

SO_GERICHTE VSBES.2019.111 vom 15. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.111_d20211115

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.111 du 15 novembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.111 del 15 novembre 2021

Regeste

berufliche Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

3. Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 7. März 2019 ab, wobei als Entscheidungsgrundlage primär das im Verwaltungsverfahren eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dipl. Arzt D.____ sowie Dr. med. E.____ vom 7. bzw. 8. Februar 2018 diene. Der Beschwerdeführer lässt zunächst geltend machen, es liege keine umfassende, auf allseitigen Untersuchungen beruhende und die beklagten Beschwerden berücksichtigende spezialärztliche Expertise vor. Es sei ihm mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsbegutachtung vorzunehmen. Das Gericht hat in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung bei der G.____ veranlasst. Der ergänzte medizinische Sachverhalt präsentiert

sich wie folgt:

3.1 Gemäss dem Austrittsbericht des J.____ vom 4. Januar 2016 hielt sich der Patient im Dezember 2015 im [...] auf, wobei er ab dem 23. Dezember 2015 bei geringster Anstrengung ein thorakales Druckgefühl sowie Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm verspürt habe. In Ruhe seien die Schmerzen jeweils vollständig rückläufig gewesen. Zuvor habe er nie solche Beschwerden gehabt. Er habe im [...] einen Arzt aufgesucht, welcher einen Myokardinfarkt diagnostiziert und ihn medikamentös behandelt habe. Der Patient habe die Koronar-angiographie in der Schweiz durchführen lassen wollen. Die stationäre Überwachung habe keine Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere keine Rhythmusstörungen oder Thoraxschmerzen. Der Patient habe am 25. Dezember 2015 in gutem Allgemeinzustand ins K.____ zur Koronarangiographie verlegt werden können (IV-Nr. 20 S. 40 ff.).

3.2 Dem Bericht des K.____ vom 31. Dezember 2015 über die Behandlung des Beschwerdeführers vom 25. Dezember 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Subakuter infero-posteriorer Myokardinfarkt (NSTEMI), Koronarangiographie 25.12.15: 80 ■ 90%ige Hauptstammstenose, serielle Stenosen des proximalen, mittleren und distalen RIVA, subtotale Stenose der mittleren RCx, Stenosen der proximalen und mittleren RCA, global leicht eingeschränkte systolische LV-Funktion, cvRF: Nikotinkonsum, pos. FA, anamnestisch Hypercholesterinämie, TTE 25.12.15: Herzhöhlen im Grössennormbereich, keine Hypertrophie. LV-Pumpfunktion niedrig normal (EF 58 %), Hypokinesie Hinterwand und Spitze, VW gut kontrahierend. Keine Rechtsbelastung. Kein Klappenvitium. Kein Perikard-erguss». Unter dem Titel «Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde angegeben, der Patient sei am 25. Dezember 2015 zur Koronarangiographie ins K.____ verlegt worden. Dieses habe eine schwere 3-Gefäss KHK (koronare Herzkrankheit) mit hochgradiger Hauptstammstenose, seriellen Stenosen des proximalen, mittleren und distalen RIVA, einer subtotalen Stenose der mittleren RCX und Stenosen des proximalen und mittleren RCA gezeigt, sodass eine operative Versorgung im C.____ organisiert worden sei. Der Patient sei umgehend dorthin verlegt worden (IV-Nr. 20 S. 49 f.).

3.3 Laut dem Austrittsbericht des C.____, Herzchirurgie, vom 6. Januar 2016 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 25. Dezember 2015 bis 2. Januar 2016 bestanden folgende Diagnosen: «1. Koronare 3-Gefässerkrankung, Status nach akutem Hinterwandinfarkt am 23.12.2015, LIKA 25.12.2015: filiforme Hauptstammstenose, höchstgradig stenosierte Marginaläste, höhergradig seriell stenosierter RIVA und Abgangsstenose der RCA, leicht eingeschränkte Pumpfunktion (LVEF 40 %), cvRF: Nikotinkonsum, positive Familienanamnese, Hypercholesterinämie; 2. Organische Dysphonie bei Läsion Taschenfalte links, ED 31.12.2015, Stimmlippen symmetrisch beweglich». Zur Operation wurde Folgendes angegeben: Notfallmässiger total arterieller 5-fach Bypass mit LIMA an RIVA, RIMA an ACD, Arteria radialis links an M1, M2 und M3 in MECC mit Kardiooplex Kardiooplegie am 25.12.2015, fecit PD Dr. M. L.____. Aus der Anamnese geht im Wesentlichen hervor, es habe sich eine schwerste koronare 3-Gefässerkrankung gezeigt bei filiformster Hauptstammstenose. Der Myokardinfarkt sei am ehesten im Bereich der Seitenhinterwand mit subtotalen Stenosen beider Marginaläste M2 und M3 erfolgt. In der Zusammenschau der Befunde sei die Indikation zur notfallmässigen Bypassoperation gestellt worden. Aufgrund des Alters sei eine komplette arterielle Revaskularisation geplant gewesen, falls der Patient stabil sei. Der intraoperative

Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Postoperativ sei die Verlegung auf die operative Intensivstation zur Überwachung erfolgt. Am zweiten postoperativen Tag habe der Patient bei guter Hämodynamik auf die Normalstation rückverlegt werden können. Am 28. Dezember 2015 habe der Patient über zunehmende Heiserkeit geklagt. Die weiterführende Abklärung seitens der Kollegen der HNO habe nur eine minimale Verletzung der Taschenfalte links bei normal beweglichen Stimmbändern ergeben. Unter Inhalationstherapie sei es bis zum Austritt zu einer allmählichen Besserung der Heiserkeit gekommen. Unter diuretischer Therapie habe der Patient erfolgreich negativ bilanziert und im Verlauf schrittweise bis zur Selbstständigkeit mobilisiert werden können. Der Kostaufbau sowie die Anpassung der kardialen Medikation seien problemlos verlaufen. Man habe den Patienten am 2. Januar 2016 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen. Im Anschluss sei eine ambulante kardiale Rehabilitation im K.____ geplant. Als Austrittsstatus wurde u.a. ein stabiles Sternum nach Osteosynthese mit reizloser Sternotomie- sowie Radialisgraft-Entnahmestelle-Narbe angegeben. Gestützt auf das EKG vom 29. Dezember 2015 wurden ein normokarder Sinusrhythmus (72 bpm) sowie pathologische Q-Zacken inferior vermerkt. Das Röntgen des Thorax gleichen Datums zeigte intakte Sternalcerclagen und unauffällige ossäre Strukturen und Weichteile. Die transthorakale Echokardiographie (TTE) vom 29. Dezember 2015 ergab unauffällige Verhältnisse. Zum Procedere wurde u.a. angegeben, es seien kardiologische Kontrollen beim vorbetreuenden Kardiologen in drei und zwölf Monaten zu empfehlen (IV-Nr. 14 S. 3 ff.; vgl. Operationsbericht vom 28. Dezember 2015 [IV-Nr. 18 S. 5 f.]).

3.4 Im Bericht des J.____ vom 15. Januar 2016 über die ambulante Konsultation vom 8. Januar 2016 wurde dargelegt, der Patient sei nach dem Myokardinfarkt von Ende Dezember 2015 und kürzlicher AC-Bypassoperation zum Einschluss in das ambulante kardiale Rehabilitationsprogramm am J.____ beurteilt worden. Grundsätzlich habe er sich seit der Spitalentlassung in [...] ordentlich gefühlt, jedoch fehle noch die Kraft und er habe sich zuletzt weitgehend geschont. Schmerzen im Bereich der Sternotomie seien nicht mehr vorhanden. Eine typische Angina-pectoris-Symptomatik sei im möglichen Ausmass an Belastung aktuell ebenfalls nicht aufgetreten, nur im Liegen fehle ihm nachts etwas der Atem. Über den Tag hingegen verspüre er keine Dyspnoe. Die Medikamente vertrage er gut.

Unter «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, der Patient befinde sich in einem ordentlichen Allgemeinzustand. Die Sternotomie- und Gefässentnahmestellen seien bereits gut verheilt und reizlos. Der Patient sei diesbezüglich auch beschwerdefrei. Unter der gut vertragenen Medikation zeigten sich die Kreislaufparameter gut eingestellt, klinisch sei der Patient kompensiert, sogar eher trocken. Eine Echokardiographie sei präoperativ durchgeführt worden und werde erst bei Abschluss der Rehabilitation wiederholt. Bei der Ergometrie habe der Patient eine deutlich unterdurchschnittliche Leistung gezeigt. Hinweise auf eine belastungsinduzierte Myokardischämie seien nicht vorgelegen, bei jedoch eingeschränkter Aussagekraft. Kurz nach der AC-Bypass Operation präsentiere sich der Patient in einem ordentlichen Gesundheitszustand, sei jedoch noch deutlich geschwächt. Aus diesem Grund sollte der Beginn der Rehabilitation wenn möglich im Einzeltraining erfolgen. Sobald möglich, könne der Patient dann in eine Gruppe eingeschlossen werden. Die derzeitige Medikation könne unverändert weitergeführt werden. Im Rahmen der Rehabilitation erfolge in sechs Wochen eine Zwischenbesprechung und in drei Monaten

eine Abschlussuntersuchung. Der Patient, der zu 100 % als Mechaniker im 3-Schichtsystem angestellt sei, sei bis 29. Februar 2016 zu 100 % krankgeschrieben worden, anschliessend sei er bis 31. März 2016 zu 60 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 20 S. 31 ff.).

3.5 Laut dem Bericht des J.____ vom 16. Februar 2016 stellte sich der Beschwerdeführer zu einer Konsultation aufgrund von Beschwerden im Thorax, insbesondere beidseits der Sternotomienarbe vor. Diese sei klinisch reizlos, nicht überwärmt und ein lokaler Druckschmerz mid-sternal beidseits auslösbar. Um eine Infektion in der Tiefe zu hinterfragen, sei ein Blutbild abgenommen worden, um Entzündungswerte zu bestimmen. Dabei habe sich weder eine Leukozytose noch eine CRP-Erhöhung gezeigt, sodass ein Infekt (insbesondere ein Sternuminfekt) sehr unwahrscheinlich sei. Dem Patienten sei deshalb geraten worden, vorerst die Schmerzmedikation unverändert einzunehmen und sich im Verlauf wieder vorzustellen (IV-Nr. 20 S. 29 f.).

3.6 Der Anamnese aus dem Bericht des J.____ vom 3. März 2016 über die ambulante Konsultation vom 2. März 2016 kann entnommen werden, der Patient stelle sich ausserplanmässig in der kardiologischen Sprechstunde vor. Er sei verunsichert, da er aktuell anlässlich eines ambulanten Besprechungstermins beim Hausarzt um 8:00 Uhr Schwindel verspürt habe und ■ ohne zu synkopieren ■ auf den Boden gesackt sei. Zusätzlich habe er über Anstrengungsdyspnoe geklagt. Abgesehen von der einmaligen Präsynkope hätten sich bisher keine Synkopen ereignet, Schwindel trete nicht auf und die Blutdruckwerte seien jeweils grenzwertig erhöht. Auf Nachfrage habe der Patient zudem über die bereits anlässlich der Vorkonsultation vom 15. Februar 2016 thematisierten thorakalen Beschwerden berichtet, welche bereits seit 3 bis 4 Wochen bestünden und ganz anders seien, als diejenigen beim Herzinfarkt (ständiger Schmerz im Bereich der Narbe, Verstärkung durch gewisse Bewegungen). Die Beurteilung lautete dahingehend, nach einer Beruhigung und der körperlichen Untersuchung habe sich die Atemfrequenz normalisiert. Klinisch sei der Patient kardiopulmonal kompensiert. Echokardiographisch ergäben sich keine Hinweise für eine Einschränkung der systolischen links- und rechtsventrikulären Funktion, relevante Klappenvitien oder Perikardergüsse, welche die Dyspnoe des Patienten erklären könnten. Eine kardiale Genese der Anstrengungsdyspnoe sei bei nur leichtgradiger diastolischer Dysfunktion und erhaltener systolischer Funktion ohne Hinweise auf kardiale Dekompensationszeichen unwahrscheinlich. Im EKG ergäben sich keine Hinweise für einen akuten Infarkt. Die Thorax-beschwerden des Patienten seien dahingehend auch gänzlich atypisch. Klinisch zeige sich ein reizloses Sternum nach aortokoronarem Bypass ohne Hinweise auf einen Infekt. Die aktuelle Präsynkope in der Praxis bleibe unklar, bei vorhandenen Prodromi sei aber eine vasovagale oder orthostatische Genese wahrscheinlich (IV-Nr. 20 S. 23 ff.).

3.7 Im Bericht des J.____, Kardiologie, vom 10. Mai 2016 wurde festgehalten, zum Abschluss des ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramms präsentiere sich der Patient nach erfolgter AC-Bypassoperation in gutem Allgemeinzustand, kardiopulmonal kompensiert, hyperten und normokard. Abgesehen von den Schmerzen im Bereich der Sternotomienarbe und der stabilen Anstrengungsdyspnoe NYHA II sei der Patient im Alltag beschwerdefrei. In der Ergometrie vom 9. Mai 2016 zeige sich nach Rehabilitationsabschluss eine deutlich verbesserte, aber weiterhin eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit 68 % vom Soll ohne klinische oder elektrische Hinweise auf eine belastungsinduzierte Myokardischämie. Aufgrund unterdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit sei die Ergometrie allerdings eingeschränkt beurteilbar. Insgesamt zeige

sich ein erfreulicher Verlauf ohne die zuvor bestehende Angina pectoris und mit deutlich verbesserter körperlicher Leistungsfähigkeit. Mit der aktuellen Medikation könne fortgefahren werden. Bei klar verbesserten Beschwerden im Bereich der Sternotomie ohne Hinweise auf einen lokalen Infekt sei dem Patienten vorerst weiter eine Applikation der Voltaren-Salbe bei Bedarf empfohlen worden. Eine Verlaufskontrolle mittels TTE und Ergometrie werde in einem Jahr empfohlen (IV-Nr. 25 S. 15 ff.).

3.8 Laut dem Bericht des C.____, Herzchirurgie, vom 1. Juli 2016 über die Aortensprechstunde vom 29. Juni 2016 erfolgte eine Kontrolle bei persistierenden Schmerzen im unteren Sternumdrittel nach Sternotomie bei aortokoronarem Bypass vom 25. Dezember 2015. Es wurde dargelegt, der Patient gebe diese Schmerzen auch bei Reklination des Rumpfes an. Es erfolge eine gelegentliche Einnahme von Schmerzmitteln. Bei der lokalen Beurteilung zeige sich eine deutlich hypertrophe Narbe ohne Anhaltspunkte für einen lokalen Infekt. Das Sternum sei klinisch stabil, der Patient reagiere jedoch bei Abtastung des Sternums mit einer starken Empfindlichkeit. Ein klinischer Anhaltspunkt für eine epigastrische Narbenhernie könne nicht ausfindig gemacht werden. Der Patient sei im Rahmen dieses beschriebenen Beschwerdebildes weiterhin noch zu 100 % arbeitsunfähig, er sei aber stark an einer Wiedereingliederung in seinen Arbeitsprozess interessiert. Eine mitgelieferte CT-Untersuchung zeige ein mehr oder weniger fast vollständig konsolidiertes Sternum. Auch im Bereich des Epigastriums zeige sich keine auffällige Pathologie, die dieses Beschwerdebild von Seiten dieser Bildgebung erklären könnte. Die Schmerzen seien hier als muskulo-skelettal bedingt anzusehen und es sei zuerst eine gezielte physiotherapeutische Massnahme in Erwägung zu ziehen. Danach könnte bei persistierendem Beschwerdebild eine Schmerztherapie als Lösungsansatz versucht werden. Sollte auch dies nicht erfolgreich sein, sei dem Patienten zu empfehlen, die Drahtcerclagen operativ zu entfernen. Der Patient sei mit der Vorgehensweise einverstanden. Bezüglich der hypertrophen Narbe bestehe kein Handlungsbedarf, da sie lediglich optisch störend sei und keinen Grund für die Schmerzsymptomatik beinhalte (IV-Nr. 14 S. 1 f.).

3.9 Im Bericht des J.____ vom 2. September 2016 über die Behandlung des Beschwerdeführers auf der Notfallstation vom 27. August 2016 wurden die Hauptdiagnose «Vd auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel» und die Nebendiagnose «Koronare 3-Gefässerkrankung, St. n. 5-facher Bypass-Operation 12/16» (recte: 2015) gestellt. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient habe sich selbst zugewiesen. Seit gestern bestehe Schwindel bei Positionsänderung, beim Aufstehen und im Liegen beim Drehen des Kopfes, wobei der Schwindel weniger als eine Minute anhalte; Nausea oder Erbrechen bestünden nicht. Zur Beurteilung wurde angegeben, bei der Durchführung des Hallpike Manövers sei der Patient deutlich symptomatisch mit Schwindelepisoden gewesen, welche weniger als einer Minute gedauert hätten. Am ehesten handle es sich um einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) und der Patient sei im Selbstmanöver (Brandt-Daroff) für zu Hause instruiert worden (IV-Nr. 20 S. 10 f.).

3.10 Im Bericht des Hausarztes, Dr. med. M.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 21. April 2017 wurden als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die koronare Herzkrankheit und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Schmerzen im Bereich der Sternotomienarbe angegeben. Der Hausarzt attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (als Mechaniker Tiefdruck) vom 24. Dezember 2015 bis 11. Juli 2016 sowie eine solche von 50 % vom 12. Juli 2016 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht vom

23. Januar 2017 wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei noch im Ausmass von vier Stunden pro Tag bei verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Bei körperlich belastender Arbeit brauche der Patient Hilfe von Mitarbeitern. Er ermüde sehr rasch. Bei körperlicher Anstrengung klage er über einen Druck retrosternal. Bei der Arbeit hole er sich Hilfe bei den Mitarbeitern. Länger als vier Stunden täglich könne er nicht arbeiten. Eine andere Tätigkeit sei im Ausmass von sechs bis acht Stunden pro Tag zuzumuten, wobei keine Hektik am Arbeitsplatz herrschen und keine schweren Gegenstände bewegt oder gehoben werden sollten (IV-Nr. 20 S. 1 ff.).

3.11 RAD-Ärztin Dr. med. N. ____, Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Mai 2017 fest, der aktuell 52-jährige Versicherte habe im Dezember 2015 einen ausgedehnten Herzinfarkt erlitten. Durch Einbringen von fünf Bypässen habe wieder eine ausreichend gute Herzdurchblutung erreicht werden können mit einer bis Juli 2017 (recte: 2016) dokumentierten guten Herzleistung. Für eine leichte körperliche Tätigkeit wäre so ■ rein von den funktionellen kardiologischen Parametern her ■ von einer höherprozentigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Laut dem Bericht der Eingliederung vom August (recte: März) 2017 habe es der Versicherte nicht geschafft, bei seinem angestammten Arbeitgeber über ein Leistungspensum von 50 % hinauszukommen. Es werde von dauerhaften Einschränkungen an körperlicher Belastbarkeit bzw. einer vorzeitigen Ermüdbarkeit berichtet. Der Arbeitgeber wolle den Versicherten in einem 50%-Pensum behalten. Welcher Art Arbeit der Versicherte zwischenzeitlich bei seinem angestammten Arbeitgeber nachgegangen sei bzw. ob diese Arbeit ausreichend auf das Leiden angepasst gewesen sei, sei nicht ganz klar. Es seien aber schwere Arbeiten vermieden worden. Seit Juli 2016 seien keine neuen medizinischen Befundberichte mehr vorhanden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, es bestehe eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und eine vorzeitige Ermüdung. Das Zumutbarkeitsprofil sei von einem Kardiologen zu erbringen. Das Einholen weiterer medizinischer Berichte sei erforderlich (IV-Nr. 22).

3.12 Dr. med. O. ____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin und Herzkrankheiten, hielt in ihrem Begutachtungsbericht zu Händen des Taggeldversicherers vom 5. Mai 2017 fest, es bestünden weiterhin ausgeprägte lage- und bewegungsabhängige, anterior betonte Thoraxwand-Beschwerden mit exquisiter Schmerzverstärkung bei Rumpf-/Thorax-Bewegungen und Alltagsarbeiten als Mechaniker (speziell beim Heben von Lasten bereits von geringem Gewicht [weniger als 2 bis 5 kg]) sowie vermehrte Schmerzen nachts im Liegen: Es sei eine Schlafbehinderung mit entsprechend rascherer Erschöpfbarkeit vorhanden. Eine Angina pectoris oder Herzinsuffizienzzeichen bestünden nicht. Wegen diesen Rumpf-/Thorax-Beschwerden gelinge es mit grosser Überwindung, zu 50 % im angestammten Mechaniker-Tiefdruck-Beruf tätig zu sein, wobei eine hilfreiche Unterstützung von Arbeitskollegen bestehe. Jede Armbewegung über die Horizontale verstärke im Alltag die Thoraxbeschwerden, nachts sei der Schlaf aufgrund der Lagerung (Seitenlage) häufig unerträglich. Aufstehen aus liegender oder sitzender Position löse heftige anteriore, oberflächliche (skeletto-muskuläre) Thorax-Beschwerden aus. Bei der Berührung der Thorax-haut und der Muskulatur bestehe bereits eine exquisite Schmerzempfindung mit Dysästhesie, welche auch bei Bewegungen spontan empfunden werde. Es bestünden stabile Verhältnisse im Bereich des Sternums, doch auch suprasternal im Bereich der Haut sei eine Hyperästhesie vorhanden. Es seien ein unauffällig klinisch kardiologischer Status mit normalen Herztönen, aortalem Strömungsgeräusch (1 ■ 2/6) und

fehlender Herzinsuffizienz ■Symptomatik festzustellen.

Bei der Fahrradergometrie sei bereits nach knapp 2 Minuten Belastung mit 75 Watt ein Testabbruch wegen bewegungs- und atmungsbedingt «quälenden» anterioren, oberflächlichen Thoraxbeschwerden ohne Angina pectoris, ischämische Reaktion oder Tachyarrhythmie/Extrasystolie erfolgt. Die reduzierte Belastbarkeit sei sicherlich auch Folge der Dekonditionierung, welche wiederum als Folge der vermehrten skeletto-muskulären Thoraxbeschwerden resultiere. Es bestehe eine diastolische Ruhe- und Belastungshypertonie. Aufgrund der bisherigen Akten sei davon auszugehen, dass die für den Patienten quälenden anterioren Rumpf-/Thoraxbeschwerden skeletto-muskulärer Natur seien und nicht auf eine Sternum-Instabilität nach Bypassoperation mit Thorakotomie zurückzuführen seien. Die Arbeitsfähigkeit werde rein durch die oberflächlichen heftigen skeletto-muskulären Schmerzen mit wahrscheinlich schrittweise sich erhöhender Schmerzschwelle erklärt, welche dringend durch ein spezielles ärztliches Schmerztherapiezentrum weiter abzuklären und zu behandeln seien. Betreffend die koronare Herzkrankheit sei mittels der klinisch konservativen Abklärung und der diesbezüglich blanden Herzkreislauf-Anamnese kein Hinweis auf eine Progredienz zu finden. Zurzeit sei aufgrund der skeletto-muskulären Beschwerden im angestammten Beruf als Tiefdruck-Mechaniker keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich. Es gelte, alles daran zu setzen, dass die Arbeitsfähigkeit nicht weiter abnehme und eine psychisch bedingte Invalidität bestehe. Die kardiale Situation scheine seit der Bypass-Operation abgesehen von der Borderline-Hypertonie und nicht optimalen Cholesterin-Einstellungen günstig. Bei den momentan ausgeprägten Rumpfbeschwerden könne keine Steigerung der 50%igen Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) verlangt werden, bis aus ärztlicher Sicht eine gezielte Schmerztherapie bzw. Schmerzschwellen senkende Psychopharmaka Erfolg zeigten. Grössere Bewegungen im Rumpfbereich inkl. Heben von Lasten seien wegen der Provokation der momentanen Beschwerden objektiv nicht möglich (IV-Nr. 25 S. 3 ff.).

3.13

3.13.1 Der Beurteilung im Bericht des P.____, Kardiologie (Q.____, Oberärztin Kardiologie), vom 9. August 2017 über die Spiroergometrie vom 3. August 2017 kann entnommen werden, es bestehe eine formal eingeschränkte maximale Sauerstoffaufnahme (weniger als 10 % Quantil) bei erschwerter Compliance und Hyperventilation sowie eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit (72 % SAK) bei grenzwertig genügend belastetem Patienten (IV-Nr. 28 S. 5 f.). Es sei keine respiratorisch-ventilatorische oder kardiozirkulatorische Limitation vorhanden, möglicherweise bestehe eine periphere Limitation (Dekonditionierung), soweit dies bei eingeschränkter Compliance beurteilbar sei (IV-Nr. 28 S. 5 f.).

3.13.2 Im Bericht des J.____, Kardiologie (Q.____), vom 9. August 2017 wurden die Diagnosen «Unklare Sternalgien bei St.n. Sternotomie 25.12.2015» sowie «Koronare 3-Gefässerkrankung mit normaler LV-Funktion» gestellt. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, anamnestisch beklage der Patient chronische Sternalschmerzen, die ihn bei Arbeitstätigkeiten (Arme spreizen) oder auch nachts störten, wobei er auf Analgetika verzichte. Zudem bestünden seit der Herzoperation chronische Schwindelbeschwerden und eine leichte Orthostase, ohne Sturz oder Synkopen bisher. Die kardiovaskulären Risikofaktoren Cholesterin und Nikotin seien erfreulich gut kontrolliert (Nikotinkarenz). Klinisch zeige sich ein kardiopulmonal kompensierter Befund mit stabilen und reizlosen

Befunden im Bereich des Sternums, normotonom Konsultations-Blutdruck und normokardem Sinusrhythmus im unauffälligen EKG. Auffällig sei eine phasenweise demonstrative Hilflosigkeit, eine Widersprüchlichkeit und eine Ablenkbarkeit. Echokardiographisch zeige sich eine biventrikulär normale Pumpfunktion, ohne relevantes Klappenitium und ohne Perikarderguss. In der Spiroergometrie zeige sich bei knapp genügender Belastung ein klinisch und elektrisch negativer Befund, mit formal leicht eingeschränkter maximaler Sauerstoffaufnahme und Leistungsfähigkeit ohne pulmonale oder kardiozirkulatorische Limitation. Es bestehe eine erschwerte Compliance. Während der Untersuchung sei eine deutliche Hyperventilation festzustellen. Während der gesamten Belastungsuntersuchung seien die Arme normal gespreizt gewesen in Fahrradhaltung ohne Schmerzangabe sternal. Die Belastung sei wegen Erschöpfung beendet worden. Somit bestünden klinisch, im EKG und echokardiographisch, keine relevant pathologischen Befunde, im Belastungstest zeigten sich keine kardiopulmonalen Limitationen. Das Sternum sei vor einem Jahr ausgiebig in der herzchirurgischen Sprechstunde an der [...] beurteilt worden, inklusive CT, der Patient beklage unveränderte Beschwerden seit der Herzoperation, ohne neue Komponente seit der herzchirurgischen Verlaufskontrolle. Die beklagten Sternalbeschwerden seien aufgrund der aktuell während der Untersuchung beobachteten und erhobenen Befunde schwer nachvollziehbar (IV-Nr. 28 S. 1 ff.).

3.14 Im Bericht des J.____, Kardiologie (Q.____), vom 30. August 2017 wurde dargelegt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei aufgrund der aktuellen kardiologischen Untersuchungsbefunde gut, die Leistungsfähigkeit und allenfalls auch die muskuloskelettale Komponente könnten sich möglicherweise durch eine regelmässige körperliche sportliche Aktivität verbessern (Rekonditionierung). Aus kardialer Sicht bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ob die Arbeitsfähigkeit punkto der angegebenen muskuloskelettalen Problematik verbessert werden könne und wie, müsste rheumatologisch beurteilt werden. Berufliche Massnahmen seien aus kardiologischer Sicht nicht angezeigt.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde dargelegt, aufgrund der aktuellen kardiologischen Untersuchungsbefunde sei kein hindernder Einfluss auf die beschriebene Tätigkeit eruierbar. Aus rheumatologischer Sicht bleibe zu beurteilen, ob die angegebenen Beschwerden einen allenfalls mindernden Einfluss hätten. Die bisherige Tätigkeit sei aus kardiologischer Sicht ohne Einschränkung zu 100 % zuzumuten; dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Andere Tätigkeiten mit leichter bis mittlerer körperlicher Belastung seien der versicherten Person uneingeschränkt zumutbar. Aus kardiologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen, Einschränkungen könnten sich allenfalls gemäss einer rheumatologischen Beurteilung (Sternalgien) ergeben. Solche Tätigkeiten seien mit einem Pensum von 100 % zuzumuten (IV-Nr. 30).

3.15

3.15.1 Im von der Beschwerdegegnerin veranlassten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt Rheumatologie und Innere Medizin FMH, vom 8. Februar 2018 wurde gestützt auf die Computertomographie des Thorax vom 25. August 2017 dargelegt, bei Status nach Sternotomie seien intakte Cerclagen festzustellen. Die Sternotomie sei komplett ossär konsolidiert, es bestünden keine Pseudarthrosebildung oder ossäre Veränderungen. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Ventrale Thoraxschmerzen bei Status nach Sternotomie Dezember 2015, Fehllhaltung bei Hyperkyphose, Dekonditionierung, muskuläre Dysbalance der thorakalen

Muskulatur, neuropathische Schmerzen im Narbenbereich sternal (differenzialdiagnostisch Schmerzverarbeitungsstörung); Allgemeine Erschöpfbarkeit und Schwäche bei Dekonditionierung bzw. nicht-organischer Selbstlimitierung». Die Diagnose «Koronare Herzkrankheit mit Status nach infero-posteriorem Myokardinfarkt und 5-fachem AC-Bypass im Dezember 2015» hat nach den Angaben des Gutachters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als zusätzliche, nicht abschliessend beurteilbare Diagnose wurden «unklare Schwindelgefühle» genannt.

Unter dem Titel «medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung» wurde im Wesentlichen dargelegt, am 25. Dezember 2015 sei im Rahmen eines akuten infero-posterioren Myokardinfarkts am C.____ eine 5-fache Bypassoperation durchgeführt worden. Postoperativ habe der Explorand über anstrengungsabhängige Dyspnoe und sternale Schmerzen bei Rumpfdrehungen geklagt. Anlässlich der kardiologischen Kontrolle vom 10. Mai 2016 sei eine Zunahme der Leistungsfähigkeit dokumentiert worden, der Explorand habe 68 % seiner Sollarbeitskapazität erreicht. Weiterhin hätten Schmerzen im Sternotomiebereich bestanden, ein erstes Computertomogramm des Thorax habe eine noch nicht vollständig konsolidierte Sternotomie gezeigt. Anlässlich einer herzchirurgischen Kontrolle am C.____ vom 1. Juli 2016 seien die Thoraxschmerzen als muskuloskelettal beurteilt worden; es seien Physiotherapie, eventuell auch eine Schmerztherapie empfohlen worden. Am 2. September 2016 habe der Explorand wegen einer akuten Schwindelepisode die Notfallstation des P.____ aufgesucht, wo klinisch der Verdacht auf einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel gestellt worden sei. Ab dem 12. Juli 2016 habe der Explorand seine angestammte Arbeit zu 50 % wieder aufnehmen können, eine weitere Steigerung der Arbeitsbelastung sei jedoch nicht gelungen, was vom Hausarzt in seinem Bericht vom 21. Januar 2017 mit einer allgemein verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit begründet worden sei. In einer adaptierten Tätigkeit ohne schwere Lasten und ohne Hektik habe der Hausarzt die mögliche Arbeitsfähigkeit mit sechs bis acht Stunden täglich beurteilt. Die Eingliederung habe den Fall am 9. März 2017 abgeschlossen, der Explorand habe sich nicht in der Lage gefühlt, mehr als 50 % zu arbeiten.

Der Explorand schildere drei Problemkreise: Einerseits bestünden zwar nun geringere, aber weiterhin bestehende ventrale Thoraxschmerzen beim Aufstehen nach längerem Sitzen, auf lokalen Druck oder auch bei Arbeiten mit ausgestreckten Armen. Zudem fühle er sich körperlich rasch erschöpft und könne aus diesem Grund nicht länger als vier Stunden arbeiten, auch die Kraft in Armen und Händen sei vermindert und auch hier bestehe eine rasche Ermüdbarkeit. Schliesslich klage er über immer wieder auftretende Schwindelsensationen, dies einerseits beim Bücken, andererseits wenn er schnell bewegten Objekten mit den Augen folgen müsse. Der Gutachter führte aus, in der klinischen Untersuchung zeige sich einerseits eine Fehlförmigkeit der Wirbelsäule mit Hyperkyphose der BWS und dadurch mitbedingt eine deutliche Fehllage mit Schulter- und Kopfprotraktion, ebenfalls bestehe eine leichte linkskonvexe thorakale Skoliose. Der übrige Untersuchungsbefund der Wirbelsäule sei weitgehend unauffällig, auch an den peripheren Gelenken liessen sich klinisch keine relevanten pathologischen Befunde erheben. Hauptbefund sei die ausgeprägte Druckdolenz des Sternums, der intercostalen Muskulatur und der sternocostalen Übergänge sowie auch des M. pectoralis major beidseits. Ein Teil der belastungsabhängigen Thoraxschmerzen könne rheumatologisch neben der deutlichen Fehllage mit vermehrter sternocostaler Belastung auf eine muskuläre Dysbalance im Bereich des M. pectoralis major zurückgeführt werden, auch scheine die intercostale

Muskulatur deutlich schmerzhaft zu sein. Die stark schmerzhaft bereits leichte Berührung vor allem im mittleren Narbenbereich könnte auch auf eine neuropathische Schmerzkomponente hinweisen, auf Nachfragen gebe der Explorand an, dabei ein vergrössertes Schmerzareal zu empfinden. Allerdings falle auch ein medizinisch objektiv nicht erklärbares, sehr auffälliges und ausgeprägtes Schmerzverhalten auf. Insbesondere seien zum Beispiel die sehr deutliche Schmerzmimik und Schmerzäusserungen beim Aufstehen vom Stuhl oder auch bei der Prüfung des Jobe-Tests bzw. der isometrischen Aussenrotation des Armes medizinisch nicht plausibel, da man dabei weder die intercostale noch die Pectoralis-Muskulatur beanspruche und auch keine Belastung der sternocostalen Übergänge bestehe. Auch das ausgeprägte Schmerzverhalten beim Abliegen oder beim Drehen auf der Untersuchungsfläche sei doch deutlich diskrepant zu den ansonsten unauffälligen Bewegungsmustern in allen Richtungen zum Beispiel beim Auskleiden oder Ankleiden. Ähnliche Diskrepanzen seien bereits durch die Kardiologin Dr. med. Q.____ beobachtet worden. Radiologisch sei die Sternotomie vollständig durchgebaut, sowohl die sternocostalen als auch die costovertebralen Übergänge und der Rippenthorax stellten sich vollständig unauffällig dar, sodass wohl ein Teil der Beschwerden auf die Fehlhaltung, die muskuläre Dysbalance und allenfalls auf eine gewisse neuropathische Schmerzkomponente zurückgeführt werden könne. Das Beschwerdebild insgesamt könne jedoch aufgrund der objektiven Befunde nicht erklärt werden und es müsse eine wesentliche nicht-organische Schmerzkomponente im Sinne einer pathologischen Schmerzverarbeitung bzw. auch einer Symptomausweitung postuliert werden.

Im Weiteren führte der rheumatologische Gutachter aus, die ebenfalls beklagte und subjektiv für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehende allgemeine Leistungsschwäche mit körperlich rascher Ermüdbarkeit sei aus medizinischer Sicht bei mehrfach unauffälligen kardiologischen bzw. herzchirurgischen und auch einer vollständig unauffälligen pneumologischen Abklärung medizinisch höchstens durch eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung zu erklären. Auch hier sei somatisch jedoch unklar und kaum nachvollziehbar, warum nach Angewöhnung in den Arbeitsprozess in der angestammten, wohl mehrheitlich als maximal mittelschwer zu beurteilenden Tätigkeit eine allmähliche Steigerung der Leistungsfähigkeit nicht möglich sein sollte. Auch hier müsse aus rheumatologischer Sicht eine Selbstlimitierung im Rahmen einer Symptomausweitung mit grosser Wahrscheinlichkeit vermutet werden. Ätiologisch unklar blieben die vom Exploranden weiterhin geschilderten Schwindelbeschwerden. Für die im September 2016 geäusserte Verdachtsdiagnose eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels seien aktuell anamnestisch und klinisch keine klaren Hinweise zu finden.

Differenzialdiagnostisch kämen am wahrscheinlichsten unspezifische Schwindelbeschwerden im Rahmen einer Symptomausweitung in Frage. Ein organisch bedingter Schwindel z.B. als Folge der wohl schweren allgemeinen Arteriosklerose (beschriebene Gefässverkalkungen in den beiden Computertomographien des Thorax) könne rheumatologisch jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden und müsste neurologisch beurteilt werden.

Zur Arbeitsfähigkeit nahm der Gutachter dahingehend Stellung, im Rahmen der Fehlform und Fehlhaltung sowie der muskulären Dysbalance im Bereich der Brustwirbelsäule und des Thoraxskeletts bestehe objektivierbar eine gewisse Einschränkung der Belastbarkeit für repetitives Heben von mittelschweren und schweren Lasten, von längeren manuellen Arbeiten körperfern auf und über Brusthöhe und allenfalls auch von häufigen gebückten

Arbeiten bzw. häufigem Heben von Lasten vom Boden auf Tischhöhe. Keine Einschränkungen bestünden dagegen hinsichtlich der Gehfähigkeit, auch wiederholtes Treppensteigen sei dem Exploranden ohne weiteres zumutbar. Auch sitzende Tätigkeiten und manuelle Arbeiten an einem Tisch seien ihm ohne Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht zumutbar, solange eine gewisse Dynamik beim Sitzen möglich sei und keine länger dauernde Fehlhaltung des Oberkörpers erforderlich sei. Auch Rotationen des Oberkörpers seien dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht wohl zumutbar, solange diese nicht repetitiv-uniform oder mit gleichzeitiger mittelschwerer oder schwerer Gewichtsbelastung durchzuführen seien. Aufgrund der zweifellos vorhandenen allgemeinen Dekonditionierung sei aus rheumatologischer Sicht eine gewisse Einschränkung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit gegeben, diese übersteige jedoch das Ausmass von 20 % aufgrund etwas vermehrt notwendiger Pausen nicht.

Bei der angestammten Tätigkeit handle es sich um eine wohl mehrheitlich stehende, körperlich teilweise leichte, teilweise mittelschwere Tätigkeit mit möglicher Wechselbelastung. Beeinträchtigend für die Arbeitsfähigkeit müssten gelegentlich bis 30 kg schwere Lasten gehoben werden, gemäss Aussagen des Exploranden könne er dabei jedoch auf die Mithilfe von Kollegen zurückgreifen. Ebenfalls ungünstig sei, dass der Explorand häufig manuelle Arbeiten mit ausgestreckten Armen durchführen müsse, was im Rahmen seiner muskulären Dysbalance insbesondere im Bereich der Pectoralis-Muskulatur eine verminderte Leistungsfähigkeit teilweise begründe und zur Notwendigkeit von vermehrten Pausen führe. Aus rein rheumatologischer Sicht dürfte aufgrund der objektivierbaren Befunde in der angestammten Tätigkeit jedoch medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägiger Anwesenheit mit um 30 % eingeschränkter Leistungsfähigkeit aufgrund vermehrten Pausenbedarfs gegeben sein. Die subjektive Leistungseinschränkung um 50 % sei aus objektiver rheumatologischer Sicht nicht begründbar und müsse auf eine zusätzliche nicht organisch bedingte Selbstlimitierung des Exploranden zurückgeführt werden.

In einer den Beschwerden und funktionellen Einschränkungen adaptierten, körperlich leichten bis teilweise mittelschweren Tätigkeit ohne häufige Haltungskonstanz des Rumpfes und ohne häufige bzw. länger dauernde manuelle Arbeiten körperfern auf Brusthöhe oder über Kopf sei dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit dagegen zumutbar. Die allgemeine Dekonditionierung spiele in einer körperlich leichten und nur gelegentlich mittelschweren körperlichen Tätigkeit keine einschränkende Rolle, sodass eine ganztägige Anwesenheit ohne zusätzlichen Pausen zumutbar sei. Wie erwähnt, seien weder die Geh- noch die Sitzfähigkeit eingeschränkt. Auch manuelle Arbeiten auf einem Tisch könnten ohne weiteres zugemutet werden.

Im zeitlichen Verlauf sei davon auszugehen, dass bei optimaler Gestaltung des Arbeitsplatzes mit den erwähnten vermehrten Pausen (z.B. jeweils 30 Minuten Pause nach zwei Stunden Arbeit, zusätzliche längere Mittagspause von eineinhalb bis zwei Stunden) eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumindest medizinisch-theoretisch ab ca. September 2016 möglich gewesen wäre, dies immer unter der Voraussetzung, dass dies organisatorisch im Betrieb auch durchführbar sei. In einer wie oben geschilderten adaptierten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht seit mindestens Juli 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Aus rheumatologischer Sicht wäre als wichtigste therapeutische Massnahme zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit ein rekonditionierendes Training mit einerseits Verbesserung der kardiopulmonalen Fitness und andererseits der Behebung der muskulären

Dysbalance im Rumpf- und Thoraxbereich erforderlich. Bei bekannter koronarer Herzkrankheit wäre es am ehesten sinnvoll, eine solche Rekonditionierung im Rahmen eines ambulanten oder auch stationären kardiologisch betreuten Programms durchzuführen. Durch eine allgemeine körperliche Rekonditionierung könne die Leistungsfähigkeit zumindest aus rheumatologischer Sicht innerhalb von drei bis sechs Monaten soweit gesteigert werden, dass auch in der angestammten Tätigkeit wohl wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichbar sein dürfte (IV-Nr. 35.1).

3.15.2 Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dipl. Arzt D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2018 gehen folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 hervor: «Erschwerte Schmerzbeswerdeverarbeitung (F54) mit somatoformer Mitausgestaltung und dysfunktionaler Fehlverarbeitungstendenz mit/bei anamnestisch koronarer Herzkrankheit mit Status nach subakutem inferio-posteriorem Myokardinfarkt 23.12.2015 und Status nach AC-Bypass-Operation 25.12.2015, sehr leistungsbereiter, auf Autonomie bedachter akzentuierter Persönlichkeitsstruktur (Z73.1), nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichend». Der psychiatrische Gutachter führte aus, der Explorand zeige im psychopathologischen Untersuchungsbefund Symptome einer erschwerten Schmerzbeswerdeverarbeitung mit dysfunktional-selbstlimitierender Symptomausweitung im Rahmen einer möglichen somatoformen Mitausgestaltung, die Symptomatik sei entsprechend unter der ICD-10 Kategorie F54 eingeordnet worden. Differentialdiagnostisch sei insbesondere an eine somatoforme Schmerzbeswerdeentwicklung (F45.4) zu denken, die Kriterien hierfür seien aktuell aber noch nicht hinreichend erfüllt; diesbezüglich müsse der weitere Verlauf fortlaufend evaluiert werden. Persönlichkeitsstrukturell liege eine sehr leistungsbereite und auf Autonomie bedachte Persönlichkeitsakzentuierung zugrunde, diese erreiche nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung, sei aber richtungsgebend-disponierend im gestörten Schmerzbeswerdeverarbeitungsprozess als mit Einfluss nehmend mit zu gewichten. Darüber hinaus könne aus dem aktuell erhobenen Befund, den explorierten Angaben und den gewonnenen Persönlichkeits- und Verhaltenseindrücken keine psychiatrische Diagnose aus dem ICD-10-Spektrum abgeleitet werden, insbesondere sei keine den affektiven Störungsbereich (F3) betreffende Diagnose ableitbar. In diesem Zusammenhang könne die von der vorbegutachtenden Kardiologin 2017 fachfremd postulierte depressive Reaktion zum aktuellen Zeitpunkt nicht festgestellt werden. Vorübergehend könnten allenfalls die Kriterien für eine Anpassungsstörung im Rahmen einer kurzen depressiven Reaktion (ICD-10 F43.20) in der Vorgeschichte erfüllt gewesen sein, wobei sich auch diese Diagnose aus dem kardiologisch gutachterlichen Befund nicht ableiten lasse. Zu betonen sei, dass es sich im Rahmen der erschwerten Schmerzbeswerdeverarbeitung mit dysfunktional-selbstlimitierenden Fehlverarbeitungstendenzen in der aggravierend ausgerichteten Darstellungstendenz wahrscheinlich nicht um einen bewussten Aggravations- oder Simulationsprozess des Exploranden handle, sondern die Beschwerdedarstellung im Rahmen des subjektiv erlebten Leids und der ausgeführten psychodynamischen Verarbeitung aufgrund der mit Einfluss nehmenden persönlichkeitsstrukturellen Akzentuierung einzuordnen sei.

Der psychiatrische Gutachter führte im Weiteren aus, zum aktuellen Zeitpunkt könne kein depressives Zustandsbild, insbesondere keine die Kriterien einer depressiven Episode F3 erfüllende Beschwerdesymptomatik festgestellt werden. Eine gewisse psychische Mitbeteiligung sei auch im Rahmen der Berichte der kardiologischen Behandler des P.____

hinsichtlich der Beschwerdewahrnehmung, ■ausgestaltung und -demonstration vermutet worden, dies decke sich mit den aktuell erhobenen Befunden und gewonnenen Persönlichkeits- und Verhaltensbeobachtungen und werde im Rahmen der Diagnose einer erschwerten psychisch mitbedingten Schmerzbeschwerdeverarbeitung mit dysfunktional-somatisierender Ausweitungstendenz (F54) berücksichtigt, ohne dass aktuell die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Störung (F45.4) hinreichend erfüllt seien. Bezüglich letzterer Diagnose müsse aber der weitere Verlauf beobachtet und versicherungsmedizinisch beurteilt werden, da im Rahmen der dysfunktional somatisierenden Fehlverarbeitungstendenzen ein Übergang in diesen Störungsbereich mindestens medizinisch-theoretisch mit erhöhter Wahrscheinlichkeit möglich werden könne, sofern keine entsprechenden therapeutischen Interventionen erfolgten. Entsprechend habe die kardiologische Gutachterin Dr. med. O. ___ bereits im Mai 2017 den Einbezug eines spezialisierten Schmerzzentrums empfohlen, eine entsprechende interdisziplinäre schmerzfoкусиerte Behandlung im ambulanten oder stationären Rahmen sei aber gemäss vorliegenden Informationen bislang nicht erfolgt. Ebenso sei bis zum aktuellen Zeitpunkt keine psychiatrische oder psychologisch-psychotherapeutische Mitbehandlung eingeleitet worden und es sei auch nicht der empfohlene Einsatz einer schmerzdistanzierend-antidepressiven Psychopharmaka-Medikation erfolgt; diesbezüglich seien bei nicht erreichtem medizinischem Endzustand aus fachärztlich psychiatrischer Sicht die entsprechenden Therapieoptionen zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausgeschöpft worden. Hierfür zeige der Explorand grundsätzlich gute vorhandene Ressourcen im Rahmen seiner vermittelten Leistungsbereitschaft und Arbeitsmotivation, die auch im Rahmen der fortgesetzten Arbeitstätigkeit am langjährigen Arbeitsplatz vermittelt und beschrieben werde. Auch die privaten Aktivitäten mit regelmässigen Spaziergängen mit der Ehefrau, Autofahren und regelmässigem Fahren auf dem Hometrainer deuteten auf ein entsprechend aktivierbares Potenzial im Rahmen der vorhandenen Ressourcen hin.

Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, die geschilderten Beschwerden und erhobenen Befunde sowie die gewonnenen Persönlichkeits- und Verhaltenseindrücke im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Abklärung seien konsistent mit der diesbezüglichen medizinischen Aktenlage und Darstellung der Beschwerdeentwicklung. Die Beschwerden betreffen alle Lebensbereiche, wobei dem Exploranden sowohl bei der Arbeit im Rahmen des aktuell zumindest leistbaren Pensums von 50 % als auch im privaten Rahmen durchaus Aktivitäten in Form der geschilderten Bemühungen und Hobbies möglich seien. Die geklagten anhaltenden Schmerzen, die damit verbundenen Schlafstörungen aufgrund schmerzbedingten nächtlichen Erwachens und die subjektiv vermehrte Ermüdbarkeit und Erschöpfung seien im Rahmen der gestellten psychiatrischen Diagnosen, der zugrundeliegenden Befunde und der Persönlichkeitsakzentuierungen teilweise nachvollziehbar, die geschilderte starr eingenommene Grenze hinsichtlich einer 50%igen Leistungsminderung am angestammten Arbeitsplatz oder auch bezogen auf denkbare Verweistätigkeiten könne aber im Rahmen der erhobenen Befunde und der gestellten psychiatrischen Diagnosen nicht hinreichend vollständig und plausibel begründet werden. Eine gewisse leistungsmässige Limitierung im Rahmen der erschwerten primär psychisch bedingten Beschwerdeverarbeitung sei aber aus fachärztlich psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch möglich. In diesem Zusammenhang könne den Beurteilungen der involvierten somatischen Vorbehandler hinsichtlich einer vermuteten psychosomatisch mitausgestalteten Störungskomponente im Gesamtbeschwerdebild zugestimmt werden. Wie dargestellt, könne eine anhaltende

depressive Beschwerdeentwicklung zum jetzigen Zeitpunkt diagnostisch nicht bestätigt werden.

Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde ausgeführt, im Längsverlauf zeige der Explorand bis zum kardialen Ereignis im Dezember 2015 gute persönliche und berufliche Ressourcen zur erfolgreichen Lebensbewältigung im beruflichen und privaten Bereich, diesbezüglich sei insbesondere die langjährig erfolgreich erbrachte 100%ige Arbeitsleistung am angestammten Arbeitsplatz als Tiefdruck-Mechaniker zu gewichten, auch aktuell finde man bestehende Leistungsreserven und Ressourcen im Rahmen der vermittelten Arbeitsbereitschaft und signalisierten Motivation in der Umsetzung des bis aktuell geschilderten 50%-Arbeitspensums. Auch die kognitiven Funktionen seien für diesen Arbeitsbereich aus psychiatrischer Sicht ausreichend und der Explorand zeige ebenso bestehende Ressourcen im privaten Bereich mit berichteten Spaziergängen mit der Ehefrau, stabil geschilderter Situation im Zusammenleben mit der Familie im eigenen Haus, regelmässigen Autofahrten in einem kurzen Radius sowie regelmässigem Fahren auf dem Hometrainer. Ungünstig und subjektiv leistungslimitierend wirke sich das selbst erlebte Schmerzerleben und die damit verbundene dysfunktional somatoforme Beschwerdeausgestaltung mit gewissen Hinweisen für eine selbstlimitierende Vermeidungstendenz aus. In diesem Zusammenhang müsse die sehr leistungsbereite und auf Autonomie bedachte Persönlichkeitsakzentuierung mitgewichtet werden, die den Exploranden die aktuelle Situation gegenüber dem eigenen leistungsstarken Selbstbild konflikthaft erleben lasse. Positiv zu gewichten seien schliesslich die guten Deutschkenntnisse und auch in der aktuellen Situation das Bemühen um eine direkte Kommunikation in deutscher Sprache.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, in Abwägung der erhobenen psychopathologischen Befunde und Persönlichkeits- und Verhaltensbeobachtungen gegenüber den bestehenden medizinisch-theoretischen Leistungsreserven, persönlichen Ressourcen und nicht primär versicherungsmedizinisch zu gewichtenden Aspekten ergebe sich aktuell allein bezogen auf die psychische Gesundheitssituation aus fachärztlicher Sicht eine maximal leichtgradige mit Einfluss nehmende Leistungslimitierung entsprechend einer allein psychiatrisch ableitbaren, maximal 20%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf das angestammte Tätigkeitsprofil als Mechaniker im Tiefdruck. Im Längsverlauf sei mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine entsprechende Einschränkung seit dem kardialen Ereignis und der im Folgenden einsetzenden Beschwerdeentwicklung seit Dezember 2015 anzunehmen. Diese Ausführungen hinsichtlich einer maximal 20%igen psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gälten auch für denkbare angepasste Tätigkeiten entsprechend somatisch-kardiologischen bzw. rheumatologischen Vorgaben. Aus psychiatrischer Sicht sollte im Rahmen arbeitsplatzerhaltender Massnahmen versucht werden, den aktuellen, für den Exploranden sehr positiv besetzten langjährigen Arbeitsplatz weiter stabilisierend zu erhalten und im Rahmen eines angepassten Anforderungsprofils auf eine aus psychiatrischer Sicht mögliche weitere Leistungssteigerung hinzuarbeiten (IV-Nr. 36.1).

3.15.3 Im Rahmen der interdisziplinären (psychiatrisch-rheumatologischen) Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit fest, interdisziplinär werde die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 70 %, diejenige in einer den somatischen Vorgaben angepassten Tätigkeit auf 80 % festgesetzt. Psychiatrisch sei eine Behandlung in einem ambulanten oder stationären Setting in einer geeigneten Spezialklinik (z.B. Klinik [...]) zu prüfen, auch rheumatologisch könne dies durchaus unterstützt werden.

Bei optimalem Behandlungsverlauf könne durchaus auch in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit realisiert werden (IV-Nr. 35.2).

3.16 Hausarzt Dr. med. M.____ hielt in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 23. Februar 2018 fest, die Darstellung der Beschwerden, die klinischen Befunde und die bisherigen therapeutischen Massnahmen deckten sich mit seinen Beobachtungen und Befunden, sowohl im psychischen als auch im rheumatologischen Bereich. Die Beschwerden seien chronifiziert. Auch wenn objektiv wenig an Pathologie nachweisbar sei, werde es schwierig sein, die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Zurzeit werde der Patient im R.____ in [...] behandelt. Mit der Beurteilung und den Therapievorschlügen sei er, Dr. med. M.____, einverstanden, er hoffe auf eine allmähliche Linderung der Ängste und Schmerzen (IV-Nr. 38).

3.17 In ihrer Stellungnahme vom 19. März 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. N.____ fest, das neu erstellte bidisziplinäre Gutachten sei nach einer medizinischen Würdigung als ausreichend schlüssig, ausgewogen und umfassend zu qualifizieren, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-Nr. 40).

3.18 Laut dem Bericht des C.____ vom 2. Mai 2018 berichtete der Beschwerdeführer, dass es ihm bezüglich der Schmerzen gleich schlecht gehe wie bei der Konsultation vor einem Monat. Er habe jedoch festgestellt, dass er deutlich mehr Schmerzen habe ohne das Lidocain Pflaster. Bezüglich Schlaf habe sich nicht viel geändert. Er sei schnell erschöpft bei der Arbeit und habe immer noch starke bewegungsabhängige Schmerzen. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die unterste Cerclage, die radiologisch durch den knorpeligen Teil der Rippe 6 rechts ventral gehe, scheine nicht verantwortlich zu sein für die Auslösung der stechenden Schmerzen. Vielmehr könnten die Schmerzen im gesamten Bereich des Sternums und der Sternotomienarbe ausgelöst werden. Der Patient scheine zu einem gewissen Grad fixiert zu sein auf die Sternotomienarbe. Zur Behandlung werde weiterhin eine tägliche Lidocainpflasterapplikation, eine Steigerung des Amitriptylin sowie der Versuch einer diagnostischen Infiltration parasternal beidseits empfohlen (IV-Nr. 48 S. 4; vgl. auch Interventionsbericht über die ultraschallgesteuerte therapeutische Steroid-Infiltration des Sternums auf Höhe Th4 vom 6. Juni 2018, IV-Nr. 48 S. 2 f.).

3.19 Die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. N.____ vom 1. November 2018 zum Einwand vom 11. Oktober 2018 lautete wie folgt: Bei der Durchsicht der zwischenzeitlich umfangreichen medizinischen Unterlagen werde schnell deutlich, dass dominant immer wieder eine Schmerzsymptomatik am Thorax bei Zustand nach Sternotomie wegen Einbringen von Stents nach Herzinfarkt beklagt werde. Ebenfalls stehe eine allgemeine Erschöpfbarkeit im Vordergrund. Eine in den Vordergrund gehobene Schwindelsymptomatik sei vor der Gutachtenerstellung bereits einmal erwähnt worden: Im September 2016 sei im Rahmen einer Selbsteinweisung der Verdacht auf das Vorliegen eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) aufgekommen. Die punktuelle Symptomatik habe keine stationäre Aufnahme erfordert. Das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeit sei nicht für notwendig erachtet worden. Es sei davon auszugehen, dass diese Symptomatik nicht fortbestehend gewesen sei. Andernfalls wären weiterführende diagnostisch/therapeutische Massnahmen anzunehmen. Solche seien an keiner Stelle dokumentiert. Auch bei der beruflichen Eingliederung sei das Vorliegen einer Schwindelsymptomatik nicht thematisiert worden. Darüber hinaus sei bei allfälligem Vorliegen eines BPLS davon auszugehen, dass dieser zwar unangenehm, aber als harmlos einzustufen sei. Auch könne er durch spezifische Manöver gut behandelt werden, was auch

für Rezidiven gelte. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei deswegen nicht zu erwarten. Für eine fachspezifische (neurootologische) Begutachtung seien keine berichtsmässigen Ausgangsbefunde dokumentiert. Eine Begutachtung sei nicht dazu da, Primärdiagnostik zu betreiben. Erst wenn sich, trotz der therapeutischen Bemühungen, für den spezifischen Sachverhalt eine längerfristige Arbeitsfähigkeitsrelevanz abzeichne, komme eine Begutachtung zum Zug (IV-Nr. 50 S. 2 f.).

3.20 Dem im Beschwerdeverfahren eingeholten Bericht der behandelnden Kardiologin, Dr. med. I.____, Kardiologie FMH (), vom 7. November 2018 (vgl. A.S. 68 und 72 f.) können folgende Diagnosen entnommen werden: «Koronare 3-Asterkrankung, ED 24.12.2015, subakuter inferolateraler ST-Hebungsinfarkt 25.12.2015, Koronarangiographie 25.12.2015 (K.____): 80 ■ 90%ige Hauptstammstenose, serielle Stenose der proximalen mittleren und distalen RIVA, Stenose des Diagonalastes I, subtotale Stenose der mittleren RCX, Stenose mit proximaler und mittlerer RCA. Global leicht eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion, St.n. aortokoronarer Bypass (LIMA-RIVA, RIMA-ACD, Arteria radialis-Marginalast 1-2-3 sequenziell) am 25.12.2015 am C.____, TTE 03.08.2017 (J.____): normale LV-Funktion, TTE 07.11.2018: normale linksventrikuläre Funktion, sehr diskrete Hypokinesie inferolateral, keine relevanten Klappenvitien, Fahrrad-Ergometrie 07.11.2018: klinisch und elektrisch nicht beurteilbar bei fehlender Ausbelastung (limitiert durch periphere Ermüdung), Kardiovaskuläre Risikofaktoren: St.n. Nikotinkonsum (kumulativ 10 py, stop am 24.12.2015), pos. Familienanamnese, Dyslipidämie». Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Patient sei zur kardialen Verlaufskontrolle bei obgenannter Diagnose zugewiesen worden. Chronische Thorakalgien (Schmerzen im Brustkorb) seit der aortokoronaren Bypass-Operation seien bekannt, wobei diese ausführlich sowohl im C.____ als auch im P.____ bereits untersucht worden seien. Der Patient befinde sich zurzeit in der Schmerzprechstunde im C.____. Die Beschwerden seien permanent vorhanden, bei Thoraxbewegungen seien sie verstärkt, unter leichter Belastung besserten sie sich jedoch. Dazu bestehe eine allgemeine Müdigkeit und ein chronischer Schwindel, welche sich klinisch nicht näher differenzieren liessen und die nicht auf eine Orthostase (Wechsel in die aufrechte Körperlage) zurückgeführt werden könnten. Dyspnoe, Palpitationen oder Synkopen seien verneint worden. Zum Zeitpunkt der Sprechstunde sei er kardiopulmonal kompensiert. Bis auf eine Keloidbildung der prästernalen Narbe seien die Verhältnisse reizlos mit einem stabilen Sternum. Echokardiographisch bestätige sich die bereits bekannte normale linksventrikuläre Funktion mit einer sehr diskreten inferolateralen Hypokinesie, welche die Müdigkeit und sonstige Beschwerden des Patienten sicherlich nicht erkläre. Relevante Klappenvitien seien nicht vorhanden. Auf dem Fahrradergometer sei die Leistungsfähigkeit des Patienten so eingeschränkt (54 % des Soll), dass der Test betreffend Koronardurchblutung nicht aussagekräftig sei. Entsprechend sei dem Beschwerdeführer die Durchführung einer Stressechokardiographie empfohlen worden. Nichtsdestotrotz seien die permanenten Thorakalgien des Patienten kardial nicht erklärt. Nachdem gemäss Akten ein relevantes muskuloskelettales Problem postoperativ ausgeschlossen worden sei, werde eine Anpassungsstörung für möglich erachtet.

3.21 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. E.____ nahm ■ auf die entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin hin ■ mit Bericht vom 19. November 2018 zu erhobenen Einwand dahingehend Stellung, es stehe ausser Frage, dass eine Schmerzchronifizierung eingetreten sei, da der Explorand unveränderte sternale Schmerzen seit der Sternotomie im Dezember 2015 beklage. Aus einer Schmerzchronifizierung könne jedoch per se noch keine

Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Auch der klinische Befund von Angaben ausgeprägter Druck- und Berührungsschmerzen decke sich ■ wie vom Hausarzt korrekt ausgeführt ■ mit den subjektiven Schmerzempfindungen. Allerdings fehle ein strukturelles Korrelat für diese Schmerzempfindung, da die Sternotomie computertomographisch objektivierbar vollständig durchgebaut sei. Die subjektiv empfundenen Schmerzen und die vom Versicherten angegebene lokale massive Dolenz seien somit somatisch-medizinisch nicht begründbar, was vom Hausarzt ebenfalls erkannt worden sei, wenn er schreibe, dass objektiv wenig an Pathologie nachweisbar sei. Die Aussage, dass es «schwierig sein werde, die Arbeitsfähigkeit zu steigern», stütze sich somit vorwiegend auf die subjektiv empfundene Leistungseinschränkung und nicht auf objektive Befunde. Bereits in seinem Bericht vom 21. Januar 2017 sei der Hausarzt davon ausgegangen, dass in einer Tätigkeit ohne Hektik am Arbeitsplatz und ohne schwere Gegenstände eine Arbeitsfähigkeit von sechs bis acht Stunden pro Tag möglich wäre. Die Kardiologin Dr. med. O.____ habe einen klinisch und echokardiographisch unauffälligen Befund erhoben und weise richtigerweise darauf hin, dass die Beschwerden nicht durch eine Sternum-Instabilität verursacht sein könnten, nachdem computertomographisch ein ossärer Durchbau bereits dokumentiert gewesen sei. Fachfremd beurteile sie die Beschwerden angesichts des unauffälligen kardiologischen Befundes wenig präzise als «muskulo-skelettal». Auch ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei als fachfremd und nicht objektiv abgestützt zu werten.

Es sei sodann korrekt, dass er, Dr. med. E.____, klinisch zwar eher unspezifische, also nicht-organisch verursachte Schwindelgefühle vermute, rheumatologisch eine vaskuläre Genese jedoch nicht ausschliessen könne. Allerdings sei es fraglich, ob sich die beklagten Schwindelbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten, da es kaum plausibel erscheine, dass sich ein vaskulärer Schwindel erst nach vier Stunden Arbeitstätigkeit limitierend auswirken solle. Eine fachlich fundierte Beurteilung diesbezüglich sei allerdings nur im Rahmen einer neurologischen Untersuchung inkl. Sonographie der Halsgefässe möglich. Eine rein subjektive Schmerzangabe allein genüge nicht, um eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Einzig das objektive Mass des Zumutbaren sei entscheidend. Dass derartige Schmerzen in den Akten beschrieben seien und ohne Zweifel und definitionsgemäss eine Chronifizierung stattgefunden habe, sei zwar eine Bestätigung einer subjektiven Schmerzempfindung, jedoch weiterhin ohne Begründung für die angeführte Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Beim vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. O.____ habe es sich um eine kardiologische Beurteilung gehandelt, welche bekanntermassen unauffällig ausgefallen sei. Die übrigen Angaben zur Schmerzursache und zur Arbeitsfähigkeit seien jedoch fachfremd und spielten somit in der fachärztlichen rheumatologischen Beurteilung keine Rolle. Auch Dr. med. Q.____ habe in ihren Berichten vom 3. und 30. August 2017 einen unauffälligen kardiologischen Befund erhoben, jedoch auch auf verschiedene Diskrepanzen und Inkonsistenzen hingewiesen. Sie beurteile richtigerweise die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht auch in der angestammten Tätigkeit mit 100 %. Zusammenfassend seien im Einwand des Beschwerdeführers keine objektiven Angaben zu finden, welche ihn zu einer Korrektur seiner Beurteilung vom 8. Februar 2018 veranlassten. Die Verminderung der Leistungsfähigkeit bzw. der vermehrte Pausenbedarf in der angestammten Tätigkeit von ca. 2,5 Stunden pro Tag bzw. in einer adaptierten Tätigkeit von ca. 1,5 Stunden pro Tag sei rein objektiv gesehen aus rheumatologischer Sicht sogar bereits sehr grosszügig bemessen worden (IV-Nr. 55).

3.22 Aus dem nachgereichten Bericht von Dr. med. I.____ vom 22. November 2018 geht hervor, die gleichentags durchgeführte Stressechokardiographie zeige klinisch, elektrisch und echokardiographisch keine Hinweise für eine Koronarischämie. Somit bestehe ein erfreulicher kardialer Befund, welcher die Leistungseinschränkung des Patienten nicht erkläre. Die kardiale Therapie könne unverändert weitergeführt werden (A.S. 70 S. 3 und 71).

3.23 Der psychiatrische Gutachter Dipl. Arzt D.____ hielt in seiner Stellungnahme zum Einwand vom 7. Dezember 2018 fest, es treffe zu, dass er nicht über eine Zusatzqualifikation in Neurologie oder Neurootologie verfüge. Bezüglich der geltend gemachten Schwindelproblematik sei aus psychiatrischer Sicht nichts gegen eine zusätzliche Abklärung einzuwenden, sofern auch der rheumatologische Gutachter diese somatisch für begründet erachte. Darüber hinaus ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte (IV-Nr. 57).

3.24 RAD-Ärztin Dr. med. N.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. Dezember 2018 fest, den neuen ärztlichen Berichten könne man keine Anhaltspunkte entnehmen, die eine andere Arbeitsfähigkeit rechtfertigten. Es liege keine neue Diagnose vor. Eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsuntersuchung sei nicht angezeigt. Es werde auf die Stellungnahme vom 1. November 2018 (IV-Nr. 50; vgl. E. II. 3.19 hiervor) verwiesen. Am Vorbescheid sei festzuhalten (IV-Nr. 59 S. 2 f.).

3.25 Dem vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren am 8. Mai 2019 nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Hals, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Hals- und Gesichtschirurgie, vom 17. April 2019 (A.S. 22 f.; vgl. E. II. 2.2 hiervor) kann folgende HNO-Diagnose entnommen werden: «Periphere Vestibularisstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes». Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient leide seit einiger Zeit an einem Schwankschwindel mit ungerichteter Falltendenz, welcher beim Aufstehen auftrete. Vor drei Jahren sei ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel vermutet worden. Subjektiv bestehe keine Hörverminderung. Bisher seien weder Ohrerkrankungen noch Nasen- und Nasennebenhöhlenprobleme aufgetreten. Operationen seien im HNO-Gebiet nicht durchgeführt worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um eine periphere Vestibularisstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes. Die Ursache der Unterfunktion sei bisher nicht geklärt worden. Neben einer viralen komme eine zentrale oder vaskuläre Ursache in Frage. Es sei eine neurologische Beurteilung zu empfehlen. Neben der Vestibularisstörung dürfte zusätzlich eine funktionelle Komponente vorliegen. Bei der Untersuchung sei generell eine Tendenz zu Hyperventilation zu beobachten gewesen, was gemäss Aussage der Ehefrau auch zu Hause auftrete und den Schwindel verstärken könne. Von der HNO-Seite betrachtet könne die schwindelbedingte medizinische Einschränkung auf ca. 20 % geschätzt werden (BB 14).

3.26 Dem eingeholten Bericht von Dr. med. I.____ vom 15. Mai 2020 über die gleichentags durchgeführte kardiologische Verlaufskontrolle (Transthorakale Echokardiografie und Fahrradergometrie vom 15. Mai 2020) kann Folgendes entnommen werden: Nach wie vor persistierten atypische Beschwerden bei klinisch kompensiertem Zustand. Echokardiographisch sei der Befund unverändert mit einer global erhaltenen linksventrikulären Funktion und einer sehr diskreten Hypokinesie inferolateral nach Herzinfarkt im Jahr 2015. Auf dem Fahrradergometer sei die Belastbarkeit nach wie vor eingeschränkt, sodass eine Aussagekraft betreffend relevanter Koronarischämie zurzeit nicht

möglich sei. Der Patient habe sich nach ausführlichem Gespräch vorerst gegen eine Stressechokardiographie entschieden. Es werde eine erneute Kontrolle in einem Jahr empfohlen. Die Blutdruckwerte seien anamnestisch im optimalen, die Lipidwerte im guten Bereich (A.S. 70 f.).

3.27

3.27.1 Dem vom Gericht veranlassten polydisziplinären (rheumatologischen, neurologischen, ORL-fachärztlichen, kardiologischen und psychiatrischen) Gutachten vom 22. März 2021 (Untersuchungen vom 2.,

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

E. 2.6

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

3. Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 7. März 2019 ab, wobei als Entscheidungsgrundlage primär das im Verwaltungsverfahren eingeholte bidisziplinäre Gutachten von Dipl. Arzt D. ___ sowie Dr. med. E. ___ vom 7. bzw. 8. Februar 2018 diente. Der Beschwerdeführer lässt zunächst geltend machen, es liege keine umfassende, auf allseitigen Untersuchungen beruhende und die beklagten Beschwerden berücksichtigende spezialärztliche Expertise vor. Es sei ihm mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsbegutachtung vorzunehmen. Das Gericht hat in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung bei der G. ___ veranlasst. Der ergänzte medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

3.1 Gemäss dem Austrittsbericht des J. ___ vom 4. Januar 2016 hielt sich der Patient im Dezember 2015 im [...] auf, wobei er ab dem 23. Dezember 2015 bei geringster Anstrengung ein thorakales Druckgefühl sowie Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm verspürt habe. In Ruhe seien die Schmerzen jeweils vollständig rückläufig gewesen. Zuvor habe er nie solche Beschwerden gehabt. Er habe im [...] einen Arzt aufgesucht, welcher einen Myokardinfarkt diagnostiziert und ihn medikamentös behandelt habe. Der Patient habe die Koronar-angiographie in der Schweiz durchführen lassen wollen. Die stationäre Überwachung habe keine Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere keine Rhythmusstörungen oder Thoraxschmerzen. Der Patient habe am 25. Dezember 2015 in gutem Allgemeinzustand ins K. ___ zur Koronarangiographie verlegt werden können (IV-Nr. 20 S. 40 ff.).

3.2 Dem Bericht des K. ___ vom 31. Dezember 2015 über die Behandlung des Beschwerdeführers vom 25. Dezember 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Subakuter infero-posteriorer Myokardinfarkt (NSTEMI), Koronarangiographie 25.12.15: 80 – 90%ige Hauptstammstenose, serielle Stenosen des proximalen, mittleren und distalen RIVA, subtotale Stenose der mittleren RCx, Stenosen der proximalen und mittleren RCA, global leicht eingeschränkte systolische LV-Funktion, cvRF: Nikotinkonsum, pos. FA, anamnestisch Hypercholesterinämie, TTE 25.12.15: Herzhöhlen im Grössennormbereich, keine Hypertrophie. LV-Pumpfunktion niedrig normal (EF 58 %), Hypokinesie Hinterwand und Spitze, VW gut kontrahierend. Keine Rechtsbelastung. Kein Klappenitium. Kein Perikard-erguss». Unter dem Titel «Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde angegeben, der Patient sei am 25. Dezember 2015 zur Koronarangiographie ins K. ___ verlegt worden. Dieses habe eine schwere 3-Gefäss KHK (koronare Herzkrankheit) mit hochgradiger Hauptstammstenose, seriellen Stenosen des proximalen, mittleren und distalen RIVA, einer subtotalen Stenose der mittleren RCX und Stenosen des proximalen und mittleren RCA gezeigt, sodass eine operative Versorgung im C. ___ organisiert worden sei. Der Patient sei umgehend dorthin verlegt worden (IV-Nr. 20 S. 49 f.).

3.3 Laut dem Austrittsbericht des C. ___,

Herzchirurgie, vom 6. Januar 2016 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 25. Dezember 2015 bis 2. Januar 2016 bestanden folgende Diagnosen: «1. Koronare 3-Gefässerkrankung, Status nach akutem Hinterwandinfarkt am 23.12.2015, LIKA 25.12.2015: filiforme Hauptstammstenose, höchstgradig stenosierte Marginaläste, höhergradig seriell stenosierter RIVA und Abgangsstenose der RCA, leicht eingeschränkte Pumpfunktion (LVEF 40 %), cvRF: Nikotinkonsum, positive Familienanamnese, Hypercholesterinämie; 2. Organische Dysphonie bei Läsion Taschenfalte links, ED 31.12.2015, Stimmlippen symmetrisch beweglich». Zur Operation wurde Folgendes angegeben: Notfallmässiger total arterieller 5-fach Bypass mit LIMA an RIVA, RIMA an ACD, Arteria radialis links an M1, M2 und M3 in MECC mit Kardioplex Kardioplegie am 25.12.2015, fecit PD Dr. M. L.____. Aus der Anamnese geht im Wesentlichen hervor, es habe sich eine schwerste koronare 3-Gefässerkrankung gezeigt bei filiformster Hauptstammstenose. Der Myokardinfarkt sei am ehesten im Bereich der Seitenhinterwand mit subtotalen Stenosen beider Marginaläste M2 und M3 erfolgt. In der Zusammenschau der Befunde sei die Indikation zur notfallmässigen Bypassoperation gestellt worden. Aufgrund des Alters sei eine komplette arterielle Revaskularisation geplant gewesen, falls der Patient stabil sei. Der intraoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Postoperativ sei die Verlegung auf die operative Intensivstation zur Überwachung erfolgt. Am zweiten postoperativen Tag habe der Patient bei guter Hämodynamik auf die Normalstation rückverlegt werden können. Am 28. Dezember 2015 habe der Patient über zunehmende Heiserkeit geklagt. Die weiterführende Abklärung seitens der Kollegen der HNO habe nur eine minimale Verletzung der Taschenfalte links bei normal beweglichen Stimmbändern ergeben. Unter Inhalationstherapie sei es bis zum Austritt zu einer allmählichen Besserung der Heiserkeit gekommen. Unter diuretischer Therapie habe der Patient erfolgreich negativ bilanziert und im Verlauf schrittweise bis zur Selbstständigkeit mobilisiert werden können. Der Kostaufbau sowie die Anpassung der kardialen Medikation seien problemlos verlaufen. Man habe den Patienten am 2. Januar 2016 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen. Im Anschluss sei eine ambulante kardiale Rehabilitation im K.____ geplant. Als Austrittsstatus wurde u.a. ein stabiles Sternum nach Osteosynthese mit reizloser Sternotomie- sowie Radialisgraft-Entnahmestelle-Narbe angegeben. Gestützt auf das EKG vom 29. Dezember 2015 wurden ein normokarder Sinusrhythmus (72 bpm) sowie pathologische Q-Zacken inferior vermerkt. Das Röntgen des Thorax gleichen Datums zeigte intakte Sternalcerclagen und unauffällige ossäre Strukturen und Weichteile. Die transthorakale Echokardiographie (TTE) vom 29. Dezember 2015 ergab unauffällige Verhältnisse. Zum Procedere wurde u.a. angegeben, es seien kardiologische Kontrollen beim vorbetreuenden Kardiologen in drei und zwölf Monaten zu empfehlen (IV-Nr. 14 S. 3 ff.; vgl. Operationsbericht vom 28. Dezember 2015 [IV-Nr. 18 S. 5 f.]). 3.4 Im Bericht des J.____ vom 15. Januar 2016 über die ambulante Konsultation vom 8. Januar 2016 wurde dargelegt, der Patient sei nach dem Myokardinfarkt von Ende Dezember 2015 und kürzlicher AC-Bypassoperation zum Einschluss in das ambulante kardiale Rehabilitationsprogramm am J.____ beurteilt worden. Grundsätzlich habe er sich seit der Spitalentlassung in [...] ordentlich gefühlt, jedoch fehle noch die Kraft und er habe sich zuletzt weitgehend geschont. Schmerzen im Bereich der Sternotomie seien nicht mehr vorhanden. Eine typische Angina-pectoris-Symptomatik sei im möglichen Ausmass an Belastung aktuell ebenfalls nicht aufgetreten, nur im Liegen fehle ihm nachts etwas der Atem. Über den Tag hingegen verspüre er keine Dyspnoe. Die Medikamente vertrage er gut. Unter «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, der

Patient befinde sich in einem ordentlichen Allgemeinzustand. Die Sternotomie- und Gefässentnahmestellen seien bereits gut verheilt und reizlos. Der Patient sei diesbezüglich auch beschwerdefrei. Unter der gut vertragenen Medikation zeigten sich die Kreislaufparameter gut eingestellt, klinisch sei der Patient kompensiert, sogar eher trocken. Eine Echokardiographie sei präoperativ durchgeführt worden und werde erst bei Abschluss der Rehabilitation wiederholt. Bei der Ergometrie habe der Patient eine deutlich unterdurchschnittliche Leistung gezeigt. Hinweise auf eine belastungsinduzierte Myokardischämie seien nicht vorgelegen, bei jedoch eingeschränkter Aussagekraft. Kurz nach der AC-Bypass Operation präsentiere sich der Patient in einem ordentlichen Gesundheitszustand, sei jedoch noch deutlich geschwächt. Aus diesem Grund sollte der Beginn der Rehabilitation wenn möglich im Einzeltraining erfolgen. Sobald möglich, könne der Patient dann in eine Gruppe eingeschlossen werden. Die derzeitige Medikation könne unverändert weitergeführt werden. Im Rahmen der Rehabilitation erfolge in sechs Wochen eine Zwischenbesprechung und in drei Monaten eine Abschlussuntersuchung. Der Patient, der zu 100 % als Mechaniker im 3-Schichtsystem angestellt sei, sei bis 29. Februar 2016 zu 100 % krankgeschrieben worden, anschliessend sei er bis 31. März 2016 zu 60 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 20 S. 31 ff.).

3.5 Laut dem Bericht des J. ___ vom 16. Februar 2016 stellte sich der Beschwerdeführer zu einer Konsultation aufgrund von Beschwerden im Thorax, insbesondere beidseits der Sternotomienarbe vor. Diese sei klinisch reizlos, nicht überwärmt und ein lokaler Druckschmerz mid-sternal beidseits auslösbar. Um eine Infektion in der Tiefe zu hinterfragen, sei ein Blutbild abgenommen worden, um Entzündungswerte zu bestimmen. Dabei habe sich weder eine Leukozytose noch eine CRP-Erhöhung gezeigt, sodass ein Infekt (insbesondere ein Sternuminfekt) sehr unwahrscheinlich sei. Dem Patienten sei deshalb geraten worden, vorerst die Schmerzmedikation unverändert einzunehmen und sich im Verlauf wieder vorzustellen (IV-Nr. 20 S. 29 f.).

3.6 Der Anamnese aus dem Bericht des J. ___ vom 3. März 2016 über die ambulante Konsultation vom 2. März 2016 kann entnommen werden, der Patient stelle sich ausserplanmässig in der kardiologischen Sprechstunde vor. Er sei verunsichert, da er aktuell anlässlich eines ambulanten Besprechungstermins beim Hausarzt um 8:00 Uhr Schwindel verspürt habe und – ohne zu synkopieren – auf den Boden gesackt sei. Zusätzlich habe er über Anstrengungsdyspnoe geklagt. Abgesehen von der einmaligen Präsynkope hätten sich bisher keine Synkopen ereignet, Schwindel trete nicht auf und die Blutdruckwerte seien jeweils grenzwertig erhöht. Auf Nachfrage habe der Patient zudem über die bereits anlässlich der Vorkonsultation vom 15. Februar 2016 thematisierten thorakalen Beschwerden berichtet, welche bereits seit 3 bis 4 Wochen bestünden und ganz anders seien, als diejenigen beim Herzinfarkt (ständiger Schmerz im Bereich der Narbe, Verstärkung durch gewisse Bewegungen). Die Beurteilung lautete dahingehend, nach einer Beruhigung und der körperlichen Untersuchung habe sich die Atemfrequenz normalisiert. Klinisch sei der Patient kardiopulmonal kompensiert. Echokardiographisch ergäben sich keine Hinweise für eine Einschränkung der systolischen links- und rechtsventrikulären Funktion, relevante Klappenvitien oder Perikardergüsse, welche die Dyspnoe des Patienten erklären könnten. Eine kardiale Genese der Anstrengungsdyspnoe sei bei nur leichtgradiger diastolischer Dysfunktion und erhaltener systolischer Funktion ohne Hinweise auf kardiale Dekompensationszeichen unwahrscheinlich. Im EKG ergäben sich keine Hinweise für einen akuten Infarkt. Die Thorax-beschwerden des Patienten seien dahingehend auch gänzlich atypisch. Klinisch zeige sich ein reizloses Sternum nach aortokoronarem Bypass ohne Hinweise auf einen Infekt. Die aktuelle Präsynkope in der Praxis bleibe unklar, bei

vorhandenen Prodromi sei aber eine vasovagale oder orthostatische Genese wahrscheinlich (IV-Nr. 20 S. 23 ff.). 3.7 Im Bericht des J.____, Kardiologie, vom 10. Mai 2016 wurde festgehalten, zum Abschluss des ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramms präsentiere sich der Patient nach erfolgter AC-Bypassoperation in gutem Allgemeinzustand, kardiopulmonal kompensiert, hyperten und normokard. Abgesehen von den Schmerzen im Bereich der Sternotomienarbe und der stabilen Anstrengungsdyspnoe NYHA II sei der Patient im Alltag beschwerdefrei. In der Ergometrie vom 9. Mai 2016 zeige sich nach Rehabilitationsabschluss eine deutlich verbesserte, aber weiterhin eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit 68 % vom Soll ohne klinische oder elektrische Hinweise auf eine belastungsinduzierte Myokardischämie. Aufgrund unterdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit sei die Ergometrie allerdings eingeschränkt beurteilbar. Insgesamt zeige sich ein erfreulicher Verlauf ohne die zuvor bestehende Angina pectoris und mit deutlich verbesserter körperlicher Leistungsfähigkeit. Mit der aktuellen Medikation könne fortgefahren werden. Bei klar verbesserten Beschwerden im Bereich der Sternotomie ohne Hinweise auf einen lokalen Infekt sei dem Patienten vorerst weiter eine Applikation der Voltaren-Salbe bei Bedarf empfohlen worden. Eine Verlaufskontrolle mittels TTE und Ergometrie werde in einem Jahr empfohlen (IV-Nr. 25 S. 15 ff.). 3.8 Laut dem Bericht des C.____, Herzchirurgie, vom 1. Juli 2016 über die Aortensprechstunde vom 29. Juni 2016 erfolgte eine Kontrolle bei persistierenden Schmerzen im unteren Sternumdrittel nach Sternotomie bei aortokoronarem Bypass vom 25. Dezember 2015. Es wurde dargelegt, der Patient gebe diese Schmerzen auch bei Reklination des Rumpfes an. Es erfolge eine gelegentliche Einnahme von Schmerzmitteln. Bei der lokalen Beurteilung zeige sich eine deutlich hypertrophe Narbe ohne Anhaltspunkte für einen lokalen Infekt. Das Sternum sei klinisch stabil, der Patient reagiere jedoch bei Abtastung des Sternums mit einer starken Empfindlichkeit. Ein klinischer Anhaltspunkt für eine epigastrische Narbenhernie könne nicht ausfindig gemacht werden. Der Patient sei im Rahmen dieses beschriebenen Beschwerdebildes weiterhin noch zu 100 % arbeitsunfähig, er sei aber stark an einer Wiedereingliederung in seinen Arbeitsprozess interessiert. Eine mitgelieferte CT-Untersuchung zeige ein mehr oder weniger fast vollständig konsolidiertes Sternum. Auch im Bereich des Epigastriums zeige sich keine auffällige Pathologie, die dieses Beschwerdebild von Seiten dieser Bildgebung erklären könnte. Die Schmerzen seien hier als muskulo-skelettal bedingt anzusehen und es sei zuerst eine gezielte physiotherapeutische Massnahme in Erwägung zu ziehen. Danach könnte bei persistierendem Beschwerdebild eine Schmerztherapie als Lösungsansatz versucht werden. Sollte auch dies nicht erfolgreich sein, sei dem Patienten zu empfehlen, die Drahtcerclagen operativ zu entfernen. Der Patient sei mit der Vorgehensweise einverstanden. Bezüglich der hypertrophen Narbe bestehe kein Handlungsbedarf, da sie lediglich optisch störend sei und keinen Grund für die Schmerzsymptomatik beinhalte (IV-Nr. 14 S. 1 f.). 3.9 Im Bericht des J.____ vom 2. September 2016 über die Behandlung des Beschwerdeführers auf der Notfallstation vom 27. August 2016 wurden die Hauptdiagnose «Vd auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel» und die Nebendiagnose «Koronare 3-Gefässerkrankung, St. n. 5-facher Bypass-Operation 12/16» (recte: 2015) gestellt. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient habe sich selbst zugewiesen. Seit gestern bestehe Schwindel bei Positionsänderung, beim Aufstehen und im Liegen beim Drehen des Kopfes, wobei der Schwindel weniger als eine Minute anhalte; Nausea oder Erbrechen bestünden nicht. Zur Beurteilung wurde angegeben, bei der Durchführung des Hallpike Manövers sei der Patient deutlich symptomatisch mit Schwindelepisoden gewesen, welche weniger als

einer Minute gedauert hätten. Am ehesten handle es sich um einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS) und der Patient sei im Selbstmanöver (Brandt-Daroff) für zu Hause instruiert worden (IV-Nr. 20 S. 10 f.). 3.10 Im Bericht des Hausarztes, Dr. med. M. ____, Allgemeine Medizin FMH, vom 21. April 2017 wurden als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die koronare Herzkrankheit und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Schmerzen im Bereich der Sternotomienarbe angegeben. Der Hausarzt attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (als Mechaniker Tiefdruck) vom 24. Dezember 2015 bis 11. Juli 2016 sowie eine solche von 50 % vom 12. Juli 2016 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht vom 23. Januar 2017 wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei noch im Ausmass von vier Stunden pro Tag bei verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Bei körperlich belastender Arbeit brauche der Patient Hilfe von Mitarbeitern. Er ermüde sehr rasch. Bei körperlicher Anstrengung klage er über einen Druck retrosternal. Bei der Arbeit hole er sich Hilfe bei den Mitarbeitern. Länger als vier Stunden täglich könne er nicht arbeiten. Eine andere Tätigkeit sei im Ausmass von sechs bis acht Stunden pro Tag zuzumuten, wobei keine Hektik am Arbeitsplatz herrschen und keine schweren Gegenstände bewegt oder gehoben werden sollten (IV-Nr. 20 S. 1 ff.). 3.11 RAD-Ärztin Dr. med. N. ____, Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Mai 2017 fest, der aktuell 52-jährige Versicherte habe im Dezember 2015 einen ausgedehnten Herzinfarkt erlitten. Durch Einbringen von fünf Bypassen habe wieder eine ausreichend gute Herzdurchblutung erreicht werden können mit einer bis Juli 2017 (recte: 2016) dokumentierten guten Herzleistung. Für eine leichte körperliche Tätigkeit wäre so – rein von den funktionellen kardiologischen Parametern her – von einer höherprozentigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Laut dem Bericht der Eingliederung vom August (recte: März) 2017 habe es der Versicherte nicht geschafft, bei seinem angestammten Arbeitgeber über ein Leistungspensum von 50 % hinauszukommen. Es werde von dauerhaften Einschränkungen an körperlicher Belastbarkeit bzw. einer vorzeitigen Ermüdbarkeit berichtet. Der Arbeitgeber wolle den Versicherten in einem 50%-Pensum behalten. Welcher Art Arbeit der Versicherte zwischenzeitlich bei seinem angestammten Arbeitgeber nachgegangen sei bzw. ob diese Arbeit ausreichend auf das Leiden angepasst gewesen sei, sei nicht ganz klar. Es seien aber schwere Arbeiten vermieden worden. Seit Juli 2016 seien keine neuen medizinischen Befundberichte mehr vorhanden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, es bestehe eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und eine vorzeitige Ermüdung. Das Zumutbarkeitsprofil sei von einem Kardiologen zu erbringen. Das Einholen weiterer medizinischer Berichte sei erforderlich (IV-Nr. 22). 3.12 Dr. med. O. ____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin und Herzkrankheiten, hielt in ihrem Begutachtungsbericht zu Händen des Taggeldversicherers vom 5. Mai 2017 fest, es bestünden weiterhin ausgeprägte lage- und bewegungsabhängige, anterior betonte Thoraxwand-Beschwerden mit exquisiter Schmerzverstärkung bei Rumpf-/Thorax-Bewegungen und Alltagsarbeiten als Mechaniker (speziell beim Heben von Lasten bereits von geringem Gewicht [weniger als 2 bis 5 kg]) sowie vermehrte Schmerzen nachts im Liegen: Es sei eine Schlafbehinderung mit entsprechend rascherer Erschöpfbarkeit vorhanden. Eine Angina pectoris oder Herzinsuffizienzzeichen bestünden nicht. Wegen diesen Rumpf-/Thorax-Beschwerden gelinge es mit grosser Überwindung, zu 50 % im angestammten Mechaniker-Tiefdruck-Beruf tätig zu sein, wobei eine hilfreiche Unterstützung von Arbeitskollegen bestehe. Jede Armbewegung über die Horizontale verstärke im Alltag die Thoraxbeschwerden, nachts sei der Schlaf aufgrund der Lagerung

(Seitenlage) häufig unerträglich. Aufstehen aus liegender oder sitzender Position löse heftige anteriore, oberflächliche (skeletto-muskuläre) Thorax-Beschwerden aus. Bei der Berührung der Thorax-haut und der Muskulatur bestehe bereits eine exquisite Schmerzempfindung mit Dysästhesie, welche auch bei Bewegungen spontan empfunden werde. Es bestünden stabile Verhältnisse im Bereich des Sternums, doch auch suprasternal im Bereich der Haut sei eine Hyperästhesie vorhanden. Es seien ein unauffällig klinisch kardiologischer Status mit normalen Herztönen, aortalem Strömungsgeräusch (1 – 2/6) und fehlender Herzinsuffizienz –Symptomatik festzustellen. Bei der Fahrradergometrie sei bereits nach knapp 2 Minuten Belastung mit 75 Watt ein Testabbruch wegen bewegungs- und atmungsbedingt «quälenden» anterioren, oberflächlichen Thoraxbeschwerden ohne Angina pectoris, ischämische Reaktion oder Tachyarrhythmie/Extrasystolie erfolgt. Die reduzierte Belastbarkeit sei sicherlich auch Folge der Dekonditionierung, welche wiederum als Folge der vermehrten skeletto-muskulären Thoraxbeschwerden resultiere. Es bestehe eine diastolische Ruhe- und Belastungshypertonie. Aufgrund der bisherigen Akten sei davon auszugehen, dass die für den Patienten quälenden anterioren Rumpf-/Thoraxbeschwerden skeletto-muskulärer Natur seien und nicht auf eine Sternum-Instabilität nach Bypassoperation mit Thorakotomie zurückzuführen seien. Die Arbeitsfähigkeit werde rein durch die oberflächlichen heftigen skeletto-muskulären Schmerzen mit wahrscheinlich schrittweise sich erhöhender Schmerzschwelle erklärt, welche dringend durch ein spezielles ärztliches Schmerztherapiezentrum weiter abzuklären und zu behandeln seien. Betreffend die koronare Herzkrankheit sei mittels der klinisch konservativen Abklärung und der diesbezüglich blanden Herzkreislauf-Anamnese kein Hinweis auf eine Progredienz zu finden. Zurzeit sei aufgrund der skeletto-muskulären Beschwerden im angestammten Beruf als Tiefdruck-Mechaniker keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich. Es gelte, alles daran zu setzen, dass die Arbeitsfähigkeit nicht weiter abnehme und eine psychisch bedingte Invalidität bestehe. Die kardiale Situation scheine seit der Bypass-Operation abgesehen von der Borderline-Hypertonie und nicht optimalen Cholesterin-Einstellungen günstig. Bei den momentan ausgeprägten Rumpfbeschwerden könne keine Steigerung der 50%igen Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) verlangt werden, bis aus ärztlicher Sicht eine gezielte Schmerztherapie bzw. Schmerzschwellen senkende Psychopharmaka Erfolg zeigten. Grössere Bewegungen im Rumpfbereich inkl. Heben von Lasten seien wegen der Provokation der momentanen Beschwerden objektiv nicht möglich (IV-Nr. 25 S. 3 ff.).

E. 3

Eventualiter sei eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsbegutachtung vorzunehmen.

E. 3.13

3.13.1 Der Beurteilung im Bericht des P.____, Kardiologie (Q.____, Oberärztin Kardiologie), vom 9. August 2017 über die Spiroergometrie vom 3. August 2017 kann entnommen werden, es bestehe eine formal eingeschränkte maximale Sauerstoffaufnahme (weniger als 10 % Quantil) bei erschwerter Compliance und Hyperventilation sowie eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit (72 % SAK) bei grenzwertig genügend belastetem Patienten (IV-Nr. 28 S. 5 f.). Es sei keine respiratorisch-ventilatorische oder kardiozirkulatorische Limitation vorhanden, möglicherweise bestehe eine periphere Limitation (Dekonditionierung), soweit dies bei eingeschränkter Compliance beurteilbar sei (IV-Nr. 28 S. 5 f.). 3.13.2 Im Bericht des J.____, Kardiologie (Q.____), vom 9. August 2017

wurden die Diagnosen «Unklare Sternalgien bei St.n. Sternotomie 25.12.2015» sowie «Koronare 3-Gefässerkrankung mit normaler LV-Funktion» gestellt. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, anamnestisch beklage der Patient chronische Sternalbeschwerden, die ihn bei Arbeitstätigkeiten (Arme spreizen) oder auch nachts störten, wobei er auf Analgetika verzichte. Zudem bestünden seit der Herzoperation chronische Schwindelbeschwerden und eine leichte Orthostase, ohne Sturz oder Synkopen bisher. Die kardiovaskulären Risikofaktoren Cholesterin und Nikotin seien erfreulich gut kontrolliert (Nikotinkarenz). Klinisch zeige sich ein kardiopulmonal kompensierter Befund mit stabilen und reizlosen Befunden im Bereich des Sternums, normotonomem Konsultations-Blutdruck und normokardem Sinusrhythmus im unauffälligen EKG. Auffällig sei eine phasenweise demonstrative Hilflosigkeit, eine Widersprüchlichkeit und eine Ablenkbarkeit. Echokardiographisch zeige sich eine biventrikulär normale Pumpfunktion, ohne relevantes Klappenvitium und ohne Perikarderguss. In der Spiroergometrie zeige sich bei knapp genügender Belastung ein klinisch und elektrisch negativer Befund, mit formal leicht eingeschränkter maximaler Sauerstoffaufnahme und Leistungsfähigkeit ohne pulmonale oder kardiozirkulatorische Limitation. Es bestehe eine erschwerte Compliance. Während der Untersuchung sei eine deutliche Hyperventilation festzustellen. Während der gesamten Belastungsuntersuchung seien die Arme normal gespreizt gewesen in Fahrradhaltung ohne Schmerzangabe sternal. Die Belastung sei wegen Erschöpfung beendet worden. Somit bestünden klinisch, im EKG und echokardiographisch, keine relevant pathologischen Befunde, im Belastungstest zeigten sich keine kardiopulmonalen Limitationen. Das Sternum sei vor einem Jahr ausgiebig in der herzchirurgischen Sprechstunde an der [...] beurteilt worden, inklusive CT, der Patient beklage unveränderte Beschwerden seit der Herzoperation, ohne neue Komponente seit der herzchirurgischen Verlaufskontrolle. Die beklagten Sternalbeschwerden seien aufgrund der aktuell während der Untersuchung beobachteten und erhobenen Befunde schwer nachvollziehbar (IV-Nr. 28 S. 1 ff.). 3.14 Im Bericht des J.____, Kardiologie (Q.____), vom 30. August 2017 wurde dargelegt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei aufgrund der aktuellen kardiologischen Untersuchungsbefunde gut, die Leistungsfähigkeit und allenfalls auch die muskuloskelettale Komponente könnten sich möglicherweise durch eine regelmässige körperliche sportliche Aktivität verbessern (Rekonditionierung). Aus kardialer Sicht bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ob die Arbeitsfähigkeit punkto der angegebenen muskuloskelettalen Problematik verbessert werden könne und wie, müsste rheumatologisch beurteilt werden. Berufliche Massnahmen seien aus kardiologischer Sicht nicht angezeigt. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde dargelegt, aufgrund der aktuellen kardiologischen Untersuchungsbefunde sei kein hindernder Einfluss auf die beschriebene Tätigkeit eruierbar. Aus rheumatologischer Sicht bleibe zu beurteilen, ob die angegebenen Beschwerden einen allenfalls mindernden Einfluss hätten. Die bisherige Tätigkeit sei aus kardiologischer Sicht ohne Einschränkung zu 100 % zuzumuten; dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Andere Tätigkeiten mit leichter bis mittlerer körperlicher Belastung seien der versicherten Person uneingeschränkt zumutbar. Aus kardiologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen, Einschränkungen könnten sich allenfalls gemäss einer rheumatologischen Beurteilung (Sternalgien) ergeben. Solche Tätigkeiten seien mit einem Pensum von 100 % zuzumuten (IV-Nr. 30).

E. 3.15

3.15.1 Im von der Beschwerdegegnerin veranlassten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt Rheumatologie und Innere Medizin FMH, vom 8. Februar 2018

wurde gestützt auf die Computertomographie des Thorax vom 25. August 2017 dargelegt, bei Status nach Sternotomie seien intakte Cerclagen festzustellen. Die Sternotomie sei komplett ossär konsolidiert, es bestünden keine Pseudarthrosebildung oder ossäre Veränderungen. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Ventrale Thoraxschmerzen bei Status nach Sternotomie Dezember 2015, Fehlhaltung bei Hyperkyphose, Dekonditionierung, muskuläre Dysbalance der thorakalen Muskulatur, neuropathische Schmerzen im Narbenbereich sternal (differenzialdiagnostisch Schmerzverarbeitungsstörung); Allgemeine Erschöpfbarkeit und Schwäche bei Dekonditionierung bzw. nicht-organischer Selbstlimitierung». Die Diagnose «Koronare Herzkrankheit mit Status nach infero-posteriorem Myokardinfarkt und 5-fachem AC-Bypass im Dezember 2015» hat nach den Angaben des Gutachters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als zusätzliche, nicht abschliessend beurteilbare Diagnose wurden «unklare Schwindelgefühle» genannt. Unter dem Titel «medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung» wurde im Wesentlichen dargelegt, am 25. Dezember 2015 sei im Rahmen eines akuten infero-posterioren Myokardinfarkts am C.____ eine 5-fache Bypassoperation durchgeführt worden. Postoperativ habe der Explorand über anstrengungsabhängige Dyspnoe und sternale Schmerzen bei Rumpfdrehungen geklagt. Anlässlich der kardiologischen Kontrolle vom 10. Mai 2016 sei eine Zunahme der Leistungsfähigkeit dokumentiert worden, der Explorand habe 68 % seiner Sollarbeitskapazität erreicht. Weiterhin hätten Schmerzen im Sternotomiebereich bestanden, ein erstes Computertomogramm des Thorax habe eine noch nicht vollständig konsolidierte Sternotomie gezeigt. Anlässlich einer herzchirurgischen Kontrolle am C.____ vom 1. Juli 2016 seien die Thoraxschmerzen als muskuloskelettal beurteilt worden; es seien Physiotherapie, eventuell auch eine Schmerztherapie empfohlen worden. Am 2. September 2016 habe der Explorand wegen einer akuten Schwindelepisode die Notfallstation des P.____ aufgesucht, wo klinisch der Verdacht auf einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel gestellt worden sei. Ab dem 12. Juli 2016 habe der Explorand seine angestammte Arbeit zu 50 % wieder aufnehmen können, eine weitere Steigerung der Arbeitsbelastung sei jedoch nicht gelungen, was vom Hausarzt in seinem Bericht vom 21. Januar 2017 mit einer allgemein verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit begründet worden sei. In einer adaptierten Tätigkeit ohne schwere Lasten und ohne Hektik habe der Hausarzt die mögliche Arbeitsfähigkeit mit sechs bis acht Stunden täglich beurteilt. Die Eingliederung habe den Fall am 9. März 2017 abgeschlossen, der Explorand habe sich nicht in der Lage gefühlt, mehr als 50 % zu arbeiten. Der Explorand schildere drei Problemkreise: Einerseits bestünden zwar nun geringere, aber weiterhin bestehende ventrale Thoraxschmerzen beim Aufstehen nach längerem Sitzen, auf lokalen Druck oder auch bei Arbeiten mit ausgestreckten Armen. Zudem fühle er sich körperlich rasch erschöpft und könne aus diesem Grund nicht länger als vier Stunden arbeiten, auch die Kraft in Armen und Händen sei vermindert und auch hier bestehe eine rasche Ermüdbarkeit. Schliesslich klage er über immer wieder auftretende Schwindelsensationen, dies einerseits beim Bücken, andererseits wenn er schnell bewegten Objekten mit den Augen folgen müsse. Der Gutachter führte aus, in der klinischen Untersuchung zeige sich einerseits eine Fehlform der Wirbelsäule mit Hyperkyphose der BWS und dadurch mitbedingt eine deutliche Fehlhaltung mit Schulter- und Kopfprotraktion, ebenfalls bestehe eine leichte linkskonvexe thorakale Skoliose. Der übrige Untersuchungsbefund der Wirbelsäule sei weitgehend unauffällig, auch an den peripheren Gelenken liessen sich klinisch keine relevanten pathologischen Befunde erheben. Hauptbefund sei die ausgeprägte Druckdolenz

des Sternums, der intercostalen Muskulatur und der sternocostalen Übergänge sowie auch des M. pectoralis major beidseits. Ein Teil der belastungsabhängigen Thoraxschmerzen könne rheumatologisch neben der deutlichen Fehlhaltung mit vermehrter sternocostaler Belastung auf eine muskuläre Dysbalance im Bereich des M. pectoralis major zurückgeführt werden, auch scheine die intercostale Muskulatur deutlich schmerzhaft zu sein. Die stark schmerzhafte bereits leichte Berührung vor allem im mittleren Narbenbereich könnte auch auf eine neuropathische Schmerzkomponente hinweisen, auf Nachfragen gebe der Explorand an, dabei ein vergrössertes Schmerzareal zu empfinden. Allerdings falle auch ein medizinisch objektiv nicht erklärbares, sehr auffälliges und ausgeprägtes Schmerzverhalten auf. Insbesondere seien zum Beispiel die sehr deutliche Schmerzmimik und Schmerzäusserungen beim Aufstehen vom Stuhl oder auch bei der Prüfung des Jobe-Tests bzw. der isometrischen Aussenrotation des Armes medizinisch nicht plausibel, da man dabei weder die intercostale noch die Pectoralis-Muskulatur beanspruche und auch keine Belastung der sternocostalen Übergänge bestehe. Auch das ausgeprägte Schmerzverhalten beim Abliegen oder beim Drehen auf der Untersuchungsfläche sei doch deutlich diskrepant zu den ansonsten unauffälligen Bewegungsmustern in allen Richtungen zum Beispiel beim Auskleiden oder Ankleiden. Ähnliche Diskrepanzen seien bereits durch die Kardiologin Dr. med. Q.____ beobachtet worden. Radiologisch sei die Sternotomie vollständig durchgebaut, sowohl die sternocostalen als auch die costovertebralen Übergänge und der Rippenthorax stellten sich vollständig unauffällig dar, sodass wohl ein Teil der Beschwerden auf die Fehlhaltung, die muskuläre Dysbalance und allenfalls auf eine gewisse neuropathische Schmerzkomponente zurückgeführt werden könne. Das Beschwerdebild insgesamt könne jedoch aufgrund der objektiven Befunde nicht erklärt werden und es müsse eine wesentliche nicht-organische Schmerzkomponente im Sinne einer pathologischen Schmerzverarbeitung bzw. auch einer Symptomausweitung postuliert werden. Im Weiteren führte der rheumatologische Gutachter aus, die ebenfalls beklagte und subjektiv für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehende allgemeine Leistungsschwäche mit körperlich rascher Ermüdbarkeit sei aus medizinischer Sicht bei mehrfach unauffälligen kardiologischen bzw. herzchirurgischen und auch einer vollständig unauffälligen pneumologischen Abklärung medizinisch höchstens durch eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung zu erklären. Auch hier sei somatisch jedoch unklar und kaum nachvollziehbar, warum nach Angewöhnung in den Arbeitsprozess in der angestammten, wohl mehrheitlich als maximal mittelschwer zu beurteilenden Tätigkeit eine allmähliche Steigerung der Leistungsfähigkeit nicht möglich sein sollte. Auch hier müsse aus rheumatologischer Sicht eine Selbstlimitierung im Rahmen einer Symptomausweitung mit grosser Wahrscheinlichkeit vermutet werden. Ätiologisch unklar blieben die vom Exploranden weiterhin geschilderten Schwindelbeschwerden. Für die im September 2016 geäusserte Verdachtsdiagnose eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels seien aktuell anamnestisch und klinisch keine klaren Hinweise zu finden. Differenzialdiagnostisch kämen am wahrscheinlichsten unspezifische Schwindelbeschwerden im Rahmen einer Symptomausweitung in Frage. Ein organisch bedingter Schwindel z.B. als Folge der wohl schweren allgemeinen Arteriosklerose (beschriebene Gefässverkalkungen in den beiden Computertomographien des Thorax) könne rheumatologisch jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden und müsste neurologisch beurteilt werden. Zur Arbeitsfähigkeit nahm der Gutachter dahingehend Stellung, im Rahmen der Fehlhaltung und -haltung sowie der muskulären Dysbalance im

Bereich der Brustwirbelsäule und des Thoraxskeletts bestehe objektivierbar eine gewisse Einschränkung der Belastbarkeit für repetitives Heben von mittelschweren und schweren Lasten, von längeren manuellen Arbeiten körperfern auf und über Brusthöhe und allenfalls auch von häufigen gebückten Arbeiten bzw. häufigem Heben von Lasten vom Boden auf Tischhöhe. Keine Einschränkungen bestünden dagegen hinsichtlich der Gehfähigkeit, auch wiederholtes Treppensteigen sei dem Exploranden ohne weiteres zumutbar. Auch sitzende Tätigkeiten und manuelle Arbeiten an einem Tisch seien ihm ohne Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht zumutbar, solange eine gewisse Dynamik beim Sitzen möglich sei und keine länger dauernde Fehlhaltung des Oberkörpers erforderlich sei. Auch Rotationen des Oberkörpers seien dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht wohl zumutbar, solange diese nicht repetitiv-uniform oder mit gleichzeitiger mittelschwerer oder schwerer Gewichtsbelastung durchzuführen seien. Aufgrund der zweifellos vorhandenen allgemeinen Dekonditionierung sei aus rheumatologischer Sicht eine gewisse Einschränkung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit gegeben, diese übersteige jedoch das Ausmass von 20 % aufgrund etwas vermehrt notwendiger Pausen nicht. Bei der angestammten Tätigkeit handle es sich um eine wohl mehrheitlich stehende, körperlich teilweise leichte, teilweise mittelschwere Tätigkeit mit möglicher Wechselbelastung. Beeinträchtigend für die Arbeitsfähigkeit müssten gelegentlich bis 30 kg schwere Lasten gehoben werden, gemäss Aussagen des Exploranden könne er dabei jedoch auf die Mithilfe von Kollegen zurückgreifen. Ebenfalls ungünstig sei, dass der Explorand häufig manuelle Arbeiten mit ausgestreckten Armen durchführen müsse, was im Rahmen seiner muskulären Dysbalance insbesondere im Bereich der Pectoralis-Muskulatur eine verminderte Leistungsfähigkeit teilweise begründe und zur Notwendigkeit von vermehrten Pausen führe. Aus rein rheumatologischer Sicht dürfte aufgrund der objektivierbaren Befunde in der angestammten Tätigkeit jedoch medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägiger Anwesenheit mit um 30 % eingeschränkter Leistungsfähigkeit aufgrund vermehrten Pausenbedarfs gegeben sein. Die subjektive Leistungseinschränkung um 50 % sei aus objektiver rheumatologischer Sicht nicht begründbar und müsse auf eine zusätzliche nicht organisch bedingte Selbstlimitierung des Exploranden zurückgeführt werden. In einer den Beschwerden und funktionellen Einschränkungen adaptierten, körperlich leichten bis teilweise mittelschweren Tätigkeit ohne häufige Haltungskonstanz des Rumpfes und ohne häufige bzw. länger dauernde manuelle Arbeiten körperfern auf Brusthöhe oder über Kopf sei dem Exploranden aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit dagegen zumutbar. Die allgemeine Dekonditionierung spiele in einer körperlich leichten und nur gelegentlich mittelschweren körperlichen Tätigkeit keine einschränkende Rolle, sodass eine ganztägige Anwesenheit ohne zusätzlichen Pausen zumutbar sei. Wie erwähnt, seien weder die Geh- noch die Sitzfähigkeit eingeschränkt. Auch manuelle Arbeiten auf einem Tisch könnten ohne weiteres zugemutet werden. Im zeitlichen Verlauf sei davon auszugehen, dass bei optimaler Gestaltung des Arbeitsplatzes mit den erwähnten vermehrten Pausen (z.B. jeweils 30 Minuten Pause nach zwei Stunden Arbeit, zusätzliche längere Mittagspause von eineinhalb bis zwei Stunden) eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumindest medizinisch-theoretisch ab ca. September 2016 möglich gewesen wäre, dies immer unter der Voraussetzung, dass dies organisatorisch im Betrieb auch durchführbar sei. In einer wie oben geschilderten adaptierten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht seit mindestens Juli 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Aus rheumatologischer Sicht wäre als wichtigste therapeutische Massnahme zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit ein rekonditionierendes Training mit einerseits Verbesserung der

kardiopulmonalen Fitness und andererseits der Behebung der muskulären Dysbalance im Rumpf- und Thoraxbereich erforderlich. Bei bekannter koronarer Herzkrankheit wäre es am ehesten sinnvoll, eine solche Rekonditionierung im Rahmen eines ambulanten oder auch stationären kardiologisch betreuten Programms durchzuführen. Durch eine allgemeine körperliche Rekonditionierung könne die Leistungsfähigkeit zumindest aus rheumatologischer Sicht innerhalb von drei bis sechs Monaten soweit gesteigert werden, dass auch in der angestammten Tätigkeit wohl wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichbar sein dürfte (IV-Nr. 35.1).

3.15.2 Aus dem psychiatrischen Gutachten von Dipl. Arzt D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2018 gehen folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 hervor: «Erschwerte Schmerzbeschwerdeverarbeitung (F54) mit somatoformer Mitausgestaltung und dysfunktionaler Fehlverarbeitungstendenz mit/bei anamnestisch koronarer Herzkrankheit mit Status nach subakutem inferio-posteriorem Myokardinfarkt 23.12.2015 und Status nach AC-Bypass-Operation 25.12.2015, sehr leistungsbereiter, auf Autonomie bedachter akzentuierter Persönlichkeitsstruktur (Z73.1), nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichend». Der psychiatrische Gutachter führte aus, der Explorand zeige im psychopathologischen Untersuchungsbefund Symptome einer erschwerten Schmerzbeschwerdeverarbeitung mit dysfunktional-selbstlimitierender Symptomausweitung im Rahmen einer möglichen somatoformen Mitausgestaltung, die Symptomatik sei entsprechend unter der ICD-10 Kategorie F54 eingeordnet worden. Differentialdiagnostisch sei insbesondere an eine somatoforme Schmerzbeschwerdeentwicklung (F45.4) zu denken, die Kriterien hierfür seien aktuell aber noch nicht hinreichend erfüllt; diesbezüglich müsse der weitere Verlauf fortlaufend evaluiert werden. Persönlichkeitsstrukturell liege eine sehr leistungsbereite und auf Autonomie bedachte Persönlichkeitsakzentuierung zugrunde, diese erreiche nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung, sei aber richtungsgebend-disponierend im gestörten Schmerzbeschwerdeverarbeitungsprozess als mit Einfluss nehmend mit zu gewichten. Darüber hinaus könne aus dem aktuell erhobenen Befund, den explorierten Angaben und den gewonnenen Persönlichkeits- und Verhaltenseindrücken keine psychiatrische Diagnose aus dem ICD-10-Spektrum abgeleitet werden, insbesondere sei keine den affektiven Störungsbereich (F3) betreffende Diagnose ableitbar. In diesem Zusammenhang könne die von der vorbegutachtenden Kardiologin 2017 fachfremd postulierte depressive Reaktion zum aktuellen Zeitpunkt nicht festgestellt werden. Vorübergehend könnten allenfalls die Kriterien für eine Anpassungsstörung im Rahmen einer kurzen depressiven Reaktion (ICD-10 F43.20) in der Vorgeschichte erfüllt gewesen sein, wobei sich auch diese Diagnose aus dem kardiologisch gutachterlichen Befund nicht ableiten lasse. Zu betonen sei, dass es sich im Rahmen der erschwerten Schmerzbeschwerdeverarbeitung mit dysfunktional-selbstlimitierenden Fehlverarbeitungstendenzen in der aggravierend ausgerichteten Darstellungstendenz wahrscheinlich nicht um einen bewussten Aggravations- oder Simulationsprozess des Exploranden handle, sondern die Beschwerdedarstellung im Rahmen des subjektiv erlebten Leids und der ausgeführten psychodynamischen Verarbeitung aufgrund der mit Einfluss nehmenden persönlichkeitsstrukturellen Akzentuierung einzuordnen sei. Der psychiatrische Gutachter führte im Weiteren aus, zum aktuellen Zeitpunkt könne kein depressives Zustandsbild, insbesondere keine die Kriterien einer depressiven Episode F3 erfüllende Beschwerdesymptomatik festgestellt werden. Eine gewisse psychische Mitbeteiligung sei auch im Rahmen der Berichte der kardiologischen Behandler des P.____ hinsichtlich der

Beschwerdewahrnehmung, -ausgestaltung und -demonstration vermutet worden, dies decke sich mit den aktuell erhobenen Befunden und gewonnenen Persönlichkeits- und Verhaltensbeobachtungen und werde im Rahmen der Diagnose einer erschwerten psychisch mitbedingten Schmerzbeschwerdeverarbeitung mit dysfunktional-somatisierender Ausweitungstendenz (F54) berücksichtigt, ohne dass aktuell die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Störung (F45.4) hinreichend erfüllt seien. Bezüglich letzterer Diagnose müsse aber der weitere Verlauf beobachtet und versicherungsmedizinisch beurteilt werden, da im Rahmen der dysfunktional somatisierenden Fehlverarbeitungstendenzen ein Übergang in diesen Störungsbereich mindestens medizinisch-theoretisch mit erhöhter Wahrscheinlichkeit möglich werden könne, sofern keine entsprechenden therapeutischen Interventionen erfolgten. Entsprechend habe die kardiologische Gutachterin Dr. med. O.____ bereits im Mai 2017 den Einbezug eines spezialisierten Schmerzzentrums empfohlen, eine entsprechende interdisziplinäre schmerzfo­kussierte Behandlung im ambulanten oder stationären Rahmen sei aber gemäss vorliegenden Informationen bislang nicht erfolgt. Ebenso sei bis zum aktuellen Zeitpunkt keine psychiatrische oder psychologisch-psychotherapeutische Mitbehandlung eingeleitet worden und es sei auch nicht der empfohlene Einsatz einer schmerz­distanzierend-antidepressiven Psychopharmaka-Medikation erfolgt; diesbezüglich seien bei nicht erreichtem medizinischem Endzustand aus fachärztlich psychiatrischer Sicht die entsprechenden Therapieoptionen zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausgeschöpft worden. Hierfür zeige der Explorand grundsätzlich gute vorhandene Ressourcen im Rahmen seiner vermittelten Leistungsbereitschaft und Arbeitsmotivation, die auch im Rahmen der fortgesetzten Arbeitstätigkeit am langjährigen Arbeitsplatz vermittelt und beschrieben werde. Auch die privaten Aktivitäten mit regelmässigen Spaziergängen mit der Ehefrau, Autofahren und regelmässigem Fahren auf dem Hometrainer deuteten auf ein entsprechend aktivierbares Potenzial im Rahmen der vorhandenen Ressourcen hin. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, die geschilderten Beschwerden und erhobenen Befunde sowie die gewonnenen Persönlichkeits- und Verhaltenseindrücke im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Abklärung seien konsistent mit der diesbezüglichen medizinischen Aktenlage und Darstellung der Beschwerdeentwicklung. Die Beschwerden betreffen alle Lebensbereiche, wobei dem Exploranden sowohl bei der Arbeit im Rahmen des aktuell zumindest leistbaren Pensums von 50 % als auch im privaten Rahmen durchaus Aktivitäten in Form der geschilderten Bemühungen und Hobbies möglich seien. Die geklagten anhaltenden Schmerzen, die damit verbundenen Schlafstörungen aufgrund schmerzbedingten nächtlichen Erwachens und die subjektiv vermehrte Ermüdbarkeit und Erschöpfung seien im Rahmen der gestellten psychiatrischen Diagnosen, der zugrundeliegenden Befunde und der Persönlichkeitsakzentuierungen teilweise nachvollziehbar, die geschilderte starr eingenommene Grenze hinsichtlich einer 50%igen Leistungsminderung am angestammten Arbeitsplatz oder auch bezogen auf denkbare Verweistätigkeiten könne aber im Rahmen der erhobenen Befunde und der gestellten psychiatrischen Diagnosen nicht hinreichend vollständig und plausibel begründet werden. Eine gewisse leistungsmässige Limitierung im Rahmen der erschwerten primär psychisch bedingten Beschwerdeverarbeitung sei aber aus fachärztlich psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch möglich. In diesem Zusammenhang könne den Beurteilungen der involvierten somatischen Vorbehandler hinsichtlich einer vermuteten psychosomatisch mitausgestalteten Störungskomponente im Gesamtbeschwerdebild zugestimmt werden. Wie dargestellt, könne eine anhaltende depressive Beschwerdeentwicklung zum jetzigen

Zeitpunkt diagnostisch nicht bestätigt werden. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde ausgeführt, im Längsverlauf zeige der Explorand bis zum kardialen Ereignis im Dezember 2015 gute persönliche und berufliche Ressourcen zur erfolgreichen Lebensbewältigung im beruflichen und privaten Bereich, diesbezüglich sei insbesondere die langjährig erfolgreich erbrachte 100%ige Arbeitsleistung am angestammten Arbeitsplatz als Tiefdruck-Mechaniker zu gewichten, auch aktuell finde man bestehende Leistungsreserven und Ressourcen im Rahmen der vermittelten Arbeitsbereitschaft und signalisierten Motivation in der Umsetzung des bis aktuell geschilderten 50%-Arbeitspensums. Auch die kognitiven Funktionen seien für diesen Arbeitsbereich aus psychiatrischer Sicht ausreichend und der Explorand zeige ebenso bestehende Ressourcen im privaten Bereich mit berichteten Spaziergängen mit der Ehefrau, stabil geschilderter Situation im Zusammenleben mit der Familie im eigenen Haus, regelmässigen Autofahrten in einem kurzen Radius sowie regelmässigem Fahren auf dem Hometrainer. Ungünstig und subjektiv leistungslimitierend wirke sich das selbst erlebte Schmerzerleben und die damit verbundene dysfunktional somatoforme Beschwerdeausgestaltung mit gewissen Hinweisen für eine selbstlimitierende Vermeidungstendenz aus. In diesem Zusammenhang müsse die sehr leistungsbereite und auf Autonomie bedachte Persönlichkeitsakzentuierung mitgewichtet werden, die den Exploranden die aktuelle Situation gegenüber dem eigenen leistungsstarken Selbstbild konflikthaft erleben lasse. Positiv zu gewichten seien schliesslich die guten Deutschkenntnisse und auch in der aktuellen Situation das Bemühen um eine direkte Kommunikation in deutscher Sprache. Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, in Abwägung der erhobenen psychopathologischen Befunde und Persönlichkeits- und Verhaltensbeobachtungen gegenüber den bestehenden medizinisch-theoretischen Leistungsreserven, persönlichen Ressourcen und nicht primär versicherungsmedizinisch zu gewichtenden Aspekten ergebe sich aktuell allein bezogen auf die psychische Gesundheitssituation aus fachärztlicher Sicht eine maximal leichtgradige mit Einfluss nehmende Leistungslimitierung entsprechend einer allein psychiatrisch ableitbaren, maximal 20%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf das angestammte Tätigkeitsprofil als Mechaniker im Tiefdruck. Im Längsverlauf sei mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine entsprechende Einschränkung seit dem kardialen Ereignis und der im Folgenden einsetzenden Beschwerdeentwicklung seit Dezember 2015 anzunehmen. Diese Ausführungen hinsichtlich einer maximal 20%igen psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gälten auch für denkbare angepasste Tätigkeiten entsprechend somatisch-kardiologischen bzw. rheumatologischen Vorgaben. Aus psychiatrischer Sicht sollte im Rahmen arbeitsplatzerhaltender Massnahmen versucht werden, den aktuellen, für den Exploranden sehr positiv besetzten langjährigen Arbeitsplatz weiter stabilisierend zu erhalten und im Rahmen eines angepassten Anforderungsprofils auf eine aus psychiatrischer Sicht mögliche weitere Leistungssteigerung hinzuarbeiten (IV-Nr. 36.1).

3.15.3 Im Rahmen der interdisziplinären (psychiatrisch-rheumatologischen) Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit fest, interdisziplinär werde die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 70 %, diejenige in einer den somatischen Vorgaben angepassten Tätigkeit auf 80 % festgesetzt. Psychiatrisch sei eine Behandlung in einem ambulanten oder stationären Setting in einer geeigneten Spezialklinik (z.B. Klinik [...]) zu prüfen, auch rheumatologisch könne dies durchaus unterstützt werden. Bei optimalem Behandlungsverlauf könne durchaus auch in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit realisiert werden (IV-Nr. 35.2).

3.16 Hausarzt Dr. med. M.____ hielt in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 23. Februar 2018 fest, die Darstellung

der Beschwerden, die klinischen Befunde und die bisherigen therapeutischen Massnahmen deckten sich mit seinen Beobachtungen und Befunden, sowohl im psychischen als auch im rheumatologischen Bereich. Die Beschwerden seien chronifiziert. Auch wenn objektiv wenig an Pathologie nachweisbar sei, werde es schwierig sein, die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Zurzeit werde der Patient im R.____ in [...] behandelt. Mit der Beurteilung und den Therapievor schlägen sei er, Dr. med. M.____, einverstanden, er hoffe auf eine allmähliche Linderung der Ängste und Schmerzen (IV-Nr. 38). 3.17 In ihrer Stellungnahme vom 19. März 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. N.____ fest, das neu erstellte bidisziplinäre Gutachten sei nach einer medizinischen Würdigung als ausreichend schlüssig, ausgewogen und umfassend zu qualifizieren, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-Nr. 40). 3.18 Laut dem Bericht des C.____ vom 2. Mai 2018 berichtete der Beschwerdeführer, dass es ihm bezüglich der Schmerzen gleich schlecht gehe wie bei der Konsultation vor einem Monat. Er habe jedoch festgestellt, dass er deutlich mehr Schmerzen habe ohne das Lidocain Pflaster. Bezüglich Schlaf habe sich nicht viel geändert. Er sei schnell erschöpft bei der Arbeit und habe immer noch starke bewegungsabhängige Schmerzen. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die unterste Cerclage, die radiologisch durch den knorpeligen Teil der Rippe 6 rechts ventral gehe, scheine nicht verantwortlich zu sein für die Auslösung der stechenden Schmerzen. Vielmehr könnten die Schmerzen im gesamten Bereich des Sternums und der Sternotomienarbe ausgelöst werden. Der Patient scheine zu einem gewissen Grad fixiert zu sein auf die Sternotomienarbe. Zur Behandlung werde weiterhin eine tägliche Lidocainpflasterapplikation, eine Steigerung des Amitriptylin sowie der Versuch einer diagnostischen Infiltration parasternal beidseits empfohlen (IV-Nr. 48 S. 4; vgl. auch Interventionsbericht über die ultraschallgesteuerte therapeutische Steroid-Infiltration des Sternums auf Höhe Th4 vom 6. Juni 2018, IV-Nr. 48 S. 2 f.). 3.19 Die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. N.____ vom 1. November 2018 zum Einwand vom 11. Oktober 2018 lautete wie folgt: Bei der Durchsicht der zwischenzeitlich umfangreichen medizinischen Unterlagen werde schnell deutlich, dass dominant immer wieder eine Schmerzsymptomatik am Thorax bei Zustand nach Sternotomie wegen Einbringen von Stents nach Herzinfarkt beklagt werde. Ebenfalls stehe eine allgemeine Erschöpfbarkeit im Vordergrund. Eine in den Vordergrund gehobene Schwindelsymptomatik sei vor der Gutachtenerstellung bereits einmal erwähnt worden: Im September 2016 sei im Rahmen einer Selbsteinweisung der Verdacht auf das Vorliegen eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) aufgekommen. Die punktuelle Symptomatik habe keine stationäre Aufnahme erfordert. Das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeit sei nicht für notwendig erachtet worden. Es sei davon auszugehen, dass diese Symptomatik nicht fortbestehend gewesen sei. Andernfalls wären weiterführende diagnostisch/therapeutische Massnahmen anzunehmen. Solche seien an keiner Stelle dokumentiert. Auch bei der beruflichen Eingliederung sei das Vorliegen einer Schwindelsymptomatik nicht thematisiert worden. Darüber hinaus sei bei allfälligem Vorliegen eines BPLS davon auszugehen, dass dieser zwar unangenehm, aber als harmlos einzustufen sei. Auch könne er durch spezifische Manöver gut behandelt werden, was auch für Rezidiven gelte. Eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei deswegen nicht zu erwarten. Für eine fachspezifische (neurootologische) Begutachtung seien keine berichtsmässigen Ausgangsbefunde dokumentiert. Eine Begutachtung sei nicht dazu da, Primärdiagnostik zu betreiben. Erst wenn sich, trotz der therapeutischen Bemühungen, für den spezifischen Sachverhalt eine längerfristige Arbeitsfähigkeitsrelevanz abzeichne, komme eine Begutachtung zum Zug (IV-Nr. 50 S. 2 f.). 3.20 Dem im Beschwerdeverfahren

eingeholten Bericht der behandelnden Kardiologin, Dr. med. I.____, Kardiologie FMH (), vom 7. November 2018 (vgl. A.S. 68 und 72 f.) können folgende Diagnosen entnommen werden: «Koronare 3-Asterkrankung, ED 24.12.2015, subakuter inferolateraler ST-Hebungsinfarkt 25.12.2015, Koronarangiographie 25.12.2015 (K.____): 80 – 90%ige Hauptstammstenose, serielle Stenose der proximalen mittleren und distalen RIVA, Stenose des Diagonalastes I, subtotale Stenose der mittleren RCX, Stenose mit proximaler und mittlerer RCA. Global leicht eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion, St.n. aortokoronarer Bypass (LIMA-RIVA, RIMA-ACD, Arteria radialis-Marginalast 1-2-3 sequenziell) am 25.12.2015 am C.____, TTE 03.08.2017 (J.____): normale LV-Funktion, TTE 07.11.2018: normale linksventrikuläre Funktion, sehr diskrete Hypokinesie inferolateral, keine relevanten Klappenvitien, Fahrrad-Ergometrie 07.11.2018: klinisch und elektrisch nicht beurteilbar bei fehlender Ausbelastung (limitiert durch periphere Ermüdung), Kardiovaskuläre Risikofaktoren: St.n. Nikotinkonsum (kumulativ 10 py, stop am 24.12.2015), pos. Familienanamnese, Dyslipidämie». Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Patient sei zur kardialen Verlaufskontrolle bei obgenannter Diagnose zugewiesen worden. Chronische Thorakalgien (Schmerzen im Brustkorb) seit der aortokoronaren Bypass-Operation seien bekannt, wobei diese ausführlich sowohl im C.____ als auch im P.____ bereits untersucht worden seien. Der Patient befinde sich zurzeit in der Schmerzprechstunde im C.____. Die Beschwerden seien permanent vorhanden, bei Thoraxbewegungen seien sie verstärkt, unter leichter Belastung besserten sie sich jedoch. Dazu bestehe eine allgemeine Müdigkeit und ein chronischer Schwindel, welche sich klinisch nicht näher differenzieren liessen und die nicht auf eine Orthostase (Wechsel in die aufrechte Körperlage) zurückgeführt werden könnten. Dyspnoe, Palpitationen oder Synkopen seien verneint worden. Zum Zeitpunkt der Sprechstunde sei er kardiopulmonal kompensiert. Bis auf eine Keloidbildung der prästernalen Narbe seien die Verhältnisse reizlos mit einem stabilen Sternum. Echokardiographisch bestätige sich die bereits bekannte normale linksventrikuläre Funktion mit einer sehr diskreten inferolateralen Hypokinesie, welche die Müdigkeit und sonstige Beschwerden des Patienten sicherlich nicht erkläre. Relevante Klappenvitien seien nicht vorhanden. Auf dem Fahrradergometer sei die Leistungsfähigkeit des Patienten so eingeschränkt (54 % des Solls), dass der Test betreffend Koronardurchblutung nicht aussagekräftig sei. Entsprechend sei dem Beschwerdeführer die Durchführung einer Stressechokardiographie empfohlen worden. Nichtsdestotrotz seien die permanenten Thorakalgien des Patienten kardial nicht erklärt. Nachdem gemäss Akten ein relevantes muskuloskelettales Problem postoperativ ausgeschlossen worden sei, werde eine Anpassungsstörung für möglich erachtet. 3.21 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. E.____ nahm – auf die entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin hin – mit Bericht vom 19. November 2018 zu erhobenen Einwand dahingehend Stellung, es stehe ausser Frage, dass eine Schmerzchronifizierung eingetreten sei, da der Explorand unveränderte sternale Schmerzen seit der Sternotomie im Dezember 2015 beklage. Aus einer Schmerzchronifizierung könne jedoch per se noch keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Auch der klinische Befund von Angaben ausgeprägter Druck- und Berührungsschmerzen decke sich – wie vom Hausarzt korrekt ausgeführt – mit den subjektiven Schmerzempfindungen. Allerdings fehle ein strukturelles Korrelat für diese Schmerzempfindung, da die Sternotomie computertomographisch objektivierbar vollständig durchgebaut sei. Die subjektiv empfundenen Schmerzen und die vom Versicherten angegebene lokale massive Dolenz seien somit somatisch-medizinisch nicht begründbar, was vom Hausarzt ebenfalls erkannt worden sei, wenn er schreibe, dass

objektiv wenig an Pathologie nachweisbar sei. Die Aussage, dass es «schwierig sein werde, die Arbeitsfähigkeit zu steigern», stütze sich somit vorwiegend auf die subjektiv empfundene Leistungseinschränkung und nicht auf objektive Befunde. Bereits in seinem Bericht vom 21. Januar 2017 sei der Hausarzt davon ausgegangen, dass in einer Tätigkeit ohne Hektik am Arbeitsplatz und ohne schwere Gegenstände eine Arbeitsfähigkeit von sechs bis acht Stunden pro Tag möglich wäre. Die Kardiologin Dr. med. O.____ habe einen klinisch und echokardiographisch unauffälligen Befund erhoben und weise richtigerweise darauf hin, dass die Beschwerden nicht durch eine Sternum-Instabilität verursacht sein könnten, nachdem computertomographisch ein ossärer Durchbau bereits dokumentiert gewesen sei. Fachfremd beurteile sie die Beschwerden angesichts des unauffälligen kardiologischen Befundes wenig präzise als «muskulo-skelettal». Auch ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei als fachfremd und nicht objektiv abgestützt zu werten. Es sei sodann korrekt, dass er, Dr. med. E.____, klinisch zwar eher unspezifische, also nicht-organisch verursachte Schwindelgefühle vermute, rheumatologisch eine vaskuläre Genese jedoch nicht ausschliessen könne. Allerdings sei es fraglich, ob sich die beklagten Schwindelbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten, da es kaum plausibel erscheine, dass sich ein vaskulärer Schwindel erst nach vier Stunden Arbeitstätigkeit limitierend auswirken solle. Eine fachlich fundierte Beurteilung diesbezüglich sei allerdings nur im Rahmen einer neurologischen Untersuchung inkl. Sonographie der Halsgefässe möglich. Eine rein subjektive Schmerzangabe allein genüge nicht, um eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Einzig das objektive Mass des Zumutbaren sei entscheidend. Dass derartige Schmerzen in den Akten beschrieben seien und ohne Zweifel und definitionsgemäss eine Chronifizierung stattgefunden habe, sei zwar eine Bestätigung einer subjektiven Schmerzempfindung, jedoch weiterhin ohne Begründung für die angeführte Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Beim vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. O.____ habe es sich um eine kardiologische Beurteilung gehandelt, welche bekanntermassen unauffällig ausgefallen sei. Die übrigen Angaben zur Schmerzursache und zur Arbeitsfähigkeit seien jedoch fachfremd und spielten somit in der fachärztlichen rheumatologischen Beurteilung keine Rolle. Auch Dr. med. Q.____ habe in ihren Berichten vom 3. und 30. August 2017 einen unauffälligen kardiologischen Befund erhoben, jedoch auch auf verschiedene Diskrepanzen und Inkonsistenzen hingewiesen. Sie beurteile richtigerweise die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht auch in der angestammten Tätigkeit mit 100 %. Zusammenfassend seien im Einwand des Beschwerdeführers keine objektiven Angaben zu finden, welche ihn zu einer Korrektur seiner Beurteilung vom 8. Februar 2018 veranlassten. Die Verminderung der Leistungsfähigkeit bzw. der vermehrte Pausenbedarf in der angestammten Tätigkeit von ca. 2,5 Stunden pro Tag bzw. in einer adaptierten Tätigkeit von ca. 1,5 Stunden pro Tag sei rein objektiv gesehen aus rheumatologischer Sicht sogar bereits sehr grosszügig bemessen worden (IV-Nr. 55). 3.22 Aus dem nachgereichten Bericht von Dr. med. I.____ vom 22. November 2018 geht hervor, die gleichentags durchgeführte Stressechokardiographie zeige klinisch, elektrisch und echokardiographisch keine Hinweise für eine Koronarischämie. Somit bestehe ein erfreulicher kardialer Befund, welcher die Leistungseinschränkung des Patienten nicht erkläre. Die kardiale Therapie könne unverändert weitergeführt werden (A.S. 70 S. 3 und 71). 3.23 Der psychiatrische Gutachter Dipl. Arzt D.____ hielt in seiner Stellungnahme zum Einwand vom 7. Dezember 2018 fest, es treffe zu, dass er nicht über eine Zusatzqualifikation in Neurologie oder Neurootologie verfüge. Bezüglich der geltend gemachten Schwindelproblematik sei aus psychiatrischer Sicht nichts gegen eine

zusätzliche Abklärung einzuwenden, sofern auch der rheumatologische Gutachter diese somatisch für begründet erachte. Darüber hinaus ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte (IV-Nr. 57). 3.24 RAD-Ärztin Dr. med. N.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. Dezember 2018 fest, den neuen ärztlichen Berichten könne man keine Anhaltspunkte entnehmen, die eine andere Arbeitsfähigkeit rechtfertigten. Es liege keine neue Diagnose vor. Eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsuntersuchung sei nicht angezeigt. Es werde auf die Stellungnahme vom 1. November 2018 (IV-Nr. 50; vgl. E. II. 3.19 hiervor) verwiesen. Am Vorbescheid sei festzuhalten (IV-Nr. 59 S. 2 f.). 3.25 Dem vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren am 8. Mai 2019 nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Hals, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Hals- und Gesichtschirurgie, vom 17. April 2019 (A.S. 22 f.; vgl. E. II. 2.2 hiervor) kann folgende HNO-Diagnose entnommen werden: «Periphere Vestibularisstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes». Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient leide seit einiger Zeit an einem Schwankschwindel mit ungerichteter Falltendenz, welcher beim Aufstehen auftrete. Vor drei Jahren sei ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel vermutet worden. Subjektiv bestehe keine Hörverminderung. Bisher seien weder Ohrerkrankungen noch Nasen- und Nasennebenhöhlenprobleme aufgetreten. Operationen seien im HNO-Gebiet nicht durchgeführt worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um eine periphere Vestibularisstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes. Die Ursache der Unterfunktion sei bisher nicht geklärt worden. Neben einer viralen komme eine zentrale oder vaskuläre Ursache in Frage. Es sei eine neurologische Beurteilung zu empfehlen. Neben der Vestibularisstörung dürfte zusätzlich eine funktionelle Komponente vorliegen. Bei der Untersuchung sei generell eine Tendenz zu Hyperventilation zu beobachten gewesen, was gemäss Aussage der Ehefrau auch zu Hause auftrete und den Schwindel verstärken könne. Von der HNO-Seite betrachtet könne die schwindelbedingte medizinische Einschränkung auf ca. 20 % geschätzt werden (BB 14). 3.26 Dem eingeholten Bericht von Dr. med. I.____ vom 15. Mai 2020 über die gleichentags durchgeführte kardiologische Verlaufskontrolle (Transthorakale Echokardiografie und Fahrradergometrie vom 15. Mai 2020) kann Folgendes entnommen werden: Nach wie vor persistierten atypische Beschwerden bei klinisch kompensiertem Zustand. Echokardiographisch sei der Befund unverändert mit einer global erhaltenen linksventrikulären Funktion und einer sehr diskreten Hypokinesie inferolateral nach Herzinfarkt im Jahr 2015. Auf dem Fahrradergometer sei die Belastbarkeit nach wie vor einschränkt, sodass eine Aussagekraft betreffend relevanter Koronarischämie zurzeit nicht möglich sei. Der Patient habe sich nach ausführlichem Gespräch vorerst gegen eine Stressechokardiografie entschieden. Es werde eine erneute Kontrolle in einem Jahr empfohlen. Die Blutdruckwerte seien anamnestisch im optimalen, die Lipidwerte im guten Bereich (A.S. 70 f.).

E. 3.27

3.27.1 Dem vom Gericht veranlassten polydisziplinären (rheumatologischen, neurologischen, ORL-fachärztlichen, kardiologischen und psychiatrischen) Gutachten vom 22. März 2021 (Untersuchungen vom 2.,

E. 3.27.6

hiervor). Die Herleitung der Diagnosen aufgrund der erhobenen Befunde sowie die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch die Experten im Rahmen der

gutachterlichen Konsensbeurteilung sind nachvollziehbar und überzeugen. Angesichts der aus fünf Disziplinen hervorgegangenen Untersuchungsergebnisse besteht vorliegend kein Grund, auf diese umfassende fachärztliche Begutachtung nicht abzustellen, zumal keine widersprüchlichen Beurteilungen oder fehlende Abklärungen zu erkennen sind. Wie oben (unter E. II. 2.6 hiervor) erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab. Solche Gründe sind hier nicht ersichtlich.

4.5 Die vom G.____-Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. med. O.____, Spezialärztin FMH für Innere Medizin und Herzkrankheiten, in ihrem Bericht vom 5. Mai 2017, worin dargelegt wurde, bei den aktuell ausgeprägten Rumpfbeschwerden könne keine Steigerung der 50%igen Arbeitsfähigkeit verlangt werden, bis aus ärztlicher Sicht eine gezielte Schmerztherapie erfolgt sei (IV-Nr. 25 S. 5; vgl. E. II. 3.12 hiervor), vermag den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht zu schmälern. Der rheumatologische G.____-Teilgutachter Dr. med. S.____ stellt bei seiner Untersuchung vielmehr fest, es habe sich keine relevante Limitation bezüglich des Bewegungsapparates sowie der statodynamischen Belastbarkeit des Rumpfes und hier insbesondere des Thorax gezeigt. Es seien uneingeschränkte und schmerzfreie Bewegungsdurchführungen zu beobachten gewesen. Zudem hätten sich Hinweise für eine inkonsistente Schmerzangabe gezeigt (A.S. 101). Diese Einschätzung steht auch weitgehend im Einklang mit der Beurteilung des Rheumatologen Dr. med. E.____ in seinem Teilgutachten vom 8. Februar 2018 (Untersuchung vom 22. Januar 2018), worin festgestellt wurde, radiologisch sei die Sternotomie vollständig durchgebaut, sowohl die sternocostalen als auch die costovertebralen Übergänge und der Rippenthorax stellten sich vollständig unauffällig dar. Dr. med. E.____ kam zum Schluss, die beklagte und subjektiv für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehende allgemeine Leistungsschwäche mit körperlich rascher Ermüdbarkeit sei bei unauffälligen kardiologischen und pneumologischen Abklärungen mit einer allgemeinen muskulären Dekonditionierung zu erklären. Die deswegen bestehende Einschränkung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit übersteige jedoch das Ausmass von 20 % aufgrund vermehrter notwendiger Pausen nicht (IV-Nr. 35.1 S. 14 f.). Die gestellten Fragen wurden von ihm dahingehend beantwortet, die subjektive Leistungseinschränkung um 50 % sei aus objektiver rheumatologischer Sicht nicht begründbar und müsse auf eine zusätzliche nicht organisch bedingte Selbstlimitierung des Beschwerdeführers zurückgeführt werden. In einer adaptierten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht seit spätestens Juli 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-Nr. 35.1 S. 16; vgl. E. II. 3.15.1 hiervor). Im Rahmen der bidisziplinären Gesamtbeurteilung wurde dann aus rheumatologischer Sicht dennoch eine Arbeitsfähigkeit von «maximal 20 %» attestiert (IV-Nr. 35.2 S. 2). Dazu führt der rheumatologische G.____-Gutachter Dr. med. S.____ aus, bei dieser Einschätzung seien keine näheren Beobachtungen der spontanen Mobilität und keine kritische Einbeziehung der Konsistenzprüfung mitberücksichtigt worden, sodass die seinerzeitige Bewertung versicherungsmedizinisch unvollständig erscheine und sich nicht vollumfänglich teilen lasse (A.S. 104). Darauf ist abzustellen. Es gilt im Übrigen zu beachten, dass selbst der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. M.____, in seinem Bericht vom 21. April 2017 angab, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit (keine Hektik am Arbeitsplatz, keine schweren Gegenstände bewegen oder heben) im Ausmass von sechs bis acht Stunden pro Tag zuzumuten (IV-Nr. 20 S. 5; vgl. E. II. 3.10 hiervor). In seiner Stellungnahme zum bidisziplinären Gutachten vom 23. Februar 2018 konnte er sich mit der Darstellung der

Beschwerden und der klinischen Befunde einverstanden erklären, wobei er darauf hinwies, es sei «objektiv wenig an Pathologie nachweisbar» (IV-Nr. 38; vgl. E. II. 3.16 hiervor). Dr. med. E. ___ hielt dazu in seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 fest, die Aussage des Hausarztes, dass es «schwierig sein werde, die Arbeitsfähigkeit zu steigern», stütze sich vorwiegend auf die subjektiv empfundene Leistungseinschränkung und nicht auf objektiven Befunde. Auch Dr. med. E. ___ kam zum Schluss, von einer Sternum-Instabilität könne angesichts des computertomographisch dokumentierten ossären Durchbaus nicht ausgegangen werden, die von Dr. med. O. ___ erfolgte, wenig präzise Beurteilung der Beschwerden als «muskulo-skelettal» sei als fachfremd und nicht objektiv abgestützt zu bewerten und die Verminderung der Leistungsfähigkeit (vermehrter Pausenbedarf) in einer adaptierten Tätigkeit von ca. 1,5 Stunden pro Tag sei rein objektiv gesehen aus rheumatologischer Sicht «sehr grosszügig bemessen» (IV-Nr. 55; vgl. E. II. 3.21 hiervor). Demnach ist aus rheumatologischer Sicht in Übereinstimmung mit dem rheumatologischen G. ___-Teilgutachter Dr. med. S. ___ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeit, welche wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt werden kann (vgl. A.S. 102 und 104), auszugehen. Das Untersuchungsergebnis des rheumatologischen G. ___-Teilgutachters, wonach aus rheumatologischer Sicht keine Anhaltspunkte für ein relevantes leistungslimitierendes Geschehen ersichtlich seien (A.S. 101), wird durch die Angaben von rheumatologischen Teilgutachters Dr. med. E. ___ und diejenigen des Hausarztes erhärtet.

4.6 Zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schwindelbeschwerden ist festzuhalten, dass der neurologische G. ___-Teilgutachter Prof. Dr. med. T. ___ in seinem neurologischen Teilgutachten darlegt, der neurologische Befund habe in der Lagerungsprobe einen möglichen provozierbaren Nystagmus (periodische, meist unwillkürliche sägezahnartige Augenbewegungen) ergeben, sodass ein paroxysmaler Lagerungsschwindel denkbar sei; der übrige Befund sei ohne eine die Beschwerden erklärende Auffälligkeit gewesen (kein Anhalt für eine neurogene Ursache der reklamierten Schmerzen) und hinsichtlich des auch bereits aktenkundig erwogenen Lagerungsschwindels (bzw. auch in Bezug auf erwogene andere Schwindel-Entitäten) sei ein Gleichgewichts- und Lagerungstraining ausreichend. Die hier in Betracht kommenden Genesen seien in der Regel benigne (gutartig in Bezug auf den Krankheitsverlauf) und besserbar. Nach den Angaben des Neurologen resultiert hier lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; Tätigkeiten in gefährdenden Höhe und Arbeiten, die mit dem Führen von Kraftfahrzeugen im Strassenverkehr einhergingen, seien vorerst zu meiden. Im Weiteren kommt Prof. Dr. med. T. ___ in Bezug auf die geklagten intensiven sternalen Beschwerden zum Schluss, für die anamnestisch angegebene hohe Schmerzintensität habe sich im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck) ergeben. Auch eine namhafte Ataxie (Bewegungsstörung) und die im Vorgutachten erwogene neuropathische Schmerzgenese (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 13) sowie eine nervale Läsion können vom neurologischen Gutachter nicht bestätigt werden (A.S. 172 f.). Sodann stellt die die ORL-fachärztliche G. ___-Teilgutachterin, Prof. Dr. med. U. ___, aufgrund der Vestibularisprüfung vom 5. Oktober 2020 fest, es seien aktuell keine Hinweise auf eine akut periphere Funktionsstörung in der kalorischen Prüfung festzustellen. Pathologische Nystagmen liessen sich in der Lage- und Lagerungsprüfung nicht finden. Die ORL-Fachärztin diagnostiziert u.a. einen «Status nach peripher vestibulärer Funktionsstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes 04.19 mit Remission» und stellt in der klinischen ORL-Untersuchung altersentsprechende regelrechte Verhältnisse fest. In der Untersuchung

zeige sich aktuell keine Störung der peripheren Funktion des Gleichgewichts. Aus ORL-ärztlicher Sicht ergäben sich sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Mechaniker als auch in einer angepassten Verweistätigkeit aktuell keine relevanten objektiven Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit namhaft einschränkten. Die berichteten Schwindelbeschwerden und der somit mögliche Lagerungsschwindel machten allenfalls Arbeiten in gefährdenden Höhen (z.B. auf Leitern und Gerüsten) ungeeignet (A.S. 151 f.). Aufgrund der Angaben von Prof. Dr. med. U.____ kann die von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, in seinem Bericht vom 17. April 2019 diagnostizierte «Periphere Vestibularisstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes» (BB 14; vgl. E. II. 3.25 hiervor) nicht bestätigt werden; dieses Leiden hat nach dem ORL-fachärztlichen Untersuchungsergebnis der G.____-Teilgutachterin als remittiert zu gelten. Der von Dr. med. F.____ gemachten Empfehlung, es sei zur Klärung der Ursache der Unterfunktion des linken Labyrinthes eine neurologische Beurteilung zu veranlassen, wurde mit der vom Gericht in Auftrag gegebenen G.____-Begutachtung mit den Disziplinen «Neurologie» und «ORL» entsprochen. Daraus lässt sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (ohne Tätigkeitsanteile in gefährdenden Höhen und ohne Arbeiten, die mit dem Führen von Kraftfahrzeugen im Strassenverkehr einhergehen) ableiten. Es gilt zu beachten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der G.____-Begutachtung gegenüber den Gerichtsgutachtern selbst angab, er habe einen Führerschein und fahre ohne Probleme ein handgeschaltetes Fahrzeug auf eher kurzen und bekannten Strecken (vgl. A.S. 78, 118, 158 und 180).

4.7 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Stellungnahme zum G.____-Gutachten vom 21. Juli 2021 einwenden, im rheumatologischen Teilgutachten werde auf S. 28 festgehalten, dass sich in körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, keine Minderung der Arbeitsfähigkeit ergebe, da die hiesige spontane Mobilität nicht namhaft gestört gewirkt habe und keine erheblich behindernden Befunde zu erheben gewesen seien (A.S. 102 , vgl. auch Antworten auf die Fragen 4 und 6, S. 29 f. des rheumatologischen Teilgutachtens [A.S. 103 f.]). Im ORL-fachärztlichen Gutachten sei auf S. 18 hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ebenfalls von nicht namhaften Einschränkungen die Rede (A.S. 153, vgl. auch S. 17 des ORL-fachärztlichen Teilgutachtens [A.S. 152]). Eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedeute, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sehr wohl vorliege, auch wenn diese Einschränkung gemäss der gutachterlichen Beurteilung gering ausfalle. Wie hoch diese Einschränkung sei, gehe aus dem G.____-Gutachten jedoch nicht hervor. Das Gutachten sei in diesem Punkt widersprüchlich, weshalb hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf die Konsensbeurteilung im G.____-Gutachten nicht abgestellt werden könne (A.S. 234 f.). Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Dass die spontane Mobilität des Beschwerdeführers in körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, nach der Feststellung des rheumatologischen G.____-Teilgutachters «nicht namhaft», d.h. unerheblich, gestört gewirkt habe, muss nicht zur Folge haben, dass deswegen eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert werden müsste. Eine unerheblich gestört wirkende Mobilität ist nicht mit einer geringen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen. So kann eine adaptierte, insbesondere sitzende Tätigkeit allenfalls auch bei einer erheblich gestört wirkenden Mobilität ohne Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ausgeübt werden. Dr. med. S.____ führte in diesem Zusammenhang aus, in der Beobachtung hätten sich uneingeschränkte und schmerzfreie Bewegungsdurchführungen sowie Zeichen einer

inkonsistenten Schmerzangabe gezeigt. Anhaltspunkte für ein relevantes leistungslimitierendes Geschehen seien nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer betreibe in seiner Freizeit regelmässig ein Fahrradergometertraining (Fahrradrolle) und beklage dabei keine Beschwerden. Auffällig seien hohe koordinative, statodynamische und dynamische Kräfte gewesen, die beschwerdefrei toleriert worden seien (vgl. A.S. 101 f.). Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass für den rheumatologischen G.____-Teilgutachter kein Anlass bestand, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zu attestieren. Auch die ORL-fachärztliche G.____-Gutachterin legte in ihrem Teilgutachten überzeugend dar, weshalb von ihr aktuell keine relevanten objektiven Befunde erhoben werden konnten, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers namhaft einschränkten. Prof. Dr. med. U.____ legte dar, die berichteten Schwindelbeschwerden und der somit mögliche Lagerungsschwindel machten allenfalls Arbeiten in gefährdenden Höhen (z.B. auf Leitern und Gerüsten) ungeeignet. Angesichts des remittierten Status nach einer peripher vestibulären Funktionsstörung mit einer Unterfunktion des linken Labyrinthes im April 2019, der ansonsten altersentsprechenden regelrechten Verhältnisse und des Fehlens einer Störung der peripheren Funktion des Gleichgewichts in der aktuellen Untersuchung kam die Expertin nachvollziehbar zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit aus ORL-ärztlicher Sicht für eine angepasste Tätigkeit (auf dem Boden) nicht eingeschränkt sei. Dementsprechend lassen sich aus den rheumatologischen und ORL-fachärztlichen G.____-Teilgutachten in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit herleiten. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind sowohl in den beiden Teilgutachten als auch in der Konsensbeurteilung der G.____-Gutachter keine Widersprüche ersichtlich.

5. Nach dem Gesagten ist gemäss dem vollumfänglich beweiswertigen Gerichtsgutachten der G.____ vom 22. März 2021 von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Mechaniker von 70 % auszugehen (Pensum 100 %, Rendement 70 %), dies aufgrund der qualitativen Minderung der Belastbarkeit durch den Zustand nach Sternotomie (um 20 % reduziertes Pensum) und den möglichen Lagerungsschwindel (um 10 % reduziertes Rendement), wobei die reduzierten Rendement-Werte zu addieren sind, da es sich um distinkte (abgegrenzte) Gesundheitsstörungen mit eigenständigen einschränkenden Effekten handelt. In angepassten Tätigkeiten (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) besteht nach den hier massgebenden Abklärungsergebnissen der Gerichtsgutachter keine Minderung der Arbeitsfähigkeit.

E. 4

Subeventualiter seien dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen vorgängig der Abweisung der Leistungsbegehren zuzusprechen.

E. 4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den versicherungsmedizinischen Abklärungen bestehe aus psychiatrischer Sicht eine maximal 20%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die angestammte Tätigkeit und andere denkbare Verweistätigkeiten. Aus rheumatologischer Sicht lasse sich aufgrund der objektivierbaren Befunde eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von maximal 30 % und in einer angepassten Tätigkeit von maximal 20 % attestieren.

Interdisziplinär werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit 70 % und in einer angepassten Tätigkeit mit 80 % eingeschätzt. Seit dem 24. Dezember 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) sei der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Medizinisch-theoretisch bestehe seit ca. September 2016 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Damit sei es dem Beschwerdeführer weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad belaufe sich auf 30 %. Gemäss dem Abschlussbericht des zuständigen Eingliederungsfachmannes vom 9. März 2017 fühle sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, mehr als 50 % zu arbeiten. Weil er eine Teilrentenprüfung gewünscht habe, sei die Eingliederung abgeschlossen worden. Zu den Einwänden wurde dargelegt, auf das bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Gutachten vom 7. bzw. 8. Februar 2018 könne abgestellt werden. Mit Blick auf die beiden gutachterlichen Stellungnahmen vom 19. November und 7. Dezember 2018 könnten die Einwände des Beschwerdeführers keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des bidisziplinären Abklärungsergebnisses begründen, was auch vom RAD in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2018 bekräftigt werde. Den RAD-Stellungnahmen vom 1. November und 17. Dezember 2018 könne entnommen werden, dass für die zusätzlich verlangte neurootologische Begutachtung keine berichtsmässigen Ausgangsbefunde dokumentiert seien. Eine Begutachtung sei nicht dazu da, Primärdiagnostik zu betreiben. Erst wenn sich, trotz therapeutischen Bemühungen, eine längerfristige Arbeitsfähigkeitsrelevanz abzeichne, komme eine Begutachtung in Frage. Gemäss dem Protokolleintrag vom 9. November 2018 seien keine medizinischen Unterlagen zur Schwindelsymptomatik eingegangen, weshalb die Ausführungen des RAD in seiner Stellungnahme vom 1. November 2018 weiterhin massgebend seien. Die Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung habe daher unterbleiben können. Die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen seien ausreichend abgeklärt worden; von weiteren beweismässigen Vorkehren könne daher abgesehen werden. Der Beschwerdeführer habe die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit als Mechaniker nicht voll ausgeschöpft, da ihm eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit und eine solche von 80 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden seien. Da er sich nicht im von den Gutachtern attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle, seien auf eine Leistungssteigerung hinwirkende berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht zielführend (IV-Nr. 60; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm seit dem 11. Mai 2016 mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsbegutachtung vorzunehmen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, es sei aktenkundig, dass der Beschwerdeführer in seinem Alltag und besonders während der Arbeit durch Schwindel und Schmerzen stark beeinträchtigt sei. Aufgrund der bisherigen Untersuchungen könne nicht abschliessend beurteilt werden, inwieweit die Schwindel- und Schmerzproblematik ihn einschränke und welche Auswirkungen dies auf die Arbeitsfähigkeit habe. Auf die Einschätzungen der Gutachter Dr. med. E.____ und Dipl. Arzt D.____ könne nicht abgestellt werden, da sie nicht über eine Zusatzqualifikation in den Disziplinen «Neurologie» oder «Neurootologie» verfügten. Korrekterweise hätte eine polydisziplinäre Begutachtung angeordnet und das Verfahren gemäss Art. 72 bis IVV eingehalten werden müssen. Demgemäss sei allenfalls beim W.____, Neurootologie, ein Ergänzungsgutachten einzuholen, welches sich zur aktuellen Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussere. Es sei anzumerken, dass Schmerzen, welche aktenkundig belegt seien, sich in den letzten rund vier Jahren chronifiziert hätten

und gemäss ärztlicher Einschätzung im aktuellen Zustand des Beschwerdeführers eine Arbeitsfähigkeit von über 50 % unmöglich machten, nicht im objektiven Mass als zumutbar gewertet werden könnten. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. M.____, und die Vertrauensärztin des Krankentaggeldversicherers, Dr. med. O.____, hätten übereinstimmend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Die Schwindelproblematik sei seit dem Jahr 2016 aktenkundig und werde seither medikamentös behandelt. Gegenwärtig führe man weitere Abklärungen bei einem Spezialisten durch. Es liege keine umfassende, auf allseitigen Untersuchungen beruhende und die geklagten Beschwerden berücksichtigende spezialärztliche Expertise vor. Vielmehr sei eine zusätzliche Abklärung betreffend die Schwindelproblematik dringend angezeigt. Eventualiter sei eine polydisziplinäre Begutachtung in mindestens drei Fachdisziplinen anzuordnen (Beschwerde, S. 2 ff.). 4.1.3 In seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2021 lässt der Beschwerdeführer darlegen, im vom Gericht veranlassten polydisziplinären Gutachten vom 22. März 2021 seien die G.____-Gutachter zum Schluss gekommen, dass er in einer angepassten Tätigkeit (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine gesundheitliche Einschränkung bestehe lediglich wegen der Sternotomie (20 %) und wegen des Lagerungsschwindels (10 %), wobei sich diese Einschränkung auf eine angepasste Tätigkeit nicht auswirke. Demgegenüber finde man in den jeweiligen Teilgutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit folgende Ausführungen: Im rheumatologischen Teilgutachten werde festgehalten, dass in körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, sich keine Minderung der Arbeitsfähigkeit ergebe, da die hiesige spontane Mobilität nicht namhaft gestört gewirkt habe und keine erheblich hindernden Befunde zu erheben gewesen seien. Im ORL-fachärztlichen Gutachten sei hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ebenfalls von nicht namhaften Einschränkungen die Rede. Eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedeute, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sehr wohl vorliege, auch wenn diese Einschränkung gemäss der gutachterlichen Beurteilung gering ausfalle. Wie hoch diese Einschränkung sei, gehe aus dem G.____-Gutachten vom 22. März 2021 jedoch nicht hervor. Das Gutachten sei in diesem Punkt widersprüchlich, weshalb hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf die Konsensbeurteilung im Gutachten vom 22. März 2021 nicht abgestellt werden könne (A.S. 234 f.). Die Beschwerdegegnerin hat auf das Einreichen einer Stellungnahme zum G.____-Gutachten vom 22. März 2021 verzichtet (vgl. Verfügung vom 5. Juli 2021, A.S. 236 f.). 4.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das vom Gericht veranlasste, fünf Disziplinen umfassende polydisziplinäre (neurologische, rheumatologische, ORL-fachärztliche, kardiologische und psychiatrische) Gutachten der Gutachterstelle G.____ für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 2., 5. und 7. Oktober 2020 sowie 11. Februar 2021 beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Sämtliche Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von den Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit

hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gerichtsgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiervor). 4.3 Aus den vorliegend von den Parteien ins Recht gelegten Unterlagen und dem vom Gericht veranlassten polydisziplinären Gutachten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer nach der am 25. Dezember 2015 im C.____ durchgeführten fünffachen Bypass-Operation und anschliessender ambulanter kardialer Rehabilitation im J.____ (vgl. E. II. 3.1 bis 3.7 hiervor) ab dem 12. Juli 2016 bei seiner bisherigen Arbeitgeberin in seiner angestammten Tätigkeit als «Mechaniker Tiefdruck» (Präventive Reparaturen, Prägezyylinder-Vorbereitung) mit einem reduzierten Pensum wieder arbeiten konnte. Gemäss seinen Angaben im Rahmen der G.____-Begutachtung konnte er bis zur betriebsbedingten Kündigung per Ende September 2019 mit einem vertraglichen Pensum von 40 % arbeiten, wobei die Tätigkeit körperlich teilweise auch schwer gewesen sei (vgl. neurologisches Teilgutachten, A.S. 157). Laut seinen Angaben in den übrigen Teilgutachten arbeitete er dort nach der Bypass-Operation bis Ende September 2019 mit einem Pensum von 50 % (vgl. A.S. 78, 117 f., 138, 152 und 178). Nach den Angaben der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin wurde erfolglos versucht, das Arbeitspensum des Beschwerdeführers unter Vermeidung von schweren Arbeiten auf über 50 % zu erhöhen. Dabei habe sich herausgestellt, dass ein 50%-Pensum die obere Grenze darstelle. Der Beschwerdeführer sei erschöpft und müde gewesen und habe keine Leistung mehr erbracht. Das Pensum habe während längerer Zeit stagniert und der Arbeitgeber sei bereit gewesen, den Beschwerdeführer zum halben Lohn weiter zu beschäftigen. Der Beschwerdeführer habe eine Teilrentenprüfung gewünscht und die Eingliederung sei daraufhin abgeschlossen worden (IV-Nr. 17). Das aus dem erwähnten Arbeitsversuch hervorgehende Abklärungsergebnis, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von maximal 50 %, wird durch das vom Gericht veranlasste polydisziplinäre G.____-Gutachten vom 22. März 2021 nicht bestätigt. So stellten die Gutachter im Rahmen der Konsensbeurteilung fest, in Zusammenfassung der neurologischen, rheumatologischen, ORL-fachärztlichen, kardiologischen und psychiatrischen Teilgutachten sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mechaniker mit 70 % einzuschätzen (Pensum 100 %, Rendement 70 %), dies aufgrund der qualitativen Minderung der Belastbarkeit durch den Zustand nach der Sternotomie (um 20 % reduziertes Rendement) und den möglichen Lagerungsschwindel (um 10 % reduziertes Rendement), wobei diese reduzierten Rendement-Werte zu addieren seien. Im Weiteren kamen die G.____-Gutachter zum Schluss, in einer angepassten Tätigkeit (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) sei keine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus den erhobenen Befunden abzuleiten (A.S. 106 f.). 4.4 Diese Konsensbeurteilung der G.____-Gutachter stützt sich auf die rheumatologischen, neurologischen, ORL-fachärztlichen, kardiologischen und psychiatrischen Teilgutachten. So gehen aus dem rheumatologischen Teilgutachten die Diagnosen einer «Koronaren Herzkrankheit mit Status nach inferiorem/posteriorem Myokardinfarkt und fünffachem AC-Bypass 12/2015 mit Sternotomie mit computertomographisch belegtem ossärem Durchbau, ICD I25.13, ICD Z95.1» sowie einer «Adipositas Grad I, ICD E66.00» hervor,

wobei im Wesentlichen festgestellt wurde, bei der aktuellen rheumatologischen Begutachtung sei keine relevante Limitation des Beschwerdeführers bezüglich des Bewegungsapparates und der statodynamischen Belastbarkeit des Rumpfes und insbesondere des Thorax ersichtlich. In der Beobachtung hätten sich uneingeschränkte und schmerzfreie Bewegungsdurchführungen gezeigt. Es bestünden keine Anhaltspunkte eines relevanten leistungslimitierenden Geschehens. Der rheumatologische Teilgutachter konnte auch aufgrund der Akten keine somatisch begründeten Nachweise für die beklagten Beschwerden feststellen. Ebenso wenig liessen sich Hinweise für eine entzündliche Schädigung des Thorax und der Herzmuskulatur finden. Dr. med. S. ___ beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dahingehend, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mechaniker bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Pensum 100 %, Rendement 80 %), wobei das Rendement wegen Limitationen für Heben und Tragen schwerer Lasten und Tätigkeiten über Kopf auf 80 % reduziert sei (dies aufgrund des Status nach Herzinfarkt und Sternotomie). In körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ergebe sich jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit, da die spontane Mobilität nicht namhaft gestört gewirkt habe und keine erheblich hindernden Befunde zu erheben seien (A.S. 99 ff.; vgl. E. II. 3.27.2 hiervor). Sodann wurde im neurologischen Teilgutachten die Diagnose eines «möglichen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels» gestellt und festgestellt, in Bezug auf diesen bereits aktenkundig erwogenen Lagerungsschwindel (bzw. auch hinsichtlich erwogener anderer Schwindel-Entitäten) sei ein Gleichgewichts- und Lagerungstraining ausreichend, die hier in Betracht kommenden Genesen seien in der Regel benigne und besserbar. Es resultiere hier lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, namentlich für Tätigkeiten in gefährdenden Höhen und Arbeiten, die mit dem Führen von Kraftfahrzeugen im Strassenverkehr einhergingen. Solche Tätigkeiten seien vorerst zu meiden. Für die anamnestisch angegebene hohe Schmerzintensität konnte der neurologische Teilgutachter im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck) finden. Es bestand auch kein Anhaltspunkt für eine invalidisierende nervale Läsion. Prof. Dr. med. T. ___ kam zum Schluss, eine namhafte Einschränkung des Pensums sei neurologisch nicht anzunehmen. Allenfalls seien Tätigkeiten in gefährdenden Höhen ungeeignet, was jedoch in der angestammten Tätigkeit eher selten vorkomme, sodass das Rendement allenfalls um 10 % reduziert sei; demnach resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Für eine Arbeit ohne Tätigkeitsanteile in gefährdenden Höhen (auf Leitern oder Gerüsten) sei die Arbeitsfähigkeit mit 100 % einzuschätzen (Pensum und Rendement 100 %; A.S. 172 ff.; vgl. E. II. 3.27.3 hiervor). Da die aus rheumatologischer und neurologischer Sicht reduzierten Rendement-Werte nach den gutachterlichen Angaben zu addieren sind, ergibt sich eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mechaniker von 70 %; in einer angepassten Verweistätigkeit (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) besteht aufgrund der erhobenen Befunde dagegen keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (A.S. 106 f.; vgl. E. II. 3.27.1 hiervor). Aus ORL-fachärztlicher, kardiologischer und psychiatrischer Sicht ist nach den Angaben der jeweiligen G. ___-Gutachter ebenfalls von einer vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in adaptierten Verweistätigkeiten auszugehen. Aus ORL-fachärztlicher Sicht wurde lediglich (ebenfalls) darauf hingewiesen, wegen der berichteten Schwindelbeschwerden und des somit möglichen Lagerungsschwindels seien Arbeiten in gefährdenden Höhen (z.B. auf Leitern

und Gerüsten) ungeeignet (A.S. 134, 153 und 196; vgl. E. II. 3.27.4 bis

E. 5

und 7. Oktober 2020 sowie 11. Februar 2021) können im Rahmen der gutachterlichen Konsensbeurteilung folgende Angaben zur Arbeitsfähigkeit entnommen werden: Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei mit 70 % einzuschätzen (Pensum 100 %, Rendement 70 %), dies aufgrund der qualitativen Minderung der Belastbarkeit durch den Zustand nach Sternotomie (um 20 % reduziertes Rendement) und den möglichen Lagerungsschwindel (um 10 % reduziertes Rendement). Eine additive Zusammenziehung der reduzierten Rendement-Werte erscheine sinnvoll, da es sich um distinkte Gesundheitsstörungen mit eigenständigen einschränkenden Effekten handle. In angepassten Tätigkeiten (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) sei keine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus den hiesigen Befunden abzuleiten (A.S. 106 ff.).

3.27.2 Aus dem rheumatologischen Teilgutachten (Dr. med. S.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH) gehen folgende Diagnosen hervor: «Koronare Herzkrankheit mit Status nach inferiorem/posteriorem Mykordinfarkt und fünffachem AC-Bypass 12/2015 mit Sternotomie mit computertomographisch belegtem ossärem Durchbau, ICD I25.13, ICD Z95.1; Adipositas Grad I, ICD E66.00». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, der Explorand beklage Beschwerden, führend im Bereich des Thorax mit tief intrathorakalen Schmerzen und interscapulären Schmerzen sowie Schmerzen über den Sternoclaviculargelenken beidseits. Zudem gebe er Beschwerden im Bereich der Taillen beidseits und am Ober- und Unterschenkel rechts an. Führend seien die Beschwerden im Bereich des Thorax mit intrathorakal/parasternaler Symptomatik sowie interscapulärer Symptomatik. Im subjektiven Erleben gebe er hierbei «Blockierungen» sowie «Atemnot» insbesondere bei Kälteeinwirkung an, wobei er höchste Schmerzskalenwerte äussere. Die Beschwerden im Bereich der Taille seien bereits vor der chirurgischen Versorgung, ebenfalls bei Kälte erlebt, aufgetreten. Die Beschwerden am Oberschenkel rechts und Unterschenkel rechts seien in den letzten Monaten zunehmend, aber auch schon seit sechs Jahren erlebt. Im subjektiven Wahrnehmen habe der Explorand auch seine Arbeitsstelle als weiterhin adäquat für sich angesehen. Diese sei mit 50 % zuletzt für ihn «gut bewältigbar» gewesen. Er habe insbesondere die sehr gute kollegiale Situation am Arbeitsplatz sehr geschätzt und dadurch auch den Arbeitsprozess gut bewältigen können. Aufgrund der betriebsbedingten Kündigung sei er nun sehr besorgt, inwieweit er noch vermittelbar sei.

Der rheumatologische Gutachter führt im Weiteren aus, in der hier vorliegenden Verlaufsberichterstattung werde im Rahmen der Integration des Exploranden zum ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramm angegeben, dass eine gute Verheilung der Sternotomie- und Gefässentnahmestellen eingetreten sei. Auch sei «der Patient diesbezüglich beschwerdefrei». Erstmals sei am 16. Februar 2016 eine klinische Vorstellung «aufgrund von Beschwerden im Thorax, insbesondere beidseits der Sternotomienarbe» angegeben worden. Dabei sei die Narbenstruktur klinisch reizlos, nicht überwärmt und ein lokaler Druckschmerz sternal sei beidseits auslösbar. Es seien weitere klinische Abklärungen einschliesslich einer Untersuchung bezüglich eines Infektgeschehens, kardialer Pathologie und auch der Durchbauung des sternalen ossären Gewebes erfolgt. Am 1. März 2016 sei hierzu auch ein CT des Thorax erstellt worden. Für die Beschwerden erklärende Befunde hätten nicht erhoben werden können. Zudem seien weitere Abklärungen bezüglich der geäusserten Schwindelsymptomatik erfolgt. In der

hiesigen rheumatologischen Abklärung äussere der Explorand diesbezüglich keinerlei Beschwerden. Es zeige sich auch keine relevante Limitation des Exploranden bezüglich des Bewegungsapparates, der statodynamischen Belastbarkeit des Rumpfes und hier insbesondere des Thorax. In der Beobachtung zeigten sich uneingeschränkte und schmerzfreie Bewegungsdurchführungen. Zudem hätten sich Zeichen einer inkonsistenten Schmerzangabe gefunden (3 von 5 Waddell-Signs seien positiv gewesen). Aus rheumatologischer Sicht finde man keine Anhaltspunkte eines relevanten leistungslimitierenden Geschehens. Der Explorand betreibe in seiner Freizeit regelmässig ein Fahrradergometertraining (Fahrradrolle), bei dem er mit vorn aufgestützter, eher thoraxkomprimierender Bewegung (Lenkerposition) belaste. Hieraus beklage er keine Beschwerden. Auch klinisch habe man keine Anhaltspunkte eines Schmerzgeschehens im Rahmen einer thoraxöffnenden Bewegung bzw. einer thoraxkomprimierenden Bewegungsdurchführung gefunden. Auffällig seien hohe koordinative statodynamische und dynamische Kräfte gewesen, die beschwerdefrei toleriert worden seien. Eine rheumatologische Erkrankung im Sinne einer autoimmun-vermittelten Pathologie oder eine andere ossäre, arthrogene oder ligamentäre Erkrankung sei nicht evident. Im Rahmen der Adipositas möge allenfalls eine Dekonditionierung bei Status nach einem Myokardhinterwandinfarkt als limitierend bestehen. Die bereits eingetretene sportliche Aktivierung sollte durch eine konsequente Gewichtsreduktion unterstützt werden. Hier sei die Mitarbeit des Exploranden gut zumutbar und stehe in seinem Gesundheitsinteresse. Auch aktenkundig seien keine somatisch begründeten Nachweise für die beklagten Beschwerdeangaben gefunden worden. Hinweise für ein Dressler-Syndrom (PCIS) seien der Datenlage nicht zu entnehmen. Laborchemisch zeige sich eine Erhöhung des CK-Wertes, der kontrollbedürftig sei, die reklamierten Beschwerden jedoch nicht erkläre. In den Vorberichten habe man keine Hinweise einer entzündlichen Schädigung des Thorax und der Herzmuskulatur gefunden. Die im hiesigen Befund angegebenen sensiblen Störungen seien ohne hindernden Effekt und könnten im Kontext der Adipositas eingeordnet werden.

Im Weiteren legt Dr. med. S. ___ dar, der Explorand habe bis 2019 die Arbeitsanforderung als Mechaniker bewältigt. Nach eigenem Bekunden sei er in dieser Arbeitsaufgabe gut zurechtgekommen. Der Arbeitsplatzverlust sei im Rahmen einer betriebsbedingten Kündigung erfolgt. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (100 % Pensum, Rendement 80 %), wobei das Rendement wegen Limitationen für Heben und Tragen schwerer Lasten und Tätigkeiten über Kopf auf 80 % reduziert sei (dies aufgrund des Status nach Herzinfarkt und Sternotomie). In körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ergebe sich jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit, da die hiesige spontane Mobilität nicht namhaft gestört gewirkt habe und keine erheblich hindernden Befunde zu erheben gewesen seien. Im zeitlichen Verlauf finde sich kein Indiz für einen namhaft wechselnden Verlauf. Das Vorgutachten aus dem Jahr 2018 habe ebenfalls eine nur partiell reduzierte Arbeitsfähigkeit attestiert, wobei für angepasste Arbeiten rheumatologisch eine Reduktion um «maximal 20 %» genannt worden sei. Dabei seien jedoch keine näheren Beobachtungen der spontanen Mobilität und keine kritische Einbeziehung der Konsistenzprüfung mitberücksichtigt worden, sodass die seinerzeitige Bewertung versicherungsmedizinisch unvollständig erscheine und sich nicht vollumfänglich teilen lasse. Aus rheumatologischer Sicht bestehe kein Krankheitsgeschehen, das einer rheumatologischen Therapie bedürfe. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Die Prognose sei günstig, da Hinweise auf

eine gravierende rheumatologische Gesundheitsstörung aktenkundig und anhand der hiesigen Befunde fehlten (A.S. 99 ff.).

3.27.3 Im neurologischen Teilgutachten (Prof. Dr. med. T.____, Neurologie FMH) wird zu den aktuellen Beschwerden angegeben, der Explorand beschreibe ständige Schmerzen am Brustbein, die seit seiner koronaren Bypass-Operation im Jahr 2015 bestünden. Es sei ein «ziehender» Schmerz, betont bei Kälte und Bewegung. Er setze deshalb ein Schmerzpflaster (Neurodol) ein, was den Schmerz beruhige. Im Weiteren bestehe eine Heiserkeit. Zudem empfinde er Ohrgeräusche (beidseits), v.a wenn er müde sei. Diese Symptomatik habe etwa zwei Jahre nach der erwähnten Operation begonnen. Wenn er müde sei, komme es zu einem drehenden Schwindel, weshalb er dann absitzen oder sich festhalten müsse. Stürze seien nicht assoziiert. Das Sehen habe sich verschlechtert, er benötige eine Brille. Im Weiteren sei er schreckhaft. Seit der koronaren Herzoperation rauche er nicht mehr; Alkohol trinke er nicht. Er leide unter Durchschlafstörungen. Zum beruflichen Werdegang wurde angegeben, seit der Bypassoperation arbeite er mit einem auf 40 % reduzierten Pensum, bis zur Operation habe er mit einem Pensum von 100 % gearbeitet. Zuletzt habe er im September 2019 mit einem vertraglichen Pensum von 40 % als Mechaniker gearbeitet (Tiefdruck, Reparaturen), die Tätigkeit sei teilweise auch körperlich schwer gewesen. Es wird folgende Diagnose gestellt: «Möglicher benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel».

Im Rahmen der Beurteilung wird dargelegt, der Explorand habe vorrangig intensive sternale Schmerzen ohne neuropathischen Charakter und ohne nervales Verteilungsmuster sowie Ohrgeräusche und einen episodischen Drehschwindel (aktuell ohne typische Lagerungs-/Positions-Abhängigkeit) vorgetragen. Der hiesige neurologische Befund habe in der Lagerungsprobe einen möglichen provozierbaren Nystagmus ergeben, sodass ein paroxysmaler Lagerungsschwindel denkbar sei. Der übrige Befund sei ohne eine die Beschwerden erklärende Auffälligkeit gewesen (kein Anhalt für eine neurogene Ursache der reklamierten Schmerzen). Aktenkundig seien keine neurologischen Vorberichte vorhanden, die eine behinderungsrelevante neurogene Störung belegten. Die encephale Bildgebung habe keinen die Beschwerden erklärenden Befund ergeben. Hinsichtlich des auch bereits aktenkundig erwogenen Lagerungsschwindels (bzw. auch hinsichtlich erwogener anderer Schwindel-Entitäten) sei ein Gleichgewichts- und Lagerungstraining ausreichend, die hier in Betracht kommenden Genesen seien in der Regel benigne und besserbar. Es resultiere hier lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; namentlich seien Tätigkeiten in gefährdenden Höhen und Arbeiten, die mit dem Führen von Kraftfahrzeugen im Strassenverkehr einhergingen, vorerst zu meiden. Ein Ereignis-Kalender (zur Dokumentation von Schwindelepisoden) sollte geführt werden. Die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen sei bis zur Etablierung einer lege artis Dokumentation und Therapie vorerst nicht gegeben (da gegebenenfalls auftretenden Schwindelattacken mit einem motorischen Kontrollverlust einhergehen könnten). Für die anamnestisch angegebene hohe Schmerzintensität habe sich im hiesigen klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat gefunden (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck), auch sei keine namhafte Ataxie (Störung der Koordination von Bewegungen) zu erheben gewesen. Aktenkundig seien zudem zumindest anteilige nichtsomatische Ursachen der Klagen erwogen worden. Die aktenkundig (Vorgutachten 2018) erwogene neuropathische Schmerzgenese lasse sich nicht bestätigen: ein entsprechender spezifischer Behandlungsversuch sei nicht erfolgt und die Beschwerdeschilderung lege eine

neuropathische Schmerzgenese nicht nahe, zudem wäre eine antineuropathische Medikation gut geeignet, einen derartigen Störungsanteil zu bessern. Hier bestehe also auch kein Anhalt für eine invalidisierende nervale Läsion.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Mechaniker hält der Teilgutachter fest, eine namhafte Einschränkung des Pensums sei neurologisch nicht anzunehmen. Allenfalls seien Tätigkeiten in gefährdenden Höhen ungeeignet, was jedoch in der angestammten Tätigkeit eher selten vorkomme, sodass das Rendement allenfalls um 10 % reduziert sei. Es resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Für eine Arbeit ohne Tätigkeitsanteile in gefährdenden Höhen (auf Leitern oder Gerüsten) sei die Arbeitsfähigkeit mit 100 % einzuschätzen (Pensum und Rendement 100 %). Aus neurologischer Sicht sei ein namhaft wechselhafter Verlauf nicht naheliegend. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Die Prognose sei günstig, da keine erhebliche nervale Störung zu erheben gewesen sei und der berichtete Schwindel regelhaft besserbar sei (A.S. 155 ff.).

3.27.4 Gemäss seinen Angaben bei der ORL-fachärztlichen Teilbegutachtung (Prof. Dr. med. U.____, ORL FMH) leide der Explorand an Schwindel, welcher seit dem Jahr 2016 bestehe und immer wieder auftrete. Er beschreibe den Schwindel als Drehen für einige Minuten. Er müsse deswegen nie erbrechen. Er leide auch an einem Rauschen und Geräuschen in beiden Ohren, welche seit über einem Jahr vermehrt bestünden. Er habe keine ORL-Operationen gehabt. Es bestehe ein Nikotinstopp seit Dezember 2015. Vorher habe er etwa 30 Jahre geraucht, ca. ein Pack pro Tag. Die ORL-ärztlichen Diagnosen lauteten wie folgt: «Status nach Dysphonie, Status nach peripher vestibulärer Funktionsstörung mit Unterfunktion des linken Labyrinthes 04.19 mit Remission, Perzeptionsschwerhörigkeit rechts mit Abfall im Hochtonbereich und gutem Gehör in den mittleren Frequenzen, leichtgradige kombinierte Schallleitungs- und Perzeptionsschwerhörigkeit links». Zur Beurteilung wird dargelegt, in der klinischen ORL-Untersuchung finde man altersentsprechende regelrechte Verhältnisse. In der Reintonaudiometrie finde sich eine mittelgradige kombinierte Schallleitungs- und Perzeptionsschwerhörigkeit mit Abfall bis 40 dB links bei 2000 Hz und 45 dB rechts bei 2000 Hz bei zusätzlichem Hochtonabfall beidseits. In der Impedanzaudiometrie finde sich eine symmetrische und normale Trommelfellcompliance bei vorhandenen Stapediusreflexen rechts und fehlenden Reflexen links. In der kalorischen Prüfung sei aktuell eine symmetrische und eher schwache Reizantwort, ohne Hinweise auf eine akute peripher vestibuläre Funktionsstörung festzustellen. In der Untersuchung zeige sich aktuell keine Störung der peripheren Funktion des Gleichgewichts. Aus ORL-ärztlicher Sicht ergäben sich aktuell keine relevanten objektiven Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit namhaft einschränkten. Die berichteten Schwindelbeschwerden und der somit mögliche Lagerungsschwindel machten allenfalls Arbeiten in gefährdenden Höhen (z.B. auf Leitern und Gerüsten) ungeeignet. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Pensum und Rendement von 100 %). Der Gesundheitszustand habe keinen wechselnden Verlauf gehabt. Ein Lagerungstraining könne bei fortgesetzten Schwindelklagen erwogen werden (obwohl auch derzeit kein Lagerungsschwindel zu objektivieren gewesen sei). Eine Änderung der Bewertung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich hieraus nicht. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Die Prognose sei günstig, da der hiesige Befund keine gravierende Gesundheitsstörung belege. Die Hörminderung sei eher leichtgradig und nicht namhaft hinderlich. Allenfalls sollte bei Lärmexposition an einem Arbeitsplatz ein Hörschutz getragen werden (A.S. 136 ff.).

3.27.5 Dem kardiologischen Teilgutachten (Dr. med. H.____, FHM Innere Medizin und Kardiologie) kann folgende Diagnose entnommen werden: «Koronare 3-Ast-Erkrankung, Status nach ST-Hebungsinfarkt der Hinterwand am 25.12.2015, 80 ■ 90%ige Hauptstammstenose, serielle Stenose des proximalen, mittleren und distalen RIVA, Stenose des R. diagonalis I, subtotale Stenose der mittleren RCX, Stenose der proximalen und mittleren RCA. LVEF 40 %, ACBP x 5 (LIMA ■ RIVA, RIMA-ACD, A. radialis ■ Marginalast 1-2-3 sequenziell) am 25.12.2015 C.____, Echokardiographisch normale LV-Funktion 03.08.2017, 07.11.2018, Stress-Echokardiographie ohne Hinweis auf Ischämie 22.11.2018, Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotinstopp 24.12.2015 (kumulativ 10 py), Dyslipidämie; Ausgeprägter Thoraxwandschmerz nach Thorakotomie». Die Beurteilung lautet wie folgt: Beim Exploranden bestehe eine koronare 3-Ast-Erkrankung mit Erstmanifestation als subakuter Myokardinfarkt im Dezember 2015. Entsprechend dem koronarangiographischem Befund vom 25. Dezember 2015 habe keine Akut-PCI durchgeführt werden können. Es sei eine beschleunigte ACPB-Operation noch am gleichen Tag erfolgt. Die linksventrikuläre Funktion sei initial mittelschwer eingeschränkt gewesen. In der Folge habe sich echokardiographisch die systolische LV-Funktion normalisiert. Im Anschluss an die Operation habe der Explorand an einem ambulanten Rehabilitationsprogramm teilgenommen. Er habe nach sechs Monaten seine angestammte Arbeit als Maschinenmechaniker zu 50 % wieder aufnehmen können. Bis zur Schliessung der Firma im September 2019 habe er mit diesem Pensum gearbeitet. Eine Steigerung sei aufgrund von Müdigkeit, allgemeiner Schwäche und der Brustkorbschmerzen nicht möglich gewesen. Nach der Operation hätten regelmässige ambulante kardiologische Kontrollen bei Dr. med. I.____ stattgefunden. Eine Stressechokardiographie habe im November 2018 keine Ischämie gezeigt. Anlässlich der letzten Kontrolle am 15. Mai 2020 hätten sich stabile Befunde mit eingeschränkter kardialer Leistungsfähigkeit von 56 % gezeigt. Aktuell gebe der Explorand für eine Ischämie untypische Beschwerden des Brustkorbs an. Entsprechend dem klinischen Befund seien dies Brustwandschmerzen bei Status nach Thorakotomie. Lokale Infiltrationen hätten keine Linderung gebracht.

Im Status zeige sich der Explorand kardial kompensiert, normoton und normokard. Das Ruhe-EKG zeige einen normokarden Sinusrhythmus mit regelrechter De- und Repolarisation. Echokardiographisch finde sich ein normal grosser, formal nicht hypertropher linker Ventrikel mit lediglich diskreter Hypokinesie postero-basal mit global normaler systolischer LV-Funktion von 67 %. Ein relevantes Klappenitium liege nicht vor. Es bestünden keine Hinweise auf eine relevante Rechtsherzbelastung. In der Ergometrie leiste der Explorand max. 120 Watt (77 % des Soll). Weder formal noch subjektiv könnten Ischämiezeichen provoziert werden. Die Leistungsfähigkeit sei aktuell besser als bei der Ergometrie vom 15. Mai 2010 (recte: 2020); damals habe diese 56 % betragen. Das Kreislaufverhalten in der aktuellen Ergometrie sei regelrecht. Insgesamt bestehe somit ein guter Verlauf bezüglich der koronaren Herzkrankheit. Im Vordergrund stehe die Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren. Der Explorand habe den Nikotinabusus sistieren können. Eine eigentliche arterielle Hypertonie bestehe nicht. Die Dyslipidämie werde mit einem Ziel-LDL-Cholesterin von 1,4 mmol/l behandelt. Regelmässige kardiologische Kontrollen seien weiterzuführen. Die Thoraxwandschmerzen seien subjektiv ausgeprägt, jedoch nicht schlüssig erklärt: Die herzchirurgische Beurteilung vom Juli 2016 ■ inklusive eines CTs ■ sei regelrecht ausgefallen (Herzchirurgie [...]), allenfalls könne hier also noch eine ambulante herzchirurgische Mitbetreuung und Kontrolle erwogen werden. Bei Auftreten von Schwindel unter Belastung sollte mit der Frage nach relevanten

Plaques/Stenosen eine Duplexsonographie der Carotiden durchgeführt werden. Aus kardiologischer Sicht sei der Explorand arbeitsfähig, wobei schwere körperliche Belastungen zu meiden seien. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mechaniker sei er zu 100 % arbeitsfähig (Pensum und Rendement von 100 %). Dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit, wobei schwere körperliche Belastungen zu meiden seien. Der Gesundheitszustand habe keinen wechselnden Verlauf gehabt. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Aus kardiologischer Sicht bestehe eine günstige Prognose, da die hiesigen und die aktenkundigen Befunde eine ausreichende Erholung nach dem Herzinfarkt zeigten (A.S. 194 ff.).

3.27.6 Im psychiatrischen Teilgutachten (Dr. med. V.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) wird dargelegt, der Explorand stehe nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Er gebe an, er sei empfindlich und dünnhäutig, dabei aber nicht wirklich reizbar. Er fühle sich schreckhaft und lärmempfindlich. Es bestehe eine innere Unruhe. Ängste träten nicht auf. Er neige zum Grübeln und denke viel über seine Gesundheit nach. Motivation und Energie seien durchaus vorhanden, aber die schnell einschliessenden Schmerzen hinderten ihn daran, Dinge umzusetzen. Das Gedächtnis sei beeinträchtigt, er müsse Termine aufschreiben, wichtige Sachen vergesse er meist jedoch nicht. Er fühle sich in der Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt, ablenkbar und störrisch. Die beschriebenen Schmerzen und die psychischen Beeinträchtigungen habe er seit der Herzoperation, zuvor habe er sich psychisch nie beeinträchtigt gefühlt.

Der psychiatrische Teilgutachter gibt unter «Diagnosen» an, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung wird im Wesentlichen dargelegt, der Explorand berichte vorrangig ein thorakales Schmerzsyndrom nach einer Thorakotomie im Jahr 2014 (recte: Dezember 2015). Assoziiert seien Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. In der Folge bestehe eine reduzierte Belastbarkeit für eine Berufstätigkeit. Assoziiert zu den Schmerzen träten affektive Irritabilität, Schreckhaftigkeit und Lärmempfindlichkeit, eine innere Unruhe, Grübelneigung sowie weitere kognitive und vegetative Beeinträchtigungen auf, besonders Schlafstörungen mit nächtlichen Angstzuständen. Diskrepanz zum Beschwerdevortrag sei im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund keine erhebliche psychische Beeinträchtigung zu objektivieren, insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit allenfalls minimal beeinträchtigt. Bei Fehlen der Achsenkriterien sei somit eine affektive Störung nicht ausreichend ICD-10-konform zu diagnostizieren. Die vorrangig im Subjektiven verbleibenden Beschwerden liessen sich allenfalls als leichtgradige Anpassungsstörung nach schwerer körperlicher Erkrankung diskutieren, auch hieraus ergebe sich jedoch keine namhafte Einschränkung. Auch eine andere erhebliche psychiatrische Einschränkung liege nicht vor. Ebenso wenig bestehe eine somatoforme Schmerzstörung. Somit sei eine psychiatrische Erkrankung mit funktioneller Beeinträchtigung nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Vielmehr seien zumindest anteilig erhaltene Ressourcen, familiäre und soziale Einbindung, Alltagsselbstständigkeit und Fähigkeit zur Selbstversorgung, inklusive des Führens eines Personenwagens und des Unternehmens einer Fernreise, zu eruieren. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapienotwendigkeit sei nicht zu erkennen, zu erwägen sei allenfalls eine stützende Intervention bezüglich der Reaktivierung und Reintegration des Exploranden in eine Arbeitstätigkeit.

Der psychiatrische Gutachter führt im Weiteren aus, aktenkundig sei die Herzoperation im Dezember 2015 dokumentiert. Im Rahmen der beruflichen Eingliederung werde die subjektive Einschätzung, nicht mehr arbeiten zu können, beschrieben. Als limitierend seien Erschöpfung und Müdigkeit angegeben und dies als subjektive Begründung berichtet worden, ohne dass der Eingliederungsbericht entsprechende eigene Beobachtungen anbiere. Anlässlich einer kardiologischen Untersuchung vom 9. August 2017 seien Inkonsistenzen genannt worden. Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. D. ___ vom 7. Februar 2018 werde aus psychiatrischer Sicht eine «erschwerte Schmerzbeschwerdeverarbeitung (F54) mit somatoformer Mitausgestaltung und dysfunktionaler Fehlverarbeitungstendenz» angegeben, was eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die angestammte Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit begründen könne. Eine Berücksichtigung der aktenkundigen versicherungsleistungsfremden Aspekte (z.B. Dr. med. Q. ___, Kardiologie, J. ___, vom 9. August 2017) lasse sich dabei nicht erkennen. Die aktenkundig genannte psychiatrische Diagnose wäre zudem auch nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit zu mindern, da «somatoforme Mitausgestaltungen» oder «dysfunktionale Fehlverarbeitungstendenzen» sowie eine «erschwerte Schmerzbeschwerdeverarbeitung» eben durch die Attestierung von Arbeitsunfähigkeiten negativ bestärkt würden (Förderung eines Vermeidungsverhaltens, Förderung/Bestärkung einer überwertigen Selbsteinschätzung subjektiver Beschwerden). Hier wäre also allenfalls eine Exposition ■ namentlich eine nicht limitierte Arbeitstätigkeit ■ die aus psychiatrischer Sicht therapeutisch zielführende Empfehlung. Letztlich stellte die aktenkundige Bewertung auch auf subjektive Beschwerdeangaben und nicht auf objektive psychiatrische Befunde ab, was versicherungsmedizinisch nicht genügen könne. Versicherungsmedizinisch sei eine objektivierte Gesundheitsstörung (psychiatrischer oder somatischer Natur) mit in den Alltagsfunktionen behindernd wirkenden Folgen zu belegen; dies sei hier nicht ersichtlich. Zusammenfassend sei somit auch aktenkundig eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit belegt. Man finde jedoch Hinweise auf Inkonsistenzen bei der Schmerzpräsentation. Diagnosen könne man keine stellen. Der Explorand sei in seiner letzten Tätigkeit als Mechaniker zu 100 % arbeitsfähig (Pensum und Rendement). Eine Anpassung der Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig. Ein wechselnder Verlauf sei auch aktenkundig nicht belegt. Auch zurückliegend sei eine namhafte Beeinträchtigung aus psychiatrischer Sicht aktenkundig nicht zu erkennen. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Therapienotwendigkeit gegeben. Berufliche Massnahmen seien nicht notwendig. Es liege keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (A.S. 114 ff.).

4.

4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen in der vorliegenden angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den versicherungsmedizinischen Abklärungen bestehe aus psychiatrischer Sicht eine maximal 20%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die angestammte Tätigkeit und andere denkbare Verweistätigkeiten. Aus rheumatologischer Sicht lasse sich aufgrund der objektivierbaren Befunde eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von maximal 30 % und in einer angepassten Tätigkeit von maximal 20 % attestieren. Interdisziplinär werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit 70 % und in einer

angepassten Tätigkeit mit 80 % eingeschätzt. Seit dem 24. Dezember 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) sei der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Medizinisch-theoretisch bestehe seit ca. September 2016 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Damit sei es dem Beschwerdeführer weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad belaufe sich auf 30 %. Gemäss dem Abschlussbericht des zuständigen Eingliederungsfachmannes vom 9. März 2017 fühle sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, mehr als 50 % zu arbeiten. Weil er eine Teilrentenprüfung gewünscht habe, sei die Eingliederung abgeschlossen worden. Zu den Einwänden wurde dargelegt, auf das bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Gutachten vom 7. bzw. 8. Februar 2018 könne abgestellt werden. Mit Blick auf die beiden gutachterlichen Stellungnahmen vom 19. November und 7. Dezember 2018 könnten die Einwände des Beschwerdeführers keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des bidisziplinären Abklärungsergebnisses begründen, was auch vom RAD in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2018 bekräftigt werde. Den RAD-Stellungnahmen vom 1. November und 17. Dezember 2018 könne entnommen werden, dass für die zusätzlich verlangte neurootologische Begutachtung keine berichtsmässigen Ausgangsbefunde dokumentiert seien. Eine Begutachtung sei nicht dazu da, Primärdiagnostik zu betreiben. Erst wenn sich, trotz therapeutischen Bemühungen, eine längerfristige Arbeitsfähigkeitsrelevanz abzeichne, komme eine Begutachtung in Frage. Gemäss dem Protokolleintrag vom 9. November 2018 seien keine medizinischen Unterlagen zur Schwindelsymptomatik eingegangen, weshalb die Ausführungen des RAD in seiner Stellungnahme vom 1. November 2018 weiterhin massgebend seien. Die Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung habe daher unterbleiben können. Die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen seien ausreichend abgeklärt worden; von weiteren beweismässigen Vorkehren könne daher abgesehen werden. Der Beschwerdeführer habe die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit als Mechaniker nicht voll ausgeschöpft, da ihm eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit und eine solche von 80 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden seien. Da er sich nicht im von den Gutachtern attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle, seien auf eine Leistungssteigerung hinwirkende berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht zielführend (IV-Nr. 60; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm seit dem 11. Mai 2016 mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsbegutachtung vorzunehmen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, es sei aktenkundig, dass der Beschwerdeführer in seinem Alltag und besonders während der Arbeit durch Schwindel und Schmerzen stark beeinträchtigt sei. Aufgrund der bisherigen Untersuchungen könne nicht abschliessend beurteilt werden, inwieweit die Schwindel- und Schmerzproblematik ihn einschränke und welche Auswirkungen dies auf die Arbeitsfähigkeit habe. Auf die Einschätzungen der Gutachter Dr. med. E. ___ und Dipl. Arzt D. ___ könne nicht abgestellt werden, da sie nicht über eine Zusatzqualifikation in den Disziplinen «Neurologie» oder «Neurootologie» verfügten. Korrekterweise hätte eine polydisziplinäre Begutachtung angeordnet und das Verfahren gemäss Art. 72bisIVV eingehalten werden müssen. Demgemäss sei allenfalls beim W. ___, Neurootologie, ein Ergänzungsgutachten einzuholen, welches sich zur aktuellen Entwicklung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussere. Es sei anzumerken, dass Schmerzen, welche aktenkundig belegt seien, sich in den letzten rund vier Jahren chronifiziert hätten und gemäss ärztlicher

Einschätzung im aktuellen Zustand des Beschwerdeführers eine Arbeitsfähigkeit von über 50 % unmöglich machten, nicht im objektiven Mass als zumutbar gewertet werden könnten. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. M.____, und die Vertrauensärztin des Krankentaggeldversicherers, Dr. med. O.____, hätten übereinstimmend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Die Schwindelproblematik sei seit dem Jahr 2016 aktenkundig und werde seither medikamentös behandelt. Gegenwärtig führe man weitere Abklärungen bei einem Spezialisten durch. Es liege keine umfassende, auf allseitigen Untersuchungen beruhende und die geklagten Beschwerden berücksichtigende spezialärztliche Expertise vor. Vielmehr sei eine zusätzliche Abklärung betreffend die Schwindelproblematik dringend angezeigt. Eventualiter sei eine polydisziplinäre Begutachtung in mindestens drei Fachdisziplinen anzuordnen (Beschwerde, S. 2 ff.).

4.1.3 In seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2021 lässt der Beschwerdeführer darlegen, im vom Gericht veranlassten polydisziplinären Gutachten vom 22. März 2021 seien die G.____-Gutachter zum Schluss gekommen, dass er in einer angepassten Tätigkeit (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine gesundheitliche Einschränkung bestehe lediglich wegen der Sternotomie (20 %) und wegen des Lagerungsschwindels (10 %), wobei sich diese Einschränkung auf eine angepasste Tätigkeit nicht auswirke. Demgegenüber finde man in den jeweiligen Teilgutachten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit folgende Ausführungen: Im rheumatologischen Teilgutachten werde festgehalten, dass in körperlich überwiegend leichten bis mittelschweren Arbeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, sich keine Minderung der Arbeitsfähigkeit ergebe, da die hiesige spontane Mobilität nicht namhaft gestört gewirkt habe und keine erheblich behindernden Befunde zu erheben gewesen seien. Im ORL-fachärztlichen Gutachten sei hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ebenfalls von nicht namhaften Einschränkungen die Rede. Eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedeute, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sehr wohl vorliege, auch wenn diese Einschränkung gemäss der gutachterlichen Beurteilung gering ausfalle. Wie hoch diese Einschränkung sei, gehe aus dem G.____-Gutachten vom 22. März 2021 jedoch nicht hervor. Das Gutachten sei in diesem Punkt widersprüchlich, weshalb hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf die Konsensbeurteilung im Gutachten vom 22. März 2021 nicht abgestellt werden könne (A.S. 234 f.). Die Beschwerdegegnerin hat auf das Einreichen einer Stellungnahme zum G.____-Gutachten vom 22. März 2021 verzichtet (vgl. Verfügung vom 5. Juli 2021, A.S. 236 f.).

5. Nach dem Gesagten ist gemäss dem vollumfänglich beweiswertigen Gerichtsgutachten der G.____ vom 22. März 2021 von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Mechaniker von 70 % auszugehen (Pensum 100 %, Rendement 70 %), dies aufgrund der qualitativen Minderung der Belastbarkeit durch den Zustand nach Sternotomie (um 20 % reduziertes Pensum) und den möglichen Lagerungsschwindel (um 10 % reduziertes Rendement), wobei die reduzierten Rendement-Werte zu addieren sind, da es sich um distinkte (abgegrenzte) Gesundheitsstörungen mit eigenständigen einschränkenden Effekten handelt. In angepassten Tätigkeiten (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) besteht nach den hier massgebenden Abklärungsergebnissen der

Gerichtsgutachter keine Minderung der Arbeitsfähigkeit.

E. 6

6.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen des Beschwerdeführers in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 auf CHF 94'891.00 fest, wobei sie auf die Arbeitgeberbescheinigung der letzten Arbeitgeberin, der Firma B.____, vom 7. Juni 2016 (IV-Nr. 10) sowie ihre telefonische Rückfrage vom 7. September 2018 abstellte (A.S. 2). Danach belief sich der AHV-pflichtige Bruttolohn des Beschwerdeführers im Jahr 2015 auf CHF 94'891.00 pro Jahr (vgl. Protokolleintrag vom 7. September 2018 und Lohnausweis vom 29. Dezember 2015, IV-Nr. 48 S. 11). Massgebend sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, vorliegend somit die Verhältnisse nach Ablauf des Wartejahres im Dezember 2016 (die IV-Anmeldung erfolgte im Mai 2016 [IV-Nr. 2 S. 1 und 8]). Demnach ist das im Jahr 2015 erzielte Einkommen von CHF 94'891.00 auf das Jahr 2016 anzupassen, was zu einem Valideneinkommen von CHF 95'256.00 führt (vgl. Schweizerischer Lohnindex des Bundesamtes für Statistik [BFS], Tabelle 1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, 2015: 104.0, 2016: 104.4).

6.2 Der Beschwerdeführer war nach der Bypassoperation vom 25. Dezember 2015 zunächst vollständig arbeitsunfähig, gemäss dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 9. März 2017 war er dann seit dem 12. Juli 2016 zu 50 % arbeits(un)fähig. Im Rahmen eines Arbeitsversuchs bei der bisherigen Arbeitgeberin wurde die Erhöhung des Arbeitspensums auf über 50 % angestrebt, was jedoch nicht gelang, da der Beschwerdeführer sich dazu wegen Erschöpfung nicht in der Lage fühlte. Die Arbeitgeberin war jedoch bereit, den Beschwerdeführer zum halben Lohn weiter zu beschäftigen (IV-Nr. 17). Gemäss den Angaben im Gerichtsgutachten konnte der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Mechaniker (Tiefdruck) mit einem vertraglichen Pensum von 40 % bzw. zum halben Lohn bis zur betriebsbedingten Kündigung per Ende September 2019 ausüben (A.S. 78, 117 f., 138, 157 und 178; vgl. auch Lohnabrechnungen von März bis August 2018, IV-Nr. 48 S. 5 ff.). Nach den Untersuchungsergebnissen der G.____-Gutachter wäre er medizinisch-theoretisch jedoch in der Lage gewesen, die bisherige Tätigkeit als Mechaniker zu 70 % (Pensum 100 %, Rendement 70 %) und eine angepasste Verweistätigkeit (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) ohne Minderung der Arbeitsfähigkeit, d.h. zu 100 % auszuüben (A.S. 106 f.). Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin ab dem 12. Juli 2016 (vgl. Bericht des Hausarztes vom 21. April 2017 [IV-Nr. 20 S. 1] und Bericht der beruflichen Eingliederung vom 9. März 2017 [IV-Nr. 17]) nicht in zumutbarer Weise vollumfänglich

ausgeschöpft hat, weshalb das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Werten zu ermitteln ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_818/2018, 9C_826/2018 vom 5. April 2019 E. 4.3., 9C_567/2015 vom 13. April 2016 E. 6.2. und 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 2.2., je mit Hinweisen). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann zur Festsetzung des Invalideneinkommens nicht auf das ab Juli 2016 effektiv erzielte Einkommen abgestellt und dieses auf 70 % hochgerechnet werden, da der Beschwerdeführer ■ im Gegensatz zu seiner bisherigen Tätigkeit vor der Bypassoperation ■ im Rahmen eines Arbeitsversuchs als Mechaniker Tiefdruck (mit Vermeidung von schweren Arbeiten) ein wesentlich tieferes und wegen Überzeit, Sonntags- und Feiertagsarbeit stark schwankendes Einkommen erzielte (vgl. Lohnabrechnungen von März bis August 2018 [IV-Nr. 48 S. 5 ff.] und Lohnabrechnungen von Februar bis April 2019 [BB 18a, b und c]). In einer angepassten Verweistätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt wäre er in der Lage gewesen, ein wesentlich höheres Einkommen zu erzielen, weshalb zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des BFS heranzuziehen sind (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden medizinischen Angaben der G.____-Gutachter ist der Beschwerdeführer in der Lage, angepasste Tätigkeiten (körperlich überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen oder Arbeiten mit Kraftfahrzeugen) ohne Minderung der Arbeitsfähigkeit, d.h. zu 100 % auszuüben (A.S. 106 f.). Damit ist er in der Lage, ein Einkommen von CHF 5'340.00 (vgl. LSE 2016, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche im Jahr 2016 ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 5'566.95 pro Monat bzw. CHF 66'803.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und/oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich überwiegend leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzende Arbeiten ausüben kann und Tätigkeiten in gefährdenden Höhen oder mit Kraftfahrzeugen ungeeignet sind, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn. Dass dem Beschwerdeführer nur noch überwiegend leichte Tätigkeiten zumutbar sind, ist kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, da der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und

mittelschweren Tätigkeiten umfasst. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer nur noch überwiegend leichte Tätigkeiten mit weiteren einschränkenden Faktoren (Tätigkeiten mit überwiegendem Sitzen, in Wechselbelastung, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten) arbeitsfähig ist. Denn, soweit es sich bei diesen weiteren Faktoren nicht ohnehin nur um eine nähere Umschreibung der leichten Tätigkeit handelt, führen sie zu keinem lohnrelevanten Nachteil. Angesichts des genannten Belastbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2. mit Hinweisen). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben über keine (abgeschlossene) Ausbildung als Mechaniker verfügt und nur unzureichend Deutsch spricht, begründet bezogen auf das Kompetenzniveau 1 ebenfalls keinen leidensbedingten Abzug; ebenso wenig sein Alter oder andere von der Rechtsprechung anerkannte Gründe. Damit bleibt es beim Invalideneinkommen von CHF 66'803.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 95'256.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 29.87 bzw. (aufgerundet) 30 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. 2.2 hiervor).

E. 7

7.1 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, er sei gewillt, zumutbare berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen und wolle seiner Mitwirkungspflicht nachkommen. Die bisherigen Bemühungen, das Pensum auf über 50 % zu erhöhen, seien erfolglos geblieben. Er könne wegen seiner Schmerzen und seiner Ermüdbarkeit nicht über vier Stunden pro Tag arbeiten (vgl. Beschwerde, S. 10). Gemäss dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 9. März 2017 wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen, weil sich der Beschwerdeführer wegen Erschöpfung nicht in der Lage sah, ein 50 % übersteigendes Arbeitspensum zu verrichten und die Teilrentenprüfung wünschte (IV-Nr. 17). Dass sich an seiner Einstellung etwas geändert hätte, ist nicht ersichtlich, weist der Beschwerdeführer doch in seiner Beschwerde erneut darauf hin, eine Beschäftigung in der angestammten Tätigkeit in einem höheren Ausmass sei ihm nicht zuzumuten (S. 10; A.S. 16). Auch in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2021 wird von ihm nicht dargelegt, welcher «neue Ansatz» in Bezug auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen zu ergreifen wäre (vgl. A.S. 234 f.). Berufliche Massnahmen können u.a. dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3. mit Hinweis). Dass der Beschwerdeführer gewillt ist, eine Arbeitstätigkeit zu verrichten, wird nicht in Frage gestellt, allerdings haben auch die gutachterlichen Abklärungen des Gerichts gezeigt, dass dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte Tätigkeit als Mechaniker als auch eine angepasste Verweistätigkeit in einem erheblich höheren Ausmass zuzumuten sind. Die Beschwerdegegnerin wies daher in der vorliegend angefochtenen Verfügung mit Hinweis auf den Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 9. März 2017 (IV-Nr. 17) zu Recht darauf hin, auf eine Leistungssteigerung hinwirkende berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht zielführend, da sich der Beschwerdeführer nicht im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle (A.S. 3). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt folglich, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_311/2018 vom 16. November 2018 E. 5.5. und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3., je mit Hinweisen).

7.2 Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 7. März 2019, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente angewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 8

8.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

8.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 19. Mai 2020; A.S. 48 ff.; vgl. E. I. 2.4 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Zulic hat am 20. August 2021 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz (uR-Tarif) von insgesamt CHF 3'682.60 (17.28 Std. x CHF 180.00 pro Std., 0.35 Std. x CHF 90.00, Spesenersatz von CHF 276.80 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 240.). Der geltend gemachte Zeitaufwand von 17.28 und 0.35 Stunden erscheint für den vorliegenden Fall als angemessen. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'682.60 (Honorar von CHF 3'142.50 zuzüglich Auslagen von CHF 276.80 und MwSt. von CHF 263.30 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 940.10 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor).

8.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege 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 Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8.4 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall:

Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, 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 erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2019 vom 27. November 2019 E. 8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten bei der G.____, [...], an, weil der erst im Beschwerdeverfahren mit Eingabe vom 8. Mai 2019 (A.S. 22 f.) nachgereichte fachärztliche Bericht des behandelnden HNO-Arztes Dr. med. F.____ vom 17. April 2019 (BB 14) Anlass für eine neurologische und ORL-fachärztliche Begutachtung gab. Gemäss den oben wiedergegebenen medizinischen Unterlagen wurde der Schwindel einzig auf der Notfallstation des P.____ am 2. September 2016 durch die diensthabende Ärztin (wohl keine Fachärztin für HNO) behandelt (IV-Nr. 20 S. 10 f.; vgl. E. II. 3.9 hiervor). Es wurde u.a. angegeben, der Hausarzt habe bei Anhalten der Symptomatik eine Überweisung an einen HNO-Facharzt zu veranlassen. Eine solche erfolgte jedoch bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung nie. Wie in den RAD-Stellungnahmen vom 1. November 2018 (IV-Nr. 50 S. 2 f.; vgl. E. II. 3.19 hiervor) und 17. Dezember 2018 (IV-Nr. 59 S. 2 f.; vgl. E. II. 3.24 hiervor) korrekt darauf hingewiesen wurde, bestand für die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren somit kein zwingender Anlass für eine neurologische oder neurootologische Ergänzungsuntersuchung zur Abklärung der erwähnten Schwindelsymptomatik, zumal diese bei der beruflichen Eingliederung nicht thematisiert wurde. Es rechtfertigt sich somit, die Kosten des polydisziplinären Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 20'207.25 (vgl. den Parteien mit Verfügung vom 6. April 2021 zugestellte Rechnungen vom 22. März 2021, A.S. 224 f.; vgl. E. I. 2.11 hiervor) sowie die Kosten der behandelnden Kardiologin für die Zustellung der Verlaufsberichte von CHF 50.00 vom 5. Januar 2021 (vgl. E. I. 2.10 hiervor) auf die Staatskasse zu nehmen (vgl. BGE 143 V 269).

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

Schmidhauser

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