe für die Leistungsschwäche und Verlangsamung (wie z.B. eine Schilddrüsenfunktionsstörung). Die Beschwerden beeinflussten das Arbeitsplatzprofil, aber nicht die Arbeitsfähigkeit an sich. Wegen der Schulterproblematik kämen bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitive Überkopfarbeiten oder Arbeiten an vibrierenden Maschinen in Frage. Die bisherige Tätigkeit als Montage-Mitarbeiter mit leichteren Belastungen sei zu 100 % möglich, ebenso Verweistätigkeiten (S. 9).

3.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 76.3) gab der Experte Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an, die Schmerzen (Omarthrose), die Herzprobleme sowie das Asthma bronchiale imponierten primär somatisch. Aus psychiatrischer Sicht könnten zusätzlich die neunstündige Operation am offenen Herzen und die Scheidung mit «Kampf» um die Tochter als Stressoren aufgeführt werden.

Erschwerend komme hinzu, dass der Beschwerdeführer wenig Zugang zu seinen Gefühlen habe und diese unterordne, um gegen aussen angepasst zu sein. Zudem falle ein Zusammenhang zwischen subjektiv erlebten Stressoren (z.B. Auseinandersetzungen mit der Tochter) und ansteigender Herzfrequenz sowie Atemnot auf. Wegen der psychischen Komponente der Atemnot erfolge die Diagnose psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Die Herz- und Schmerzsymptome liessen sich in einen somatopsychischen Zusammenhang stellen, den der Beschwerdeführer jedoch in seinem Erklärungsmodell nicht berücksichtige. Die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (F45.4) werde nicht gestellt, denn das Kriterium, dass sich der Schmerz nicht durch einen physiologischen Prozess erklären lasse, treffe nicht zu. Dasselbe gelte trotz psychischer Komponente für die Diagnose der somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3), dies angesichts des Schweregrads der somatischen Diagnosen und des nicht immer offensichtlichen Zusammenhangs zum psychischen Erleben (S. 7 + 8). Die Konzentrationsstörung sowie der leicht geminderte Antrieb könnten im Rahmen einer depressiven Störung oder einer larvierten Depression gesehen werden. Von den zwei für die Diagnose erforderlichen drei Hauptsymptomen Freudverlust, depressive Stimmung und verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit liege aber nur eines vor, nämlich die Ermüdbarkeit, weshalb diese Diagnose entfalle. Bei beiden Wiedereingliederungsmassnahmen habe der Beschwerdeführer keine gesteigerte Leistungsfähigkeit gezeigt. Nach eigenem Bekunden sei die Arbeit zu schwer oder die Luft zu staubig gewesen, was vermehrt Asthma ausgelöst habe. Psychologische Faktoren, welche für die Diagnose in Frage kämen, seien die Operation am offenen Herzen, die schwierige Scheidungssituation sowie die Mühe, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Denkbar sei auch, dass es für den Beschwerdeführer schwierig sei, Grenzen zu setzen, weshalb sich stattdessen seine körperlichen Symptome meldeten. Der Beschwerdeführer habe wenig Verständnis für seine psychischen Schwierigkeiten und sei wenig introspektionsfähig. Was die Ressourcen angehe, so handle es sich um einen ruhigen, hilfsbereiten Menschen, mit guter Anpassung an Regeln und Routinen, leichter Beeinträchtigung von Planung und Strukturierung von Aufgaben, guter Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, guter Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit sowie guten familiären und intimen Beziehungen. Als tragend erlebt werde die Beziehung zur Partnerin, die Beziehung zur Tochter, die nachbarschaftlichen Kontakte sowie zwei Hunde (S. 8).

Die Arbeitsfähigkeit sei im Fachgebiet Psychiatrie nicht eingeschränkt (S. 8). Bezüglich Konzentration sei im Gespräch keine Aggravation sichtbar, bezüglich Atemlosigkeit allenfalls eine leichte (S. 9). Die Indikatorenprüfung führte zu folgendem Ergebnis:

3.3.2.1 Funktioneller Schweregrad:

3.3.2.1.1 Gesundheitsschädigung:

3.3.2.1.2 Persönlichkeit: Der Beschwerdeführer habe Mühe, schwierige Gefühle wahrzunehmen, wenig Verständnis für psychische Schwierigkeiten und eine geringe Introspektionsfähigkeit. Er sei eine sehr optimistische Person mit guter Gruppenfähigkeit und guten familiären Beziehungen (S. 10).

3.3.2.1.3 Sozialer Kontext: Der Beschwerdeführer habe eine eher niedrige Schulbildung und sei eher unterqualifiziert. Er verfüge über ein gutes soziales Umfeld, sei eingebettet in seine Partnerschaft und in der Nachbarschaft (S. 10).

3.3.2.2 Konsistenz

3.3.2.2.1 Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen: Auffallend sei, dass die Konzentration sowohl in der Arbeitsstelle wie auch zuhause eingeschränkt sei; so berichte der Beschwerdeführer, sich häufig nicht merken zu können, was seine Partnerin ihm am Telefon auftrage. Zudem sei er körperlich auch zuhause eingeschränkt, so müsse er sich nach anderthalb Stunden Haushalt jeweils hinlegen und ein Asthaspray könne seine Bronchien auch nicht öffnen. Die Einschränkung des Aktivitätenniveaus sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen sichtbar. Gleichzeitig falle aber auf, dass der Beschwerdeführer morgens Zeitungen austrage, wenn auch teilweise mit Mühe und vielen Pausen. Diese Diskrepanz von Innenräumen und Aussen könne mit der Luftqualität erklärt werden (S. 10).

3.3.2.2.2 Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck: Aus psychiatrischer Sicht berichte der Beschwerdeführer über wenig Leidensdruck, so komme es eher selten zu Konfliktsituationen, bei denen er Atemprobleme verspüre. Erwähnt werde ein eingliederungsanamnestischer Leidensdruck, indem sich der Beschwerdeführer Sorgen mache, ob er auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Stelle finden werde (S. 10).

Aus rein psychiatrischer Sicht ergebe sich keine objektivierbare Einschränkung des Belastungsprofils. Psychologische Faktoren beeinflussten teilweise die Stärke des Asthas. Möglich wäre ein Einfluss der Atemnot auf die Konzentrationsprobleme, wobei jedoch Ausmass und Häufigkeit gering seien, weshalb man nicht davon ausgehe, dass die psychischen Komponenten der Asthmaerkrankung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Wichtiger seien die Luftqualität und die anstrengende Arbeit. In der Vergangenheit sei keine Krankenschreibung aus psychiatrischer Sicht erfolgt. Die verminderte quantitative Leistungsfähigkeit und die Langsamkeit seien aus psychiatrischer Sicht teilweise nachvollziehbar, wobei somatische Probleme im Vordergrund stünden. Möglich sei eine Wechselwirkung zwischen psychologischen Faktoren wie Stress oder emotionale Belastung und dem Asthma, welches wiederum eine verminderte Leistungsfähigkeit bedeute. Bisher seien keine adaptierten Tätigkeiten ausgeübt worden. (S. 11).

3.3.3 Im kardiologischen Teilgutachten (IV-Nr. 76.4) erklärte der Experte Dr. med. L.____ der Beschwerdeführer beklage eine multifaktoriell bedingte Leistungsschwäche und Anstrengungsdyspnoe. Auf der Basis eines Mitralklappenprolapses mit (Teil-)Abriss eines oder mehrerer Sehnenfäden habe sich eine schwere Mitralinsuffizienz entwickelt. Wie lange diese gewährt habe, sei retrospektiv schwierig zu entscheiden. Ein eigentlicher Leistungsknick (als Folge einer plötzlichen hämodynamischen Verschlechterung bei Fadenabriss) sei nicht zu erfragen oder aus den Akten zu entnehmen. Demnach müsse davon ausgegangen werden, dass die schwere Mitralinsuffizienz einige Zeit präoperativ bestand habe. Die Operation habe die ungünstige hämodynamische Situation behoben. Eine Mitralklappenprothese stelle die natürlichen, optimalen Klappenverhältnisse nicht vollständig wieder her, es bleibe eine gewisse Einflussbehinderung bestehen. Diese sei beim Beschwerdeführer aber wie dokumentiert sehr gering (S. 5). Es herrsche ein normokarder Sinusrhythmus vor mit regelrechtem Frequenzanstieg unter Belastung (S. 5 f.). Die Pumpfunktion des rechten und linken Ventrikels sei gut. Dementsprechend sollte die hämodynamische Situation postoperativ deutlich besser sein als vor der Operation, und auch die körperliche Leistungsfähigkeit sollte sich vom Herzen her nach dem Eingriff wieder erholen und das präoperative Niveau klar übersteigen. Dies sei aber nach dem subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers nicht der Fall, in der

Rehabilitation habe er keine wesentlichen Fortschritte erzielt. Zumindest Letzteres widerspreche den Messdaten: Die Belastbarkeit in der Ergometrie sei von 100 Watt frühpostoperativ auf 178 Watt am 24. November 2014 gesteigert worden, was nahe der Soll-Arbeitskapazität liege. Bei guter Herz- und Klappenfunktion bestünden auch keine Hinweise auf eine Herzinsuffizienz. Die Ödemneigung müsse zu einem guten Teil als peripher bedingt interpretiert werden. Klar gegen eine Herzinsuffizienz sprächen auch die absolut normalen BNP-Werte. Die anamnestisch vorhandene arterielle Hypertonie sei gegenwärtig unter Medikation gut eingestellt. Es möge sein, dass früher eine nicht diagnostizierte und nicht behandelte Hypertonie bestanden habe, welche zur echokardiographisch nachgewiesenen, konzentrischen linksventrikulären Hypertrophie Anlass gegeben habe. Die diastolische Funktion bei LVH sei nach Mitralklappenersatz kaum zu beurteilen, indessen sei eine gewisse diastolische Dysfunktion denkbar. Diese könne sich bei höheren körperlichen Belastungen auswirken, falle aber bei üblichen alltäglichen Belastungen nicht ins Gewicht. Auch hier sprächen die normalen BNP-Werte gegen eine diastolische Herzinsuffizienz. Die Zwerchfellparese behindere die Atmung und trage zur Dyspnoe bei. Grosse Anstrengungen seien dadurch limitiert. Das zunehmende Körpergewicht sorge ebenfalls für mehr Dyspnoe bei Anstrengung, sei aber selbstverständlich nicht als Krankheitswert zu taxieren (S. 6).

Zusammenfassend stelle sich die kardiovaskuläre Situation recht erfreulich dar. Wegen des Zustandes nach Mitralklappenersatz, der hypertensiven Herzveränderung sowie des Zwerchfellhochstandes rechts seien allerdings schwere körperliche Arbeiten nicht mehr möglich, während für leichte bis gegen mittelschwere Tätigkeiten aus kardiovaskulärer Sicht keine Einschränkung bestehe. Wegen der permanenten Antikoagulation seien Arbeiten mit hohem Verletzungspotenzial auszuschliessen (S. 6). Die letzte bisherige Tätigkeit als Folienzuschneider bei der F. ___ AG sei als leicht bis mittelschwer einzustufen und damit möglich, während die Arbeit als Dachdecker und Hilfszimmermann nicht mehr zumutbar sei. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit betrage 100 %. Entgegen der Auffassung von Dr. med. G. ___ sehe man die Einschränkung des Beschwerdeführers nur als gering und nicht als «mässig» an. Bei der gemessenen Körpergrösse von 189 cm reduziere sich die Soll-Arbeitskapazität des Beschwerdeführers nach der Tabelle von Bühlmann auf rund 190 Watt. Da in den Ergometrien vom 24. November 2014 und 6. Dezember 2016 178 resp. 185 Watt erreicht worden seien, dürfe die körperliche Leistungsfähigkeit als bloss gering reduziert taxiert werden (S. 7).

Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit in der früheren Tätigkeit als Hilfszimmermann und Dachdecker seit der Herzoperation im August 2014 aufgehoben. Die körperlich leichtere Tätigkeit bei der F. ___ AG wäre nach Abschluss der postoperativen kardialen Rehabilitation spätestens ab Januar 2015 wieder möglich gewesen. Dies gelte auch für eine andere leidensadaptierte Arbeit (S. 7).

Die kardiovaskuläre Situation sei derzeit auf einem relativ guten Niveau stabil. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit in den Ergometrien sei wahrscheinlich nicht zu erreichen, die Leistung sollte aber mittels eines regelmässigen Bewegungsprogramms ausgeschöpft werden, damit es nicht zu einem fortschreitenden Detraining komme (S. 7).

3.3.4 Im pneumologischen Teilgutachten (IV-Nr. 76.5) führte der Experte Dr. med. N. ____, Facharzt für Pneumologie, aus, vor dem Hintergrund der Dyspnoe II bis III und einigen Exazerbationen in der Vergangenheit sei eine mittelschwere COPD in Kombination mit einem Asthma bronchiale zu diagnostizieren. Verantwortlich dafür sei neben dem

langjährigen Asthma das anhaltende Zigarettenrauchen, möglicherweise auch unspezifische Berufsemissionen in den früheren Tätigkeiten als Dachdecker, Zimmermann und in der F. ___ AG (Spanndeckenproduktion). Falls es dem Beschwerdeführer nicht gelinge, mit dem Rauchen aufzuhören, müsse von einer Progredienz dieser COPD ausgegangen werden. Das funktionelle Defizit sei mittelschwer. Mit diesen Ventilationsreserven seien schwere körperliche Arbeit nicht mehr zumutbar (S. 5). Die leichte obstruktive Schlafapnoe sei sowohl subjektiv als auch objektiv optimal behandelt. Sie falle derzeit ■ ebenso wie die mutmasslich asbestinduzierten Pleuraplaques ■ weder klinisch noch versicherungstechnisch ins Gewicht. Für körperlich leichte, intermittierend mittelschwere Arbeiten unter lufthygienisch akzeptablen Bedingungen sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit aufgehoben, dies unter der Voraussetzung, dass die letzte Tätigkeit bei der F. ___ AG kompatibel mit dem oben formulierten Belastungsprofil sei. Als Dachdecker sei der Beschwerdeführer wegen der möglicherweise emittierten Schadstoffe (Staub, Asbest etc.) arbeitsunfähig. Was den retrospektiven Verlauf angehe, so sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus pneumologischer / schlafmedizinischer Sicht nie aufgehoben gewesen. Die angestammte Tätigkeit gelte als adaptiert (S. 6). Für Aggravation etc. gebe es keine Hinweise. Die recht schwere beklagte und vom Experten beobachtete Dyspnoe sei aber durch den pulmonalen Befund allein nicht hinreichend zu erklären. Kontributierende Dyspnoefaktoren dürften das Übergewicht, eine Dekonditionierung und möglicherweise eine kardiale Komponente sein. Eingliederungsmassnahmen seien im Rahmen des definierten Belastungsprofils zumutbar, aber wegen mangelnder Fitness abgebrochen worden.

3.3.5 In der Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, die Diagnosen und Leiden würden einzeln genommen jeweils nur eine geringe Einschränkung der Leistungsfähigkeit um einige Prozent bewirken. Polydisziplinär müsse jedoch eingeräumt werden, dass sich der Einfluss der Diagnosen auf die Belastbarkeit summiere. Der Status nach Mitralklappenersatz, die hypertensive Herzveränderung, der Zwerchfellhochstand rechts, die mittelschwere COPD in Kombination mit dem Asthma bronchiale sowie die psychologischen Faktoren führten zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der Grössenordnung von 20 %. Diese Einschränkung beziehe sich vorwiegend auf das Arbeitstempo und den erhöhten Pausenbedarf, weniger auf die Gesamtarbeitszeit. Dazu komme die Behinderung durch die Schultergelenkbeschwerden, welche sich aber vornehmlich auf das Arbeitsplatzprofil auswirke. Die Arbeitsfähigkeit in den früheren Tätigkeiten als Dachdecker und / oder Zimmermann sei seit August 2014 aufgehoben. Geeignet seien seit Januar 2015 wechselbelastende körperliche Tätigkeiten leichten, intermittierend bis gegen mittelschweren Grades unter lufthygienisch akzeptablen Bedingungen (ohne emittierte Schadstoffe wie Staub oder Asbest). Ausgeschlossen seien Arbeiten mit hohem Verletzungspotenzial, repetitive Überkopfarbeiten oder Arbeiten an vibrierenden Maschinen (IV-Nr. 76.1 S. 13 + 14). Aus rein psychiatrischer Sicht ergebe sich zwar keine zwingende objektivierbare Einschränkung des Belastungsprofils, indessen erscheine es in Anbetracht des subjektiven Erlebens des Beschwerdeführers, aktuell wegen seiner Langsamkeit nicht in der Lage zu sein, komplexe Aufgaben quantitativ gut durchzuführen, doch sinnvoll, auf eine Tätigkeit mit einem wohlwollenden, eher leisen Umfeld zu tendieren. Die bisherige Tätigkeit als Montage-Mitarbeiter mit leichteren Belastungen sei zu 80 % möglich (unter der Voraussetzung, dass die angestammte letzte Tätigkeit bei der F. ___ AG als Folienzuschneider tatsächlich mit dem oben formulierten

Belastungsprofil kompatibel sei), ebenso angepasste Verweistätigkeiten (S. 14).

E. 3.4

3.4.1 Dr. med. E. ___ äusserte sich am 30. Mai 2017 wie folgt zum Gutachten (IV-Nr. 79): Entgegen der Anamnese im pneumologischen Teilgutachten rauche der Beschwerdeführer seit 2012 nicht mehr. Ein Pneumologe beurteile einen rauchenden Patienten oft etwas anders als einen Nichtraucher. Es werde nirgends erwähnt, dass der Beschwerdeführer zur Entlastung für sechs bis sieben Stunden pro Woche eine Haushaltshilfe brauche. Ausserdem werde der Haushalt nicht von ihm alleine, sondern grossteils mit resp. durch seine Partnerin erledigt. Was die fehlende Steigerung in der J. ___ betreffe, so gebe der Beschwerdeführer an, die Luft sei dort sehr heiss und wegen verschiedener «Dämpfe» von Lösungsmitteln schlecht gewesen, weshalb er Mühe mit dem Atmen gehabt habe. Das grosse Schlaf- und Ausruhedürfnis des Beschwerdeführers sei glaubhaft, obwohl sie dafür keine definitive Erklärung habe. Angesichts der ausgeprägten Leistungseinschränkung könne sie sich nicht vorstellen, dass der Beschwerdeführer 80 % arbeite. Die Leistung sei ja auch unter den günstigen Bedingungen der J. ___ eingeschränkt gewesen. Ein Arbeitspensum von 50 % mit den im Gutachten erwähnten positiven Umständen könnte sie sich hingegen gut vorstellen.

3.4.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. O. ___, Fachärztin für Allg. Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. Juni 2017 fest (IV-Nr. 83 S. 2 ff.), das K. ___-Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Konsensbeurteilung könne übernommen werden. Die letzte, wohl körperlich nicht so belastende Tätigkeit bei der F. ___ AG sei im Rahmen der bisherigen körperlichen Belastung weiterhin möglich. Ab Anfang 2015 sei von einer stabilen kardialen Situation auszugehen.

3.4.3 Dr. med. D. ___ hielt im Bericht vom 15. Dezember 2017 (IV-Nr. 94 S. 2 ff.) fest, am 13. Dezember 2017 sei eine Fahrradspiroergometrie mit leicht-mittelschwer eingeschränkter Leistungsfähigkeit erfolgt (s. IV-Nr. 94 S. 6). Es habe jedoch klare Hinweise auf eine suboptimale Kooperation gegeben. Die Interpretation der Untersuchung sei limitiert, weil der Beschwerdeführer bei weitem nicht an seine Grenzen gegangen sei und die Untersuchung wegen Atemnot beendet habe. Die unter Belastung dokumentierte Hyperventilation möge zusätzlich limitierend gewirkt haben. Die beklagte Anstrengungsdyspnoe lasse sich mit der vorliegenden, mittelschweren, gegenüber 2016 verstärkten Bronchialobstruktion erklären. Eine ganztägige Arbeit dürfe nicht mehr als 40 % der maximalen Sauerstoffaufnahme benötigen, was im vorliegenden Fall 4 ml/kg/min wäre. Damit sei für eine ganztägige Tätigkeit nur noch eine sitzende Arbeit möglich, alle stehenden Tätigkeiten kämen mit dieser Limitierung nicht mehr in Frage. Auf Grund der aktuellen Bodyplethysmographie würde die medizinisch theoretische Ateminvalidität gut 40 % betragen, auf Grund der anzunehmenden bestmöglichen Bodyplethysmographie von 2016 hingegen würde bei einer lediglich leichten Obstruktion keine Ateminvalidität bestehen. Ob man die funktionellen Werte von 2016 nochmals erreichen könne, lasse sich natürlich nicht abschliessend beurteilen.

3.4.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. P. ___, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 3. April 2018 (IV-Nr. 96 S. 2 f.) dafür, die Interpretation der Fahrradspiroergometrie sei wegen der suboptimalen Kooperation nur eingeschränkt möglich. Folgende Punkte müssten für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Gesamtkontext herangezogen werden: Die kardiale Situation sei stabil bei guter

Klappenfunktion und guter systolischer Globalfunktion des linken Ventrikels. Somit müsste rein von kardialer Seite her die Belastbarkeit für leichte bis intermittierend mittelschwere körperliche Tätigkeiten uneingeschränkt sein. Zusätzlich bestehe eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit auch restriktiven Anteilen, die in der aktuellen Bodyplethysmographie vom Dezember 2017 etwas stärker ausgeprägt sei als in den Voruntersuchungen von 2016. Durch den postoperativen Zwerchfellhochstand werde auch die Atmung behindert, was zur Dyspnoe beitrage und die Leistung für grössere Anstrengungen limitiere. In einer überwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe eine ganztägige Leistungsfähigkeit. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit sei aktuell mindestens die tatsächliche Leistung von 40 % (Zeitungsvertrieb mit dem Velo) mit weiterer Verbesserungsmöglichkeit Training und Gewichtsabnahme möglich.

Am 24. April 2018 ergänzte Dr. med. P.____ (IV-Nr. 97), die Einschränkung von 20 % in einer angepassten Tätigkeit beziehe sich gemäss RAD-Stellungnahme vom 27. Juni 2017 auf eine leichte, intermittierend gegen mittelschwere Tätigkeit unter lufthygienisch akzeptablen Bedingungen sowie ohne repetitive Überkopfarbeiten oder Arbeiten an vibrierenden Maschinen. Für eine rein sitzende Tätigkeit bestehe keine medizinisch begründbare Einschränkung.

3.5 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer die folgenden Arztberichte ein:

3.5.1 In den Berichten des C.____ vom 29. Oktober und 13. November 2018 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 4 f.) wurde eine Coxarthrose links mit / bei Mischimpingementsituation diagnostiziert.

3.5.2 Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 29. Januar 2019 (BB-Nr. 6) ein mittelschweres sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts.

3.5.3 Dr. med. E.____ erklärte im Bericht vom 8. März 2019 (BB-Nr. 7), der Beschwerdeführer habe ihr gegenüber erstmals am 27. November 2017 linksseitige Hüftschmerzen erwähnt, unter denen er seit Monaten leide. Am 13. Dezember 2017 sei eine Röntgenaufnahme angefertigt worden (s. BB-Nr. 8). Sodann habe Dr. med. R.____, Chefarzt an der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am C.____, den Beschwerdeführer am 11. April 2018 untersucht und von möglichen coxogenen Schmerzen bei femoroacetabulärem Impingement der linken Hüfte gesprochen (BB-Nr. 9).

3.5.4 Dr. med. R.____ hielt im Bericht vom 7. März 2019 (BB-Nr. 10) fest, wegen der Coxarthrose sei eine Totalendoprothese geplant. Dieser Eingriff erfolgte am 11. April 2019. Gemäss Bericht vom 30. April [recte wohl: Mai] 2019 kam es in der Folge nicht nur zu einem Frühinfekt bei ausgeprägtem postoperativem Hämatom, sondern am 19. Mai 2019 zu einem ischämischen Hirninfarkt occipital links (BB-Nr. 11, s.a. BB-Nr. 12 f.).

3.5.5 Gemäss Bericht des C.____ vom 9. September 2019 (BB-Nr. 18) hatte sich der Beschwerdeführer eine infektiöse Kunstklappenendokarditis zugezogen, weshalb die Klappe am 13. Juni 2019 ersetzt wurde. Der Hirninfarkt sei eindeutig kardioembolisch bedingt im Rahmen der Endokarditis.

3.5.6 Dr. med. E.____ erklärte am 24. Juli 2019 (BB-Nr. 17), die Infektion sei von der Hüftprothese ausgegangen. Der Beschwerdeführer leide nach dem Eingriff vom 13. Juni 2019 immer noch unter deutlichen Schmerzen bei gewissen Bewegungen. Wegen der

Blutarmut und der Dekonditionierung durch den längeren Spitalaufenthalt sei die körperliche Leistungsfähigkeit sehr stark eingeschränkt, was sich nach der Therapie und dem Ausheilen der akuten Beschwerden bessern werde.

3.6 Dem Gerichtsgutachten der Gutachterstelle B.____ vom 22. Januar 2020 (A.S. 101 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 109 ff.):

Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

3.6.1 Der Experte Dr. med. S.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin, hielt im internistischen Teilgutachten (A.S. 132 ff.) fest, von seinem Fachgebiet aus habe sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten (leicht bis mittelschweren) Tätigkeit nie eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer könne

E. 3.7

3.7.1 Es besteht keinerlei Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens zu zweifeln, denn dieses entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung. Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen Disziplinen, welche kompetent sind, die vorliegenden Gesundheitsschäden zu beurteilen. Die Experten befragten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte (A.S. 132 - 135 / 139 - 141 / 153 f. / 161 - 164 / 171 - 173 / 180 f.), erhoben die objektiven Befunde (A.S. 135 / 141 - 143 / 155 f. / 165 / 173 / 181 f.) und nahmen die Vorakten zur Kenntnis (A.S. 106 - 108 / 117 - 130 / 152 f.). Auf dieser Grundlage gaben die Experten eine Beurteilung ab, wobei sie die Gründe für ihre Schlussfolgerungen nannten und auf frühere Arztberichte eingingen (A.S. 109 - 114 / 135 - 138 / 144 - 151 / 156 - 159 / 165 - 170 / 174 - 179 / 182 - 188).

3.7.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, es müsse ein neues Gerichtsgutachten eingeholt werden, da das vorliegende nicht sämtliche Fragen beantwortete. Damit dringt er aber nicht durch:

3.7.2.1 Der Beschwerdeführer hält einerseits dafür, im Hinblick auf die Gesichtsfeldeinschränkung fehle es an einer ophthalmologischen Begutachtung. Dem ist zu entgegnen, dass diese Einschränkung erst nach dem Hirninfarkt vom 19. Mai 2019 auftrat (s. E. II. 3.6.3 + 3.6.4 hiervor), also (mangels Ausdehnung des Verfahrens) erst nach dem hier zu beurteilenden Zeitraum (E. II. 1.2 hiervor). Zusätzliche Abklärungen erübrigen sich damit.

3.7.2.2 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, es bleibe unklar, warum für die Zeit vor April 2019 eine höhere Arbeitsunfähigkeit verneint werde. Er übersieht dabei, dass verschiedene der Diagnosen im Gerichtsgutachten erst nach dem Stichtag des 11. Juni 2018 aufgetreten sind resp. die Leistungsfähigkeit (allenfalls) beeinflusst haben. Dies betrifft die Coxarthrose mit Prothesenversorgung (die sich ab Sommer 2018 bemerkbar machte, zunächst aber nicht behandelt wurde, E. II. 3.6.2 hiervor), den Hirninfarkt mit anschliessender Gesichtsfeldeinschränkung sowie die Kunstklappenendokarditis (beides im Mai 2019). Diese Leiden müssen im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt bleiben. Bereits vor der angefochtenen Verfügung bestanden die folgenden Diagnosen, wie auch aus dem K.____-Gutachten vom 16. Mai 2017 hervorgeht:

Das Gerichtsgutachten geht auch auf die Feststellung im K.____-Gutachten ein, wonach die geringen Einschränkungen in den einzelnen Disziplinen einen additiven Effekt haben und zu einer Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 20 % führen. Die B.____-Experten erachten dies als «teilweise nachvollziehbar» und halten fest, eine höhere Einschränkung lasse sich retrospektiv nicht begründen. Dabei kann offen bleiben, wie die Formulierung «teilweise nachvollziehbar» genau zu verstehen ist. Entscheidend ist die klare Aussage im B.____-Gutachten, rückwirkend betrachtet habe auf jeden Fall keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % vorgelegen, wie sie im K.____-Gutachten festgesetzt worden sei. Somit ist davon auszugehen, dass bis zur angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % bestand. Dies weicht zwar von der angefochtenen Verfügung ab, begründet aber im Ergebnis gleichwohl keinen Leistungsanspruch (s. E. II. 4.3.3 + 5 hiernach).

3.7.3 Der Beschwerdeführer beruft sich zu Recht nicht auf die Berichte der behandelnden Ärzte, denn daraus ergibt sich nichts zu seinen Gunsten. Die fraglichen Berichte (E. II. 3.2.1 - 3.2.3 / 3.2.5 f. / 3.4.1 hiervor) enthalten keine Gesichtspunkte, welche im Gerichtsgutachten übersehen wurden.

Aus den durchgeführten Eingliederungsmassnahmen (E. II. 3.2.4 + 3.2.7 hiervor), bei denen es nicht gelang, die Leistung zu steigern, kann der Beschwerdeführer ebenfalls nichts für sich ableiten. Beide Arbeitsplätze waren nämlich seinem Leiden nicht angepasst, indem die körperliche Belastung zu schwer resp. die Luftqualität zu schlecht war (E. II. 3.2.4 + 3.4.1 hiervor). Der im Rahmen einer medizinisch unzumutbaren Arbeit erbrachten Leistung fehlt von vornherein jegliche Aussagekraft für die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_584/2015 vom 15. April 2016 E. 5.1).

3.7.4 Der psychiatrische Gerichtsexperte nahm keine ausführliche Prüfung der einschlägigen Indikatoren vor (s. dazu E. II. 2.2 hiervor). Eine solche Prüfung erübrigte sich jedoch, da der Experte eine Arbeitsunfähigkeit mit überzeugender Begründung verneinte (Urteil des Bundesgerichts 8C_52/2020 vom 22. April 2020 E. 4.2).

3.8 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f.). Massgeblich ist mit anderen Worten ein von den konjunkturellen Verhältnissen abstrahierter Arbeitsmarkt, der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich leichter und intellektuell weniger anspruchsvoller Arbeitsplätze bereithält (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Es darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_910/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2.1); der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst indes auch sog. Nischenarbeitsplätze, 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). Da es sich beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt um eine theoretische Grösse handelt, kann eine Unverwertbarkeit der verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht leichthin angenommen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Ob es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden, ist unerheblich (Urteil des Bundesgerichts 8C_442/2019 vom 20. Juli 2019 E. 4.2).

Der Beschwerdeführer war 52 Jahre und sieben Monate alt, als am 22. Januar 2020 das Gerichtsgutachten erging, welches seine Arbeitsfähigkeit abschliessend klärte. Er hatte also im massgeblichen Zeitpunkt (s. dazu BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16) noch eine Aktivitätsdauer von rund zwölf Jahren vor sich und kann nicht behaupten, sein fortgeschrittenes Alter stehe einer Erwerbstätigkeit entgegen. Auch der Hinweis auf die eigene Erwerbsbiographie geht fehl. Der Beschwerdeführer gehört nicht zu den Arbeitnehmern, die während Jahrzehnten im gleichen Betrieb tätig waren (wie etwa im Bundesgerichtsurteil 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1, wo der Versicherte 25 Jahre im gleichen Hotel als Portier beschäftigt war). Er arbeitete nämlich nicht nur bei verschiedenen Firmen im Baugewerbe als Hilfszimmermann und -dachdecker, sondern war anschliessend in der Lage, eine Arbeit in der Fabrikation aufzunehmen, was eine gewisse Flexibilität voraussetzt; dies zeigte im Übrigen auch der Einsatz in der J.____, wo der Beschwerdeführer in der manuellen Fertigung eingesetzt wurde und eine qualitativ gute Leistung erbrachte (E. II. 3.2.7 hiervor). Richtig ist, dass für den Beschwerdeführer auf Grund seines Zumutbarkeitsprofils nicht jede Arbeit in Frage kommt. Gemäss Beweisergebnis sind ihm bis zum Stichtag des 11. Juni 2018 sitzende Beschäftigungen unter lufthygienisch guten Bedingungen ganztägig mit einer Leistung von 90 % möglich, dies ohne Verrichtungen oberhalb der Horizontalen und hinter der Körperebene, ohne Einwirkung von Vibrationen auf die linke Schulter sowie ohne Kälte-, Nässe- und Staubexposition. Dieses Anforderungsprofil ist keineswegs derart restriktiv, dass es von vornherein ausgeschlossen wäre, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine zumutbare Arbeit zu finden, zumal wenn man auch Nischenarbeitsplätze berücksichtigt. So bietet der ausgeglichene Arbeitsmarkt etwa einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten oder Sortierarbeiten an, die mit keinerlei körperlicher Anstrengung verbunden sind und sitzend ausgeführt werden können (Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 3.3 und 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2 in fine). Männliche Hilfsarbeiter und gelernte Arbeiter, die ihre angestammte manuelle Tätigkeit behinderungsbedingt nicht mehr ausüben können, sind nicht auf Handlanger- und andere körperliche Tätigkeiten beschränkt, sondern kommen auch für Bedienungs- und Überwachungsfunktionen in Frage, denen im industriellen und gewerblichen Bereich eine wachsende Bedeutung zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_494/2018 vom 6. Juni 2019 E. 4.5 [in BGE 145 V 209 nicht publiziert]).

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich verwerten und ein Einkommen erzielen könnte.

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 2016 (s. E. II. 2.1 hiervor). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

4.2 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59;

Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Im vorliegenden Fall wurde der Beschwerdeführer von seinem letzten Arbeitgeber, der F.____ AG, aus wirtschaftlichen Gründen entlassen, hätte diese Stelle also auch verloren, wenn ab 2014 kein Herz- und Lungenleiden aufgetreten wäre. Auf das dortige Einkommen kann daher schon aus diesem Grund nicht abgestellt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 6.2.2). Die vorhergehende Arbeit als Hilfsdachdecker bis 2004 hingegen konnte der Beschwerdeführer wegen seiner Schulterarthrose nicht länger ausüben (E. II. 3.6.2 hiervor; s.a. IV-Nr. 11 S. 1), weshalb er in die Fabrikation wechselte. Da er nach seiner Anlehre rund 18 Jahre bei drei verschiedenen Firmen als Hilfszimmermann resp. Hilfsdachdecker tätig gewesen war (E. II. 3.1.1 hiervor), ist davon auszugehen, dass er ohne Schulterbeschwerden in der Baubranche geblieben wäre, wenn auch nicht unbedingt beim gleichen Arbeitgeber. Vor diesem Hintergrund sind die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) für das Baugewerbe heranzuziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2019 vom 6. März 2020 E. 3.2), worin auch die Parteien grundsätzlich übereinstimmen (A.S. 2 + 31 Ziff. 16). Anwendbar sind die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2018 aktuellsten publizierten Zahlen (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2019 vom 27. November 2019 E. 6.2.1), d.h. die LSE 2014, da die massgebliche Tabelle der LSE 2016 erst am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurde (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2019 vom 6. März 2020 E. 3.2). Ein Arbeitnehmer verdiente 2014 im Segment Baugewerbe, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur), im Medianwert CHF 5'507.00 pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziffer 41 - 43, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12488207.html>, alle Websites aufgerufen am 29. Mai 2020). Das höhere Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie das Bedienen von Maschinen etc.) kommt nicht in Frage: Da der Beschwerdeführer eine zweijährige Anlehre als Holzarbeiter absolviert hat (s. E. II. 3.1.1 hiervor) und keine dreijährige Lehre als Zimmermann oder Dachdecker mit Eidg. Fähigkeitszeugnis, ist er als Hilfsarbeiter einzustufen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_668/2019 vom 3. März 2020 E. 5.2). Da der Lohn gemäss LSE auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden beruht, ist er auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche im Jahr 2014 im Baugewerbe 41,5 Stunden betrug (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» / Ziff. 41 - 43, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12707423.html>). Passt man zudem das Einkommen an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer bis 2016 an (Tabelle T1.1.10 / Ziff. 41 - 43, 2014: 102,8 Indexpunkte / 2016: 102,9; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html>), dann ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 68'629.00. Dieser Betrag ist sogar höher, als wenn man das vom Beschwerdeführer 2004 als Hilfsdachdecker zuletzt erzielte Einkommen von 13 x CHF 4'313.00 (IV-Nr. 11 S. 2) der Lohnentwicklung anpasst, was zu einem Valideneinkommen von nur CHF 62'814.00 führen würde.

4.3.1 Der Beschwerdeführer ging bis zur angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr nach. Deshalb ist für das Invalideneinkommen ebenfalls die LSE 2014 heranzuziehen (s. BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f. sowie E. II. 4.2 hiervor). Abzustellen ist auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, bezogen auf den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1): 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. Dieser Durchschnittslohn ist von der standardisierten wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen, welche im Jahr 2014 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,7 Stunden betrug. Passt man das Einkommen zudem an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer bis 2016 an (Tabelle T1.1.10 / Total, 2014: 103,2 Indexpunkte / 2016: 104,1), so resultiert daraus, bei einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer Verweistätigkeit (s. E. II. 3.7.2 in fine hiervor), ein Tabellenlohn von CHF 53'626.00.

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). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen (a.a.O. E. 5b/bb + cc S. 80).

Der Beschwerdeführer hält dafür, insgesamt rechtfertige sich ein Abzug von 15 resp. 20 % (A.S. 31 + 219). Er begründet dies einerseits damit, dass er durch das Zumutbarkeitsprofil zusätzlich zum reduzierten Rendement eingeschränkt sei. Dem ist zu entgegnen, dass der Beschwerdeführer zwar gesundheitlich bedingt nicht mehr sämtliche Arbeiten auf dem in Frage kommenden Arbeitsmarktsegment ausführen kann. Die Möglichkeit, dass er den Zentralwert innerhalb seines Kompetenzniveaus nicht erreicht, führt nicht zwingend zu einem Abzug, da jeder Anwendung statistischer Werte die Abstrahierung, d.h. die Ausblendung der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles, immanent ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.3). Die Beschränkung auf sitzende Arbeiten unter guter Lufthygiene und guten klimatischen Bedingungen, ohne Verletzungsgefahr sowie ohne Verrichtungen über Kopf, hinter der Körperebene und an vibrierenden Maschinen, lässt noch ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten offen. Vor diesem Hintergrund können unter dem Titel leidensbedingter Abzug nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (a.a.O., E. 3.4.2). Dies ist hier nicht der Fall. Man kann nicht sagen, die funktionellen Einschränkungen seien ihrer besonderen Natur nach nicht mehr ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben (s. dazu Urteil des

Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2).

Der Beschwerdeführer beruft sich andererseits auf sein Alter. Er übersieht dabei, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter auf Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 nicht zwingend lohnsenkend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C_284/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2.3). Es finden sich keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer in seiner Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit beeinträchtigt wäre. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten kann und bezüglich einer Verweistätigkeit über kein Erfahrungswissen verfügt, kommt im Kompetenzniveau 1 keine relevante Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_378/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 6.2.3 in fine).

4.3.3 Zusammenfassend besteht kein Anlass für einen Abzug, womit sich das anrechenbare Invalideneinkommen auf CHF 53'626.00 beläuft. Gemessen am Valideneinkommen von CHF 68'629.00 ergibt sich so ein Invaliditätsgrad von 21,86 %, der keinen Anspruch auf eine Rente vermittelt.

5. Der Beschwerdeführer begehrt berufliche Massnahmen, aber ohne auszuführen, um welche es sich dabei handeln soll. Die angefochtene Verfügung prüfte diesbezüglich Umschulung (Art. 17 Abs. 1 IVG) und Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG), wobei sie einen Anspruch auf beides im Ergebnis zu Recht verneinte:

Arbeitsvermittlung im Sinne einer aktiven Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes setzt voraus, dass die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft z. B. zu, wenn wegen Stummheit kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person (z.B. weil diese an einer Sehbehinderung leidet) erläutert werden müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2). An solchen spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art fehlt es hier; die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse (vgl. a.a.O., E. 3.3).

Was die Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit angeht, so ist einerseits darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer Hilfsarbeiter war. Eine Umschulung scheidet deshalb am Grundsatz, dass die neue Tätigkeit der früher ausgeübten annähernd gleichwertig sein muss, was sich auf die nach erfolgter Eingliederung zu erwartende Verdienstmöglichkeit bezieht (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2017 vom

E. 4

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer ging bis zur angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr nach. Deshalb ist für das Invalideneinkommen ebenfalls die LSE 2014 heranzuziehen (s. BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f. sowie E. II. 4.2 hiervor). Abzustellen ist auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, bezogen auf den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1): 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. Dieser Durchschnittslohn ist von der standardisierten wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen, welche im Jahr 2014 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,7 Stunden betrug. Passt man das Einkommen zudem an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer bis 2016 an (Tabelle T1.1.10 / Total, 2014: 103,2 Indexpunkte / 2016: 104,1), so resultiert daraus, bei einer Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer Verweistätigkeit (s. E. II. 3.7.2 in fine hiervor), ein Tabellenlohn von CHF 53'626.00. 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). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen (a.a.O. E. 5b/bb + cc S. 80). Der Beschwerdeführer hält dafür, insgesamt rechtfertige sich ein Abzug von 15 resp. 20 % (A.S. 31 + 219). Er begründet dies einerseits damit, dass er durch das Zumutbarkeitsprofil zusätzlich zum reduzierten Rendement eingeschränkt sei. Dem ist zu entgegnen, dass der Beschwerdeführer zwar gesundheitlich bedingt nicht mehr sämtliche Arbeiten auf dem in Frage kommenden Arbeitsmarktsegment ausführen kann. Die Möglichkeit, dass er den Zentralwert innerhalb seines Kompetenzniveaus nicht erreicht, führt nicht zwingend zu einem Abzug, da jeder Anwendung statistischer Werte die Abstrahierung, d.h. die Ausblendung der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles, immanent ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.3). Die Beschränkung auf sitzende Arbeiten unter guter Lufthygiene und guten klimatischen Bedingungen, ohne Verletzungsgefahr sowie ohne Verrichtungen über Kopf, hinter der Körperebene und an vibrierenden Maschinen, lässt noch ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten offen. Vor diesem Hintergrund können unter dem Titel leidensbedingter Abzug nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (a.a.O., E. 3.4.2). Dies ist hier nicht der Fall. Man kann nicht sagen, die funktionellen Einschränkungen seien ihrer besonderen Natur nach nicht mehr ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2). Der Beschwerdeführer beruft sich andererseits auf sein Alter. Er übersieht dabei, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter auf Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 nicht zwingend lohnsenkend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C_284/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2.3). Es finden sich keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer in seiner Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit beeinträchtigt wäre. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten kann und bezüglich einer Verweistätigkeit über kein Erfahrungswissen verfügt, kommt im Kompetenzniveau 1 keine relevante

Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_378/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 6.2.3 in fine). 4.3.3 Zusammenfassend besteht kein Anlass für einen Abzug, womit sich das anrechenbare Invalideneinkommen auf CHF 53'626.00 beläuft. Gemessen am Valideneinkommen von CHF 68'629.00 ergibt sich so ein Invaliditätsgrad von 21,86 %, der keinen Anspruch auf eine Rente vermittelt. 5. Der Beschwerdeführer begehrt berufliche Massnahmen, aber ohne auszuführen, um welche es sich dabei handeln soll. Die angefochtene Verfügung prüfte diesbezüglich Umschulung (Art. 17 Abs. 1 IVG) und Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG), wobei sie einen Anspruch auf beides im Ergebnis zu Recht verneinte: Arbeitsvermittlung im Sinne einer aktiven Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes setzt voraus, dass die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft z. B. zu, wenn wegen Stummheit kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person (z.B. weil diese an einer Sehbehinderung leidet) erläutert werden müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2). An solchen spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art fehlt es hier; die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse (vgl. a.a.O., E. 3.3). Was die Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit angeht, so ist einerseits darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer Hilfsarbeiter war. Eine Umschulung scheidet deshalb am Grundsatz, dass die neue Tätigkeit der früher ausgeübten annähernd gleichwertig sein muss, was sich auf die nach erfolgter Eingliederung zu erwartende Verdienstmöglichkeit bezieht (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2017 vom 11. Januar 2018 E. 3). Andererseits setzt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen die subjektive Eingliederungsfähigkeit im Sinne eines Eingliederungswillens voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2018 vom 21. August 2018 E. 6.4). Im vorliegenden Fall sieht sich der Beschwerdeführer gemäss B.____-Gutachten als vollständig arbeitsunfähig an (A.S. 109). Dies wird dadurch bestätigt, dass er in der Zeit zwischen der Abklärung bei der J.____ und der angefochtenen Verfügung keiner Arbeit nachging, obwohl er laut Gerichtsgutachten zu 80 % arbeitsfähig gewesen wäre. Hinzu kommt, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der Fahrradspiroergometrie vom 13. Dezember 2017 unkooperativ zeigte, indem er keine volle Leistung erbrachte (E. II. 3.4.3 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. 6. 6.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). 6.2 Da der Beschwerdeführer unterlegen ist, entschädigt der Kanton seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 24. März 2020 (A.S. 220 ff.) weist einen Zeitaufwand von 28,91 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen: · Der Vertreter des Beschwerdeführers befasste sich in seinen Eingaben vom 3. Juni und 1. Juli 2019 (A.S. 69 ff. / 79 ff.) überwiegend mit der fehlenden Ergebnisoffenheit der Gutachterstelle B.____,

welche sich aus den früheren Begutachtungsergebnissen ableiten lasse. Das Gericht hat diese Auffassung jedoch in den Verfügungen vom 12. Juni und 5. Juli 2019 verworfen (A.S. 74 f. / 84 f.). Der Aufwand für diese beiden Eingaben von insgesamt 2,5 Stunden ist daher um 1,5 Stunden zu kürzen. · In der Kostennote ist reiner Kanzleiaufwand enthalten, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dies betrifft die Klientenbriefe («Brief an Klient»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist (22 x 0,17 = 3,74 Stunden), die analogen Schreiben an die Y.____, Dr. med. E.____ und die Z.____ (insgesamt 10 x 0,17 = 1,7 Stunden) sowie die Fristerstreckungsgesuche vom 30. April und 20. Mai 2019 (A.S. 63 + 67), die keine spezielle Begründung enthalten (2 x 0,33 Stunden). · Zu streichen ist der Aufwand für die Schreiben an die AA.____ vom 4. Oktober 2018 und 20. November 2019 (0,25 + 0,33 Stunden), da sich diese nicht in den Akten befinden und der Zusammenhang mit dem Beschwerdeverfahren nicht nachprüfbar ist. Anrechenbar ist folglich ein Aufwand von insgesamt 20,73 Stunden. Was die Auslagen über insgesamt CHF 692.55 betrifft, so sind die 570 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 407.55. Die armenrechtliche Entschädigung beläuft sich folglich, mit dem massgeblichen Stundenansatz von CHF 180.00, den Auslagen und CHF 318.70 Mehrwertsteuer (7,7 % seit 1. Januar 2018) auf CHF 4'457.65. Nach Abzug der am 5. Mai 2020 verfügten Akontozahlung über CHF 3'735.70 (s. E. I. 2.8 hiervor) verbleibt ein Betrag von CHF 721.95, der durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn ausbezahlt ist. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 1'562.85 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 6'020.50), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier, gestützt auf die Honorarvereinbarung mit dem Beschwerdeführer vom 14. September 2017 (A.S. 227), von einem Stundenansatz von CHF 250.00 auszugehen ist.

7.1 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 ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

7.2 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). Das K.____-Gutachten, welches der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag, erlaubte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dieses Gutachten war einerseits unvollständig, fehlte es doch im Hinblick auf die Schulterproblematik an einer rheumatologischen resp. orthopädischen Abklärung. Andererseits empfahl die RAD-Ärztin Dr. med. P.____ gestützt auf die Untersuchung vom 13. Dezember 2017, welche Dr. med. D.____ nach der Begutachtung durchgeführt hatte, von der im Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit sei abzuweichen. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein weiteres Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher sowohl die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 16'683.90 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 damit zusammenhängenden Reisespesen des Beschwerdeführers von insgesamt CHF 180.00 (s. dazu Art. 45 Abs. 2 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhalten hatte (A.S. 207 und 229).

E. 5

Status nach Divertikulitis 2015 und 2016

E. 6

Ultrasonographisch Lebersteatose

E. 7

Status nach Leistenbruch- und Nabelbruchoperation 2010 und 2011

E. 8

bis 8,5 Stunden am Tag ohne Leistungseinbusse arbeiten (A.S. 137).

3.6.2 Der Experte Dr. med. T.____, Arzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erklärte im orthopädischen Teilgutachten (A.S. 139 ff.), der Beschwerdeführer beklage einerseits Probleme mit der linken Hüfte. Die dortigen Schmerzen hätten etwa im Sommer 2018 eingesetzt. Trotz Mühe beim Aufstehen aus dem Sitzen und Liegen habe man längere Zeit keine Behandlungen durchgeführt. Trotz der Prothesenversorgung im Frühjahr 2019 kämen beim Gehen rasch Schmerzen auf. Andererseits bestünden gewisse Probleme an der linken Schulter. Ein erster Eingriff im Jahr 2004 sei nicht übermässig erfolgreich gewesen, weshalb man 2005 eine erste Prothese implantiert und diese 2011 ergänzt habe. Der postoperative Verlauf sei im Grundsatz günstig gewesen und der Beschwerdeführer sei uneingeschränkt in den Erwerbsprozess zurückgekehrt. Darüber hinaus würden keine wesentlichen Probleme am Bewegungsapparat erwähnt (A.S. 140). Der Beschwerdeführer habe zuletzt in einer Firma gearbeitet, die Spanndecken herstelle. Es habe sich dabei um eine körperlich durchschnittlich belastende Arbeit gehandelt. Diese sei jedoch ausschliesslich im Stehen verrichtet worden und habe für die Prothese ungünstige Vibrationen in der linken Schulter beinhaltet. Er habe aber im Wesentlichen wegen der Herz- und Lungenprobleme und nicht wegen des Bewegungsapparates mit dieser Tätigkeit aufgehört. Da die Ehefrau vollzeitlich erwerbstätig sei, kümmere er sich teilweise um den Haushalt, etwa durch Reinigen des Badezimmers sowie Staubsaugen, wobei er für den grösseren Teil des Einfamilienhauses auf die Unterstützung von Mutter und

Schwiegermutter zurückgreifen könne (A.S. 141).

Der Befund an der linken Schulter sei als sehr günstig zu bezeichnen. Der Beschwerdeführer könne diese mit geringen Defiziten im endgradigen Überkopfbereich und hinter der Körperebene uneingeschränkt einsetzen. Die Kraftentfaltung sei sehr gut (A.S. 145 + 146). Etwas anders präsentiere sich die Situation an der linken Hüfte. Dennoch bestehe auch hier eine durchaus gute Belastungsfähigkeit, zumal der Beschwerdeführer von einer Gehdauer von 60 bis 90 Minuten am Stück spreche. Die Schmerzintensität dürfe insgesamt als eher gering eingestuft werden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wirkten im Grundsatz authentisch und liessen sich durch die entsprechenden klinischen Befunde objektivieren. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer allerdings durchaus gut gelaunt und erwecke dadurch nicht den Eindruck, derzeit von Seiten des Bewegungsapparates unter einem höheren Leidensdruck zu stehen (A.S. 146). Unter Berücksichtigung des eigenanamnestisch nicht unerheblichen Aktivitätslevels im Alltag sowie des eher geringen Analgetikakonsums dürfe postuliert werden, dass die Beschwerden des Bewegungsapparates eine eher untergeordnete Rolle spielten (A.S. 146 f.).

Die zuletzt ausgeübte, ausschliesslich stehende Tätigkeit in der Herstellung von Spanndecken habe einen grossen Bewegungsradius der Arme verlangt und sei mit Vibrationen an der linken Schulter verbunden gewesen. Dementsprechend müsse dafür derzeit und wahrscheinlich bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Retrospektiv sei schwierig zu sagen, ab wann diese Tätigkeit aus orthopädischen Gründen nicht mehr möglich gewesen sei (A.S. 147). Der Beschwerdeführer habe die besagte Tätigkeit auch nach der Implantation der Schulterprothese noch während mehrerer Jahre uneingeschränkt ausgeübt. Die später attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nicht auf die Problematik an der linken Schulter zurückgegangen. Mit zunehmender Symptomatik von Seiten der linken Hüfte sei diese Tätigkeit jedenfalls spätestens ab Herbst 2018 nicht mehr möglich gewesen (A.S. 148). Nach der IV-Anmeldung von 2004 sei man auf Grund der Befunde davon ausgegangen, dass die ursprüngliche Tätigkeit als Hilfsdachdecker nicht mehr möglich sei. Dies lasse sich allein durch die Problematik an der linken Schulter ausreichend begründen, habe auch heute noch Gültigkeit und werde wahrscheinlich so bleiben (A.S. 150). An die Situation angepasst seien körperlich leichte Tätigkeiten, bei denen eine Hebe- und Traglimite links von 5 kg nicht überschritten werde, die mehrheitlich sitzend mit nur kürzerem Stehen und Gehen möglich seien und wo die Arme ausschliesslich unterhalb der Horizontalen und vor der Körperebene eingesetzt würden. Eine solche Arbeit könnte vollzeitlich ohne Einschränkung der Leistung ausgeübt werden. Aus heutiger Sicht seien in der Vergangenheit Tätigkeiten gemäss dem formulierten Belastungsprofil von Seiten des Bewegungsapparates im Grundsatz immer möglich gewesen. Zu einer längeren Unterbrechung sei es im Zusammenhang mit der Implantation der totalen Hüftarthroplastik im April 2019 gekommen, doch könne in Anbetracht des aktuellen Zustandsbildes davon ausgegangen werden, dass spätestens seit dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchungen aus orthopädischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (A.S. 148).

3.6.3 Der Experte Dr. med. U.____, Facharzt für Neurologie, hielt im neurologischen Teilgutachten (A.S. 152 ff.) fest, laut Beschwerdeführer sei es beim Schlaganfall zu einer Störung des Gesichtsfeldes gekommen, er sehe nach rechts nicht mehr richtig und es bestehe ein Defizit rechts unten. Deswegen dürfe er auch nicht mit dem Auto fahren, und mit dem Mofa müsse er erheblich aufpassen. Aktuell müsse er sich beim Sehen immer anstrengen und konzentrieren, was ihn sehr ermüde. Dies sei eigentlich das Einzige, was er

bei dem Schlaganfall erlitten habe (A.S. 153). Im Vordergrund der Beschwerdeschilderung stünden Hüft- und Schulterbeschwerden (A.S. 156).

Vor dem Eintritt der embolischen Hirninfarkte habe auf neurologischem Gebiet keine wesentliche Einschränkung vorgelegen. Die vorgängig bestehende Morbidität betreffe das orthopädische und kardiologische Fachgebiet (A.S. 157). Neurologisch gesehen sei die Arbeit als Dachdecker seit Mai 2019 nicht mehr möglich. Seit diesem Zeitpunkt komme eine körperlich leichte Tätigkeiten in sitzender Stellung, ohne Anforderung an ein gutes Sehvermögen und ohne kognitive Anforderungen, in Frage. Eine solche Arbeit wäre mit einer vollzeitlichen Präsenz möglich, aber ■ wegen des vermehrten Pausenbedarfs und der verlangsamten Ausführung motorischer Abläufe ■ nur mit einer Leistung von 70 % (A.S. 158).

3.6.4 Der Experte Dr. med. V.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte im psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 161 ff.), dem Beschwerdeführer gehe es nach eigenen Angaben gesundheitlich nicht so gut. Er sei wiederholt operiert worden und leide schon bei leichter Anstrengung unter Atemnot (A.S. 161). Bei kleinster Anstrengung wie leichten Putzarbeiten leide er unter Schweissausbrüchen. Er sei oft müde, müsse sich hinlegen. Seit er mit der Maske schlafe, gehe es ihm besser, er sei tagsüber etwas weniger müde. Er habe auch einen Hirninfarkt erlitten und sehe mit dem rechten Auge im Bereich des rechten Gesichtsfeldes nichts, was ihn störe. Er sei noch nie psychiatrisch behandelt worden. Psychisch gehe es ihm soweit gut, obwohl er eingeschränkt sei, habe er noch nie einen Lebensverleider verspürt (A.S. 162).

Der Beschwerdeführer berichte ausführlich über seine körperlichen Beschwerden. Die Stimmung sei ausgeglichen, die Psychomotorik unauffällig. Der Antrieb präsentiere sich nicht vermindert, der affektive Kontakt zum Experten sei gut. Der Beschwerdeführer betone wiederholt, dass er gerne halbtags arbeiten würde. Er hinterlasse einen wachen Eindruck, sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Während der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer nie Zeichen von Konzentrationsschwäche. Er könne gut auf die gestellten Fragen eingehen. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt. Das Denken sei nicht eingengt, es zeigten sich weder Gedankenabreissen noch Neologismen oder Gedankenleere. In den Schilderungen des Beschwerdeführers seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden. Es gebe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen. Der Beschwerdeführer habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Er könne sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer äussere keine Zwangsgedanken. Hinweise auf Zwangshandlungen fehlten. Der Beschwerdeführer erwähne keine Ängste und Phobien. Aus seinen Schilderungen ergäben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages. Der Beschwerdeführer berichte weder über einen Lebensverleider noch über Suizidgedanken oder -impulse (A.S. 165).

Der Beschwerdeführer habe bis zu seiner ersten Herzoperation im Jahre 2014 trotz gesundheitlicher Einschränkungen ohne wesentliche Schwierigkeiten gearbeitet. Seither sei er körperlich beeinträchtigt und habe die angestammte Arbeit aufgeben müssen. Er leide unter zahlreichen somatischen Erkrankungen, deren geklagte Beschwerden weitgehend

somatisch objektivierbar seien. Eine wesentliche psychische Überlagerung der Beschwerden, namentlich der Atemnot, bestehe nicht. Der Beschwerdeführer habe sich auch noch nie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befunden. Er fühle sich in engen Räumen nicht mehr so wohl und meide grössere Menschenansammlungen, da er dabei in Atemnot gerate. Diese leicht erhöhte Ängstlichkeit bestehe seit der zweiten Herzoperation. Es handle sich um eine leichtgradige phobische Störung vor dem Hintergrund der zahlreichen somatischen Erkrankungen. Im psychiatrischen Gutachten von 2017 seien bezogen auf das Asthma psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten diagnostiziert worden, aber ohne Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer klage anlässlich der vorliegenden Untersuchung einzig über Atemnot bei körperlicher Anstrengung, welche in Zusammenhang mit seiner kardialen Erkrankung stehe (A.S. 166). Er sei im Alltag nicht durch psychische Beschwerden beeinträchtigt. Die leicht erhöhte Ängstlichkeit in engen Räumen oder in grösseren Menschenansammlungen schränke ihn kaum ein. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer anderen Tätigkeit nie beeinträchtigt gewesen. Ungeeignet seien nur Arbeiten in engen Räumen oder in grösseren Menschenansammlungen (A.S. 167 f.).

3.6.5 Der Experte Dr. med. W. ____, Arzt für Kardiologie FMH, hielt im kardiologischen Teilgutachten (A.S. 171 ff.) fest, der Beschwerdeführer gebe an, dass es ihm seit den Hüftoperationen im Frühling und der zweiten Herzoperation im Juni schlechter gehe als vorher. Er habe mehr Atemnot als früher und werde schneller müde; sein Schlafbedarf sei gross (A.S. 171). Wenn er langsam geradeaus gehe, gerate er nicht in Atemnot; er könne täglich mit den Hunden 1,5 Stunden spazieren gehen. Nach der ersten Herzoperation im August 2014 habe der Beschwerdeführer seine Arbeit in der Spanndeckenmanufaktur (Zuschneiden und Verschweissen der Folien) im Januar 2015 mit einem Pensum von 50 % wieder aufgenommen; eine Steigerung sei aber wegen vermehrter Müdigkeit und Anstrengungsdyspnoe nicht möglich gewesen (A.S. 172).

Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den über die Jahre erhobenen Befunden (A.S. 174 f.). Nach der ersten Operation im August 2014 habe sich in den Kontrollen stets eine normale Klappenfunktion und kardiale Funktion gezeigt. Ausserdem sei die Leistungsfähigkeit in mehreren Ergometrien wiederholt praktisch normal gewesen. Vor diesem Hintergrund wäre zumindest bei mittelschweren Tätigkeiten eine normale Leistungsfähigkeit zu erwarten. Für die Beschwerden seien wahrscheinlich andere Ursachen (wie Adipositas, Zwerchfellhochstand oder pulmonale Probleme) verantwortlich. Der Verlauf sei bis zur Klappenendokarditis im Juni 2019 gut gewesen. Seither bestehe eine neue Situation, die im Moment noch nicht abschliessend beurteilt werden könne. Wegen der Hüftbeschwerden mit lokalem Infekt sei aktuell keine Ergometrie möglich. Die Befunde im TTE zeigten aber eine erhaltene biventrikuläre Funktion und eine normale Klappenfunktion. Diese Befunde entsprächen den rezenten Vorbefunden. Die im kardiologischen Gutachten von 2017 erarbeitete Konklusion sei gut nachvollziehbar. Die kardiale Situation nach der ersten Herzoperation sei gut und ein normales Arbeitspensum für leichte und mittelschwere Tätigkeiten zumutbar gewesen (A.S. 175). Die Kunstklappe habe einen geringgradig höheren Widerstand als eine native Klappe, dies führe aber allenfalls zu einer minimalen Reduktion der Leistungsfähigkeit (A.S. 177).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in adaptierter Form (für Arbeiten ohne schwere körperliche Belastungen und ohne Verletzungsgefahr) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dies habe von Januar 2015 bis April 2019 gegolten. Seither sei der

Beschwerdeführer vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig. All dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit (A.S. 176 + 178).

3.6.6 Der Experte Dr. med. X.____, Arzt für Pneumologie FMH, erklärte im pneumologischen Teilgutachten (A.S. 180 ff.), laut dem Beschwerdeführer bestünden die Atembeschwerden seit der ersten Herzklappenoperation im Jahr 2014 (A.S. 181). Sie hätten seit der Herzklappenoperation im Juni 2019 zugenommen. Manchmal trete schon in Ruhe beim Fernsehen Atemnot auf. Nach 13 Treppenstufen müsse er sich wegen Dyspnoe hinsetzen (A.S. 180). Die CPAP-Behandlung sei subjektiv wie objektiv sehr effektiv (A.S. 181).

Lungenfunktionell sei erstmals im Mai 2016 eine mittelgradig obstruktive Ventilationsstörung mit nur teilweiser Reversibilität und schwerer bronchialer Hyperreagibilität nachgewiesen worden. Nach Mitralklappenersatz im August 2014 habe sich seit 2015 ein persistierender ausgeprägter Zwerchfellhochstand rechts gezeigt. Zusammen mit der Adipositas liege dadurch eine zusätzlich vorhandene restriktive Ventilationsstörung vor, die vereint mit einer krankheitsbedingten Dekonditionierung die Leistungsintoleranz erkläre. Gemäss den Kriterien der American Medical Association liege auf Grund der Anamnese, der radiologischen und lungenfunktionellen sowie der schlafmedizinischen Befunde eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität der Klasse II bis III bzw. ein Impairment von 30 % vor. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit anamnestisch teilweise schwerer körperlicher Arbeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dies gelte seit April 2019 (A.S. 185). Seit dem gleichen Zeitpunkt seien körperlich vorwiegend leichte Arbeit ohne Exposition mit Kälte, Nässe und Staub zu 70 % möglich. Eine zusätzliche Einschränkung bestehe durch den Gesichtsfeldausfall (A.S. 186).

3.6.7 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung (A.S. 111 ff.) gelangten die Experten zum Schluss, der Beschwerdeführer sei seit 2011 als Hilfsdachdecker sowie seit Oktober 2018 (mit der Manifestation der Hüftproblematik) als Fabrikationsmitarbeiter und Textildzuschneider vollständig arbeitsunfähig (A.S. 112). Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsste körperlich leicht und überwiegend sitzend sein, ohne Nässe-, Staub- und Kältebelastung, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten über der Horizontalen oder vor der Körperebene, ohne wesentliche Anforderung an die Sehfähigkeit, auf niedrigem kognitivem Niveau und mit einer Hebe- und Traglimite von 5 kg. Eine solche Arbeit wäre vier bis sechs Stunden pro Tag möglich. Je nach durchgeführter Stundenzahl ergebe sich ein erhöhter Pausenbedarf, zudem sei das Rendement vermindert. Insgesamt sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt auf 50 % eines Vollzeitpensums zu schätzen. Vor April 2019 habe in leichten, adaptierten Tätigkeiten keine länger dauernde, höhergradige und quantitativ wesentlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden (A.S. 113). Zusammenfassend stimme man mit dem K.____-Gutachten von 2017 überein, wonach die Arbeitsfähigkeit für erheblich belastende Tätigkeiten aufgehoben und für leichte, adaptierte Tätigkeiten leicht eingeschränkt sei. Die damals polydisziplinär zugestandene Leistungseinbusse von 20 % sei retrospektiv teilweise nachvollziehbar. Eine höhergradige Einschränkung lasse sich rückblickend sicher nicht begründen (A.S. 114).

E. 11

Januar 2018 E. 3). Andererseits setzt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen die subjektive Eingliederungsfähigkeit im Sinne eines Eingliederungswillens voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn-

und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2018 vom 21. August 2018 E. 6.4). Im vorliegenden Fall sieht sich der Beschwerdeführer gemäss B.____-Gutachten als vollständig arbeitsunfähig an (A.S. 109). Dies wird dadurch bestätigt, dass er in der Zeit zwischen der Abklärung bei der J.____ und der angefochtenen Verfügung keiner Arbeit nachging, obwohl er laut Gerichtsgutachten zu 80 % arbeitsfähig gewesen wäre. Hinzu kommt, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der Fahrradspiroergometrie vom 13. Dezember 2017 unkooperativ zeigte, indem er keine volle Leistung erbrachte (E. II. 3.4.3 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern.

6.

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

6.2 Da der Beschwerdeführer unterlegen ist, entschädigt der Kanton seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 24. März 2020 (A.S. 220 ff.) weist einen Zeitaufwand von 28,91 Stunden aus. Dieser ist wie folgt zu kürzen:

Anrechenbar ist folglich ein Aufwand von insgesamt 20,73 Stunden. Was die Auslagen über insgesamt CHF 692.55 betrifft, so sind die 570 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 161 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 407.55. Die armenrechtliche Entschädigung beläuft sich folglich, mit dem massgeblichen Stundenansatz von CHF 180.00, den Auslagen und CHF 318.70 Mehrwertsteuer (7,7 % seit 1. Januar 2018) auf CHF 4'457.65. Nach Abzug der am 5. Mai 2020 verfügten Akontozahlung über CHF 3'735.70 (s. E. I. 2.8 hiervor) verbleibt ein Betrag von CHF 721.95, der durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn ausbezahlt ist. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 1'562.85 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 6'020.50), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier, gestützt auf die Honorarvereinbarung mit dem Beschwerdeführer vom 14. September 2017 (A.S. 227), von einem Stundenansatz von CHF 250.00 auszugehen ist.

7.

7.1 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 ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

7.2 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).

Das K. ___-Gutachten, welches der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag, erlaubte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dieses Gutachten war einerseits unvollständig, fehlte es doch im Hinblick auf die Schulterproblematik an einer rheumatologischen resp. orthopädischen Abklärung. Andererseits empfahl die RAD-Ärztin Dr. med. P. ___ gestützt auf die Untersuchung vom 13. Dezember 2017, welche Dr. med. D. ___ nach der Begutachtung durchgeführt hatte, von der im Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit sei abzuweichen. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein weiteres Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher sowohl die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 16'683.90 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 damit zusammenhängenden Reisespesen des Beschwerdeführers von insgesamt CHF 180.00 (s. dazu Art. 45 Abs. 2 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhalten hatte (A.S. 207 und 229).

Demnach wird erkannt:

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

E. 12

f.). 3.5.5 Gemäss Bericht des C.____ vom 9. September 2019 (BB-Nr. 18) hatte sich der Beschwerdeführer eine infektiöse Kunstklappenendokarditis zugezogen, weshalb die Klappe am 13. Juni 2019 ersetzt wurde. Der Hirninfarkt sei eindeutig kardioembolisch bedingt im Rahmen der Endokarditis. 3.5.6 Dr. med. E.____ erklärte am 24. Juli 2019 (BB-Nr. 17), die Infektion sei von der Hüftprothese ausgegangen. Der Beschwerdeführer leide nach dem Eingriff vom 13. Juni 2019 immer noch unter deutlichen Schmerzen bei gewissen Bewegungen. Wegen der Blutarmut und der Dekonditionierung durch den längeren Spitalaufenthalt sei die körperliche Leistungsfähigkeit sehr stark eingeschränkt, was sich nach der Therapie und dem Ausheilen der akuten Beschwerden bessern werde.

3.6 Dem Gerichtsgutachten der Gutachterstelle B.____ vom 22. Januar 2020 (A.S. 101 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 109 ff.): Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Hüfttotalprothese links seit 11. April 2019 (ICD-10 Z96.6) · Chronischer implantat-assoziiertes Infekt mit Nachweis von *Stenotrophomonas maltophilia* und fraglich *S. auricularis* (T84.5) · Status nach Reintervention mit Schaft- und Kopfwechsel sowie Einbringen von Draht-Cerclagen am 7. Mai 2019 und nach erneuter Revision mit Debridement und Biopsie-Entnahme am 7. Juni 2019 (Z98.8) · Status nach hämatogen gestreutem Infekt bei chronischer Herzkunstklappen-Endokarditis (T82.6) · Status nach zunehmend symptomatischer Koxarthrose bei Misch-impingement-Konfiguration (M16.0 / M25.8) 2. Schultertotalprothese links seit 2011 (Z96.6) · Status nach arthroskopischer Intervention 2004 und nach Implantation einer Hemiprothese 2005 ohne detaillierte Angaben (Z98.8 / Z96.6) · anamnestisch Status nach zunehmend symptomatischer Omarthrose (M19.01) 3. Zustand nach embolischen Hirninfarkten im Mai 2019 (I63.4) · residuelle Hemianopsie nach rechts (H53.4) · leichtes kognitives Defizit (F06.7) 4. Kunstklappenendokarditis bei mechanischer Mitralklappe durch *Stenotrophomonas maltophilia* im Mai 2019 (Z95.2) · Status nach Ersatz der Mitralklappenprothese durch neue Kunstklappe (Medtronic STD Mitral 31mm) am 13. Juni 2019 · mechanischer Mitralklappenersatz bei schwerer Insuffizienz im August 2014 (Prolaps post. Mitralsegel, flail leaflet; Medtronic 31mm) · LIKA 5. August 2014: Koronarsklerose, nicht-stenosierend · aktuell unter antibiotischer Therapie · TTE 6. August 2019: normale LV-Funktion, LVEF 56 %, normale Funktion der Mitralklappenprothese, normale RV-Funktion 5. Asthma bronchiale, Diagnose im Mai 2016 (J45) · mittelgradige Obstruktion, zusätzliche restriktive Komponente denkbar, FENO 20, Methacholin-Test: schwergradige bronchiale Hyperreagibilität im Mai 2016 · Lungenfunktionell FEV1 3,31 (80 %), CO-Diffusionskapazität i.N., FENO 14 ppb im Dezember 2016 · Spirometrie: Mittelschwere, nicht weiter reversible obstruktive Ventilationsstörung, denkbar restriktive Komponente FEV1 2,64 l nach Inhalation 2,76 l (59 %) im März 2017 · Bodyplethysmographie; mittelschwere, nicht reversible Obstruktion FEV1 2,35 (58 %), mögliche Restriktion, CO-Diffusionskapazität 88 %, ABGA: P02 10,4 kPa (78mmHg), PCO2 4,8 kPa (36mmHg) · Spiroergometrie: Leicht bis mittelschwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit V02max 16 ml/kg/min (64 %) bei 104 Watt / 3,9 METS (46 %), Hyperventilation im Dezember 2017 · Echokardiographie: LVEF 56 %, keine Hinweise für pulmonal-arterielle Drucksteigerung im August 2019 · Plethysmographie: Kombinierte

leichte restriktive und obstruktive Ventilationsstörung TLC 6,46 l (83 %), VC 4,08 l (74 %), FEV₁ 1,25 l (59 %) im Dezember 2019. 6. Zwerchfellhochstand rechts Thorax-Abdomen, CT im September 2015 (S27.81) · Thorax Rx: relativer Zwerchfellhochstand rechts im Juni 2019 · Thorax Rx: deutlicher Zwerchfellhochstand rechts im Dezember 2019 Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit. 1. Leichtgradiges obstruktives Schlaf Apnoe Syndrom, Diagnose Mai 2016 (G47.31) · Polygraphie: Apnoe- / Hypopnoe-Index 10/h, Mai 2016 · CPAP-Therapie seit Mai 2016 · Gerätedownload und Pulsoxymetrie: Suppression der respiratorischen Ereignisse, AHI 2/h, durchschnittliche Sauerstoffsättigung 94 % im Dezember 2016 · BMI 36 im Dezember 2019. 2. Pleuraplaques bei Status nach Asbestexposition, anamnestisch Diagnose im September 2015 (J92.9) · CT Thorax im September 2015: Beidseitige umschriebene Pleuraverkalkungen (links dorsobasal, rechts ventral) sowie eine unspezifische Pleuraverdickung rechts dorsolateral. 3. Carpal tunnel syndrome rechts (G56.0) 4. Metabolisches Syndrom · Adipositas, BMI 36 kg/m² (E66.0) · Arterielle Hypertonie (I10) · Hyperurikämie, medikamentös behandelt (E79.0) · anamnestisch Dyslipidämie, unbehandelt (E78.2) 5. Leichtgradig ausgeprägte Phobie, auf dem Hintergrund einer Herzerkrankung (F40.8) 6. Rezidivierende gastritische Beschwerden (K29.7) · gelegentliche Einnahme von NSAID · Dauerbehandlung mit PPI 7. Hypertensive Herzkrankheit (I10) 8. Geringgradige nicht-stenosierende Koronarsklerose (I25.9) · kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterieller HT, Nikotin 30 pack years, Dyslipidämie, OSAS o metabolisches Syndrom o Status nach Nikotinkonsum von 30 pack years 9. Anamnestisch Status nach Bursektomie präpatellar links 1999 (Z98.8) · anamnestisch vollständige Beschwerdefreiheit bei aktuell unauffälligem klinischem Befund.

3.6.1 Der Experte Dr. med. S.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin, hielt im internistischen Teilgutachten (A.S. 132 ff.) fest, von seinem Fachgebiet aus habe sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten (leicht bis mittelschweren) Tätigkeit nie eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer könne 8 bis 8,5 Stunden am Tag ohne Leistungseinbusse arbeiten (A.S. 137).

3.6.2 Der Experte Dr. med. T.____, Arzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erklärte im orthopädischen Teilgutachten (A.S. 139 ff.), der Beschwerdeführer beklage einerseits Probleme mit der linken Hüfte. Die dortigen Schmerzen hätten etwa im Sommer 2018 eingesetzt. Trotz Mühe beim Aufstehen aus dem Sitzen und Liegen habe man längere Zeit keine Behandlungen durchgeführt. Trotz der Prothesenversorgung im Frühjahr 2019 kämen beim Gehen rasch Schmerzen auf. Andererseits bestünden gewisse Probleme an der linken Schulter. Ein erster Eingriff im Jahr 2004 sei nicht übermässig erfolgreich gewesen, weshalb man 2005 eine erste Prothese implantiert und diese 2011 ergänzt habe. Der postoperative Verlauf sei im Grundsatz günstig gewesen und der Beschwerdeführer sei uneingeschränkt in den Erwerbsprozess zurückgekehrt. Darüber hinaus würden keine wesentlichen Probleme am Bewegungsapparat erwähnt (A.S. 140). Der Beschwerdeführer habe zuletzt in einer Firma gearbeitet, die Spanndecken herstelle. Es habe sich dabei um eine körperlich durchschnittlich belastende Arbeit gehandelt. Diese sei jedoch ausschliesslich im Stehen verrichtet worden und habe für die Prothese ungünstige Vibrationen in der linken Schulter beinhaltet. Er habe aber im Wesentlichen wegen der Herz- und Lungenprobleme und nicht wegen des Bewegungsapparates mit dieser Tätigkeit aufgehört. Da die Ehefrau vollzeitlich erwerbstätig sei, kümmere er sich teilweise um den Haushalt, etwa durch Reinigen des Badezimmers sowie Staubsaugen, wobei er für den grösseren Teil des Einfamilienhauses auf die Unterstützung von Mutter und Schwiegermutter zurückgreifen könne (A.S. 141). Der Befund an der linken Schulter sei als sehr günstig zu bezeichnen. Der

Beschwerdeführer könne diese mit geringen Defiziten im endgradigen Überkopfbereich und hinter der Körperebene uneingeschränkt einsetzen. Die Kraftentfaltung sei sehr gut (A.S. 145 + 146). Etwas anders präsentiere sich die Situation an der linken Hüfte. Dennoch bestehe auch hier eine durchaus gute Belastungsfähigkeit, zumal der Beschwerdeführer von einer Gehdauer von 60 bis 90 Minuten am Stück spreche. Die Schmerzintensität dürfe insgesamt als eher gering eingestuft werden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wirkten im Grundsatz authentisch und liessen sich durch die entsprechenden klinischen Befunde objektivieren. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer allerdings durchaus gut gelaunt und erwecke dadurch nicht den Eindruck, derzeit von Seiten des Bewegungsapparates unter einem höheren Leidensdruck zu stehen (A.S. 146). Unter Berücksichtigung des eigenanamnestisch nicht unerheblichen Aktivitätslevels im Alltag sowie des eher geringen Analgetikakonsums dürfe postuliert werden, dass die Beschwerden des Bewegungsapparates eine eher untergeordnete Rolle spielten (A.S. 146 f.). Die zuletzt ausgeübte, ausschliesslich stehende Tätigkeit in der Herstellung von Spanndecken habe einen grossen Bewegungsradius der Arme verlangt und sei mit Vibrationen an der linken Schulter verbunden gewesen. Dementsprechend müsse dafür derzeit und wahrscheinlich bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Retrospektiv sei schwierig zu sagen, ab wann diese Tätigkeit aus orthopädischen Gründen nicht mehr möglich gewesen sei (A.S. 147). Der Beschwerdeführer habe die besagte Tätigkeit auch nach der Implantation der Schulterprothese noch während mehrerer Jahre uneingeschränkt ausgeübt. Die später attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nicht auf die Problematik an der linken Schulter zurückgegangen. Mit zunehmender Symptomatik von Seiten der linken Hüfte sei diese Tätigkeit jedenfalls spätestens ab Herbst 2018 nicht mehr möglich gewesen (A.S. 148). Nach der IV-Anmeldung von 2004 sei man auf Grund der Befunde davon ausgegangen, dass die ursprüngliche Tätigkeit als Hilfsdachdecker nicht mehr möglich sei. Dies lasse sich allein durch die Problematik an der linken Schulter ausreichend begründen, habe auch heute noch Gültigkeit und werde wahrscheinlich so bleiben (A.S. 150). An die Situation angepasst seien körperlich leichte Tätigkeiten, bei denen eine Hebe- und Traglimite links von 5 kg nicht überschritten werde, die mehrheitlich sitzend mit nur kürzerem Stehen und Gehen möglich seien und wo die Arme ausschliesslich unterhalb der Horizontalen und vor der Körperebene eingesetzt würden. Eine solche Arbeit könnte vollzeitlich ohne Einschränkung der Leistung ausgeübt werden. Aus heutiger Sicht seien in der Vergangenheit Tätigkeiten gemäss dem formulierten Belastungsprofil von Seiten des Bewegungsapparates im Grundsatz immer möglich gewesen. Zu einer längeren Unterbrechung sei es im Zusammenhang mit der Implantation der totalen Hüftarthroplastik im April 2019 gekommen, doch könne in Anbetracht des aktuellen Zustandsbildes davon ausgegangen werden, dass spätestens seit dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchungen aus orthopädischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (A.S. 148).

3.6.3 Der Experte Dr. med. U. ____, Facharzt für Neurologie, hielt im neurologischen Teilgutachten (A.S. 152 ff.) fest, laut Beschwerdeführer sei es beim Schlaganfall zu einer Störung des Gesichtsfeldes gekommen, er sehe nach rechts nicht mehr richtig und es bestehe ein Defizit rechts unten. Deswegen dürfe er auch nicht mit dem Auto fahren, und mit dem Mofa müsse er erheblich aufpassen. Aktuell müsse er sich beim Sehen immer anstrengen und konzentrieren, was ihn sehr ermüde. Dies sei eigentlich das Einzige, was er bei dem Schlaganfall erlitten habe (A.S. 153). Im Vordergrund der Beschwerdeschilderung stünden Hüft- und Schulterbeschwerden (A.S. 156). Vor dem Eintritt der embolischen Hirninfarkte habe auf neurologischem Gebiet keine wesentliche Einschränkung vorgelegen. Die

vorgängig bestehende Morbidität betreffe das orthopädische und kardiologische Fachgebiet (A.S. 157). Neurologisch gesehen sei die Arbeit als Dachdecker seit Mai 2019 nicht mehr möglich. Seit diesem Zeitpunkt komme eine körperlich leichte Tätigkeiten in sitzender Stellung, ohne Anforderung an ein gutes Sehvermögen und ohne kognitive Anforderungen, in Frage. Eine solche Arbeit wäre mit einer vollzeitlichen Präsenz möglich, aber – wegen des vermehrten Pausenbedarfs und der verlangsamten Ausführung motorischer Abläufe – nur mit einer Leistung von 70 % (A.S. 158).

3.6.4 Der Experte Dr. med. V.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte im psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 161 ff.), dem Beschwerdeführer gehe es nach eigenen Angaben gesundheitlich nicht so gut. Er sei wiederholt operiert worden und leide schon bei leichter Anstrengung unter Atemnot (A.S. 161). Bei kleinster Anstrengung wie leichten Putzarbeiten leide er unter Schweissausbrüchen. Er sei oft müde, müsse sich hinlegen. Seit er mit der Maske schlafe, gehe es ihm besser, er sei tagsüber etwas weniger müde. Er habe auch einen Hirninfarkt erlitten und sehe mit dem rechten Auge im Bereich des rechten Gesichtsfeldes nichts, was ihn störe. Er sei noch nie psychiatrisch behandelt worden. Psychisch gehe es ihm soweit gut, obwohl er eingeschränkt sei, habe er noch nie einen Lebensverleider verspürt (A.S. 162). Der Beschwerdeführer berichte ausführlich über seine körperlichen Beschwerden. Die Stimmung sei ausgeglichen, die Psychomotorik unauffällig. Der Antrieb präsentiere sich nicht vermindert, der affektive Kontakt zum Experten sei gut. Der Beschwerdeführer betone wiederholt, dass er gerne halbtags arbeiten würde. Er hinterlasse einen wachen Eindruck, sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Während der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer nie Zeichen von Konzentrationsschwäche. Er könne gut auf die gestellten Fragen eingehen. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt. Das Denken sei nicht eingeeengt, es zeigten sich weder Gedankenabreissen noch Neologismen oder Gedankenleere. In den Schilderungen des Beschwerdeführers seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden. Es gebe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen. Der Beschwerdeführer habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Er könne sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer äussere keine Zwangsgedanken. Hinweise auf Zwangshandlungen fehlten. Der Beschwerdeführer erwähne keine Ängste und Phobien. Aus seinen Schilderungen ergäben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages. Der Beschwerdeführer berichte weder über einen Lebensverleider noch über Suizidgedanken oder -impulse (A.S. 165). Der Beschwerdeführer habe bis zu seiner ersten Herzoperation im Jahre 2014 trotz gesundheitlicher Einschränkungen ohne wesentliche Schwierigkeiten gearbeitet. Seither sei er körperlich beeinträchtigt und habe die angestammte Arbeit aufgeben müssen. Er leide unter zahlreichen somatischen Erkrankungen, deren geklagte Beschwerden weitgehend somatisch objektivierbar seien. Eine wesentliche psychische Überlagerung der Beschwerden, namentlich der Atemnot, bestehe nicht. Der Beschwerdeführer habe sich auch noch nie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung befunden. Er fühle sich in engen Räumen nicht mehr so wohl und meide grössere Menschenansammlungen, da er dabei in Atemnot gerate. Diese leicht erhöhte Ängstlichkeit bestehe seit der zweiten Herzoperation. Es handle sich um eine leichtgradige phobische Störung vor dem Hintergrund der zahlreichen somatischen Erkrankungen. Im

psychiatrischen Gutachten von 2017 seien bezogen auf das Asthma psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten diagnostiziert worden, aber ohne Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer klage anlässlich der vorliegenden Untersuchung einzig über Atemnot bei körperlicher Anstrengung, welche in Zusammenhang mit seiner kardialen Erkrankung stehe (A.S. 166). Er sei im Alltag nicht durch psychische Beschwerden beeinträchtigt. Die leicht erhöhte Ängstlichkeit in engen Räumen oder in grösseren Menschenansammlungen schränke ihn kaum ein. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer anderen Tätigkeit nie beeinträchtigt gewesen. Ungeeignet seien nur Arbeiten in engen Räumen oder in grösseren Menschenansammlungen (A.S. 167 f.).

3.6.5 Der Experte Dr. med. W. ____, Arzt für Kardiologie FMH, hielt im kardiologischen Teilgutachten (A.S. 171 ff.) fest, der Beschwerdeführer gebe an, dass es ihm seit den Hüftoperationen im Frühling und der zweiten Herzoperation im Juni schlechter gehe als vorher. Er habe mehr Atemnot als früher und werde schneller müde; sein Schlafbedarf sei gross (A.S. 171). Wenn er langsam geradeaus gehe, gerate er nicht in Atemnot; er könne täglich mit den Hunden 1,5 Stunden spazieren gehen. Nach der ersten Herzoperation im August 2014 habe der Beschwerdeführer seine Arbeit in der Spanndeckenmanufaktur (Zuschneiden und Verschweissen der Folien) im Januar 2015 mit einem Pensum von 50 % wieder aufgenommen; eine Steigerung sei aber wegen vermehrter Müdigkeit und Anstrengungsdyspnoe nicht möglich gewesen (A.S. 172). Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den über die Jahre erhobenen Befunden (A.S. 174 f.). Nach der ersten Operation im August 2014 habe sich in den Kontrollen stets eine normale Klappenfunktion und kardiale Funktion gezeigt. Ausserdem sei die Leistungsfähigkeit in mehreren Ergometrien wiederholt praktisch normal gewesen. Vor diesem Hintergrund wäre zumindest bei mittelschweren Tätigkeiten eine normale Leistungsfähigkeit zu erwarten. Für die Beschwerden seien wahrscheinlich andere Ursachen (wie Adipositas, Zwerchfellhochstand oder pulmonale Probleme) verantwortlich. Der Verlauf sei bis zur Klappenendokarditis im Juni 2019 gut gewesen. Seither bestehe eine neue Situation, die im Moment noch nicht abschliessend beurteilt werden könne. Wegen der Hüftbeschwerden mit lokalem Infekt sei aktuell keine Ergometrie möglich. Die Befunde im TTE zeigten aber eine erhaltene biventrikuläre Funktion und eine normale Klappenfunktion. Diese Befunde entsprächen den rezenten Vorbefunden. Die im kardiologischen Gutachten von 2017 erarbeitete Konklusion sei gut nachvollziehbar. Die kardiale Situation nach der ersten Herzoperation sei gut und ein normales Arbeitspensum für leichte und mittelschwere Tätigkeiten zumutbar gewesen (A.S. 175). Die Kunstklappe habe einen geringgradig höheren Widerstand als eine native Klappe, dies führe aber allenfalls zu einer minimalen Reduktion der Leistungsfähigkeit (A.S. 177). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in adaptierter Form (für Arbeiten ohne schwere körperliche Belastungen und ohne Verletzungsgefahr) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dies habe von Januar 2015 bis April 2019 gegolten. Seither sei der Beschwerdeführer vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig. All dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit (A.S. 176 + 178).

3.6.6 Der Experte Dr. med. X. ____, Arzt für Pneumologie FMH, erklärte im pneumologischen Teilgutachten (A.S. 180 ff.), laut dem Beschwerdeführer bestünden die Atembeschwerden seit der ersten Herzklappenoperation im Jahr 2014 (A.S. 181). Sie hätten seit der Herzklappenoperation im Juni 2019 zugenommen. Manchmal trete schon in Ruhe beim Fernsehen Atemnot auf. Nach 13 Treppenstufen müsse er sich wegen Dyspnoe hinsetzen (A.S. 180). Die CPAP-Behandlung sei subjektiv wie objektiv sehr effektiv

(A.S. 181). Lungenfunktionell sei erstmals im Mai 2016 eine mittelgradig obstruktive Ventilationsstörung mit nur teilweiser Reversibilität und schwerer bronchialer Hyperreagibilität nachgewiesen worden. Nach Mitralklappenersatz im August 2014 habe sich seit 2015 ein persistierender ausgeprägter Zwerchfellhochstand rechts gezeigt. Zusammen mit der Adipositas liege dadurch eine zusätzlich vorhandene restriktive Ventilationsstörung vor, die vereint mit einer krankheitsbedingten Dekonditionierung die Leistungsintoleranz erkläre. Gemäss den Kriterien der American Medical Association liege auf Grund der Anamnese, der radiologischen und lungenfunktionellen sowie der schlafmedizinischen Befunde eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität der Klasse II bis III bzw. ein Impairment von 30 % vor. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit anamnestisch teilweise schwerer körperlicher Arbeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dies gelte seit April 2019 (A.S. 185). Seit dem gleichen Zeitpunkt seien körperlich vorwiegend leichte Arbeit ohne Exposition mit Kälte, Nässe und Staub zu 70 % möglich. Eine zusätzliche Einschränkung bestehe durch den Gesichtsfeldausfall (A.S. 186).

3.6.7 Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung (A.S. 111 ff.) gelangten die Experten zum Schluss, der Beschwerdeführer sei seit 2011 als Hilfsdachdecker sowie seit Oktober 2018 (mit der Manifestation der Hüftproblematik) als Fabrikationsmitarbeiter und Textilzuschneider vollständig arbeitsunfähig (A.S. 112). Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsste körperlich leicht und überwiegend sitzend sein, ohne Nässe-, Staub- und Kältebelastung, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten über der Horizontalen oder vor der Körperebene, ohne wesentliche Anforderung an die Sehfähigkeit, auf niedrigem kognitivem Niveau und mit einer Hebe- und Traglimite von 5 kg. Eine solche Arbeit wäre vier bis sechs Stunden pro Tag möglich. Je nach durchgeführter Stundenzahl ergebe sich ein erhöhter Pausenbedarf, zudem sei das Rendement vermindert. Insgesamt sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt auf 50 % eines Vollzeitpensums zu schätzen. Vor April 2019 habe in leichten, adaptierten Tätigkeiten keine länger dauernde, höhergradige und quantitativ wesentlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden (A.S. 113). Zusammenfassend stimme man mit dem K.____-Gutachten von 2017 überein, wonach die Arbeitsfähigkeit für erheblich belastende Tätigkeiten aufgehoben und für leichte, adaptierte Tätigkeiten leicht eingeschränkt sei. Die damals polydisziplinär zugestandene Leistungseinbusse von 20 % sei retrospektiv teilweise nachvollziehbar. Eine höhergradige Einschränkung lasse sich rückblickend sicher nicht begründen (A.S. 114).

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