

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.290 vom 22. September 2020

SO Obergericht, 2020-09-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.290](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.290)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.290 du 22 septembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.290 del 22 settembre 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1960, meldete sich am 9. Mai 2017 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen (berufliche Integration/Rente) an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Gemäss Arztbericht der behandelnden Ärztin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. August 2017 (IV-Nr. 16) leidet der Beschwerdeführer unter allgemeiner Schwäche und Erschöpfung bei Polymorbidität. Es bestehe seit dem 6. Dezember 2016 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge diverse medizinische Unterlagen ein und liess den Beschwerdeführer auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; IV-Nr. 27) polydisziplinär begutachten (IV-Nrn. 28 und 32). Dieses Gutachten wurde durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, [...], am 4. September 2018 erstattet (IV-Nr. 38.1 - 38.11). Mit Schreiben vom 5. November 2018 nahm Dr. med. B.\_\_\_\_ Stellung zum C.\_\_\_\_-Gutachten (IV-Nrn. 46 f.). Auf Empfehlung der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, wurde die Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ unterbreitet (IV-Nr. 49), welche sich mit Schreiben vom 21. Januar 2019 dazu äusserte (IV-Nr. 53).

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die

versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

## E. 2.2

mit Hinweisen).

9.2 Weiter ist zu prüfen, ob von dem auf einen Tabellenwert basierenden Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

Die dem Beschwerdeführer zugänglichen Arbeitsmöglichkeiten beschränken sich auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Schichtdienst, ohne höhere Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen oder die Feinmotorik, ohne höhere Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten, mit freiem Zugang zu den Toilettenanlagen (vgl. E. II. 8.4). Das Zumutbarkeitsprofil ist somit nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Zudem kann der Beschwerdeführer eine geeignete Verweistätigkeit ganztags ausüben, so dass sich ein Abzug wegen Teilzeittätigkeit nicht rechtfertigt. Dem erhöhten Pausenbedarf haben die Gutachter im Sinne einer Leistungseinbusse von 20 % Rechnung getragen. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht vorliegend ebenfalls kein Raum. Insgesamt ist somit kein Tabellenabzug gerechtfertigt.

9.3 Des Weiteren ist zu prüfen, ob ■ wie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 28. Februar 2020 (A.S. 33) vorgebracht ■ bei der Rentenberechnung in den angefochtenen Verfügungen Art. 88a Abs. 1 IVV fälschlicherweise zur Anwendung gelangte.

Dem Beschwerdeführer wurde mit den Verfügungen vom 14. November 2019 ab 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 eine ganze und ab 1. April 2018 bis 30. Juni 2018 eine halbe Rente zugesprochen. Ab dem 1. Juli 2018 wurde ihm keine Rente mehr zugesprochen. Zur Begründung führte die Beschwerdegegnerin an, nach Ablauf der einjährigen Wartezeit bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung per 1. Januar 2018 zunächst

Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die gesundheitliche Verbesserung per Januar 2018 und per April 2018 werde unter Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV nach drei Monaten berücksichtigt. Somit bestehe ab April 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % Anspruch auf eine halbe Rente. Per 1. Juli 2018 bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 20 % kein Rentenanspruch mehr. In ihrer Eingabe vom 28. Februar 2020 bringt die Beschwerdegegnerin nun vor, es sei nachträglich festgestellt worden, dass in der angefochtenen Verfügung Art. 88a Abs. 1 IVV bei der erstmaligen Rentenfestsetzung per 1. Januar 2018 fälschlicherweise zur Anwendung gelangt sei. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts komme Art. 88a Abs. 1 IVV bei der erstmaligen Rentenfestsetzung grundsätzlich nicht zur Anwendung, sondern nur, wenn sich die bei Rentenbeginn zugesprochene Rente ändere. Demnach bestehe ab dem Zeitpunkt der gesundheitlichen Verbesserung per 1. Januar 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % unmittelbar Anspruch auf eine halbe Rente. Die Beschwerdegegnerin beantragt deshalb, die angefochtene Verfügung sei in dem Sinne zu korrigieren, dass vom 1. Januar bis 30. Juni 2018 Anspruch auf eine halbe Rente bestehe.

Gemäss Art. 88a IVV ist die anspruchsbeflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung ■ worunter nach Art. 29ter IVV eine Zeitspanne von 30 Tagen zu verstehen ist ■ drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Abs. 1). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Abs. 2).

Vorliegend ist nicht die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit des vergangenen Jahres massgebend, sondern die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, d.h. in casu die im Januar 2018 tatsächlich bestehende Arbeits- und gestützt darauf ermittelte Erwerbsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C\_271/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 5.3; vgl. auch BGE 129 V 222). Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 28. Februar 2020 zutreffend feststellt, kommt Art. 88a Abs. 1 IVV bei der erstmaligen Rentenfestsetzung nicht zur Anwendung, sondern nur, wenn sich die bei Rentenbeginn zugesprochene Rente ändert, wobei die Änderung der Rente in derselben Verfügung wie die erstmalige Festsetzung erfolgen kann (BGE 109 V 125 E. 4.a S.126 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_271/2009 vom 1. Oktober 2009 E. 5.3). Somit hat der Beschwerdeführer bei Rentenbeginn im Januar 2018 zunächst Anspruch auf eine halbe Rente. Da sich der Gesundheitszustand per April 2018 verbessert hat, besteht per 1. Juli 2018 in Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV bei einem Invaliditätsgrad von 20 % kein Rentenanspruch mehr.

9.4 Folglich hat der Beschwerdeführer gestützt auf die vorstehenden Ausführungen und in Beachtung von Art. 88a IVV in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 30. Juni 2018 Anspruch auf eine halbe Rente und ab 1. Juli 2018 keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

10. Im Weiteren ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren.

10.1 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C\_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C\_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

10.2 Angesichts des Invaliditätsgrades von 20 % ab Juli 2018 hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die C.\_\_\_-Gutachter kamen jedoch in ihrer Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass berufliche Massnahmen angesichts der fixierten Krankheits- und Invalidenüberzeugung nicht sinnvoll durchgeführt werden könnten (IV-Nr. 38.2, S. 7). Tatsächlich lassen die vom Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern gemachten Äusserungen auf eine nach wie vor bestehende Krankheits- und Invalidenüberzeugung schliessen: Der Beschwerdeführer äusserte sich während den gutachterlichen Untersuchungen nicht nur einmal, sondern immer wieder dahingehend, keine beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben zu können (vgl. IV-Nrn. 38.4, S. 4; 38.5, S. 3; 38.6, S. 2; 38.7, S. 4; 38.8, S. 4; 39.9, S. 2; 38.10, S. 2). So führte er anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. med. Q.\_\_\_ aus, er könne nicht mehr arbeiten. Er könne nichts mehr gut heben und sich nicht mehr auf die Leiter begeben, er sei rasch müde, es werde ihm schwindlig. Er könne auch nicht gut gehen. Es werde nicht mehr besser mit seiner Gesundheit. Die Hausärztin habe ihn zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 38.7, S. 4). Anlässlich der internistischen Begutachtung führte er an, er könne sich mit seinen aktuell verspürten Beschwerden keine berufliche Tätigkeit mehr vorstellen (IV-Nr. 38.4, S. 4). Gegenüber Dr. med. S.\_\_\_ gab er an, er sei aufgrund der Schwindelsymptomatik, der Kraftlosigkeit, sowie der kurzen Gehstrecken nicht im Stande, wieder eine Arbeit aufnehmen zu können (IV-Nr. 38.9, S. 29). Die im Rahmen der Begutachtung von ihm gemachten Angaben lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung im Wege. Die Haltung des Beschwerdeführers, dass er sich nicht in der Lage sieht, seine Arbeitsfähigkeit in dem gutachterlich bestimmten zumutbaren Mass (80 % in einer angepassten Tätigkeit) umzusetzen, wird denn auch mit seinen Aussagen in der Beschwerde (A.S. 18) und dem Vorschlag von Dr. med. B.\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2018 (IV-Nr. 46) bestätigt, wonach ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % ab dem 1. Dezember 2018 durchzuführen sei. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer derzeit an der subjektiven Eingliederungsbereitschaft fehlt, weshalb der Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen abzuweisen ist.

10.3 In Betracht fällt im vorliegenden Fall zurzeit ohnehin einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für den Beschwerdeführer nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Der Beschwerdeführer ist objektiv eingliederungsfähig, sieht sich jedoch

ausserstande, einer Arbeit nachzugehen. Ihm ist es jedoch unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin für eine Arbeitsvermittlung anzumelden, sobald er sich subjektiv eingliederungsfähig fühlt.

11. Der Sachverhalt ist hinreichend geklärt, weitere Beweisabnahmen versprechen keine zusätzlichen Erkenntnisse. Der gestellte Beweisantrag (Parteibefragung) ist daher abzuweisen. Damit erübrigt sich auch die Durchführung der zu diesem Zweck beantragten Instruktionsverhandlung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_96/2016 vom 22. April 2016 E. 2).

12. Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer von Januar bis Juni 2018 Anspruch auf eine halbe Rente. Deshalb ist im Sinne einer Abänderung der angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 14. November 2019 zu Ungunsten des Beschwerdeführers (reformatio in peius; vgl. E. II. 5.2) festzustellen, dass dieser vom 1. Januar bis 30. Juni 2018 lediglich einen Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Die Beschwerde ist abzuweisen.

### **E. 3**

Eventuell: Dem Beschwerdeführer sei auch mit Wirkung ab 1. Juli 2018 eine halbe, subeventualiter eine Viertelsrente zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

### **E. 4**

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Für das gesamte

Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.5 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

## **E. 5**

5.1 Das Versicherungsgericht ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist (Art. 61 lit. d ATSG).

5.2 Die zu Art. 61 lit. d ATSG ergangene Rechtsprechung verlangt, dass ein Gericht bei schriftlicher Androhung einer reformatio in peius ■ wenn auch unpräjudiziell unter Vorbehalt des materiellen Entscheids ■ deutlich macht, dass es aufgrund einer vorläufigen Beurteilung der Sach- und Rechtslage in Erwägung zieht, den angefochtenen Entscheid zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person abzuändern (Urteile des Bundesgerichts 9C\_129/2019 E. 4.2, 9C\_26/2016 vom 25. Februar 2016 E. 7.2 und 8C\_765/2013 vom 3.

März 2014 E. 3.1; je mit Hinweisen). Sofern die versicherte Person nach Erhalt eines noch nicht in Rechtskraft erwachsenen Verwaltungsakts den Rechtsweg beschreitet, muss sie nach Art. 61 lit. d ATSG im Rahmen des Streitgegenstands mit einer Schlechterstellung rechnen. Ihrer Zielsetzung und systematischen Stellung entsprechend setzt die Bestimmung des Art. 61 lit. d ATSG nach dem Gesagten nicht voraus, dass ein kantonales Versicherungsgericht nur dann einen angefochtenen Entscheid in peius reformieren darf, wenn dieser zweifellos unrichtig und die Korrektur von erheblicher Bedeutung ist (BGE 144 V 153 E. 4.2.4 S. 159).

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin führt in den angefochtenen Verfügungen (A.S. 1 ff.) aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2017 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Von Januar bis Dezember 2017 seien dem Beschwerdeführer sämtliche Erwerbstätigkeiten nicht mehr zumutbar gewesen. Von Januar bis März 2018 habe für eine angepasste Tätigkeit zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab April 2018 eine solche von 80 % bestanden. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung per 1. Januar 2018 zunächst ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die gesundheitliche Verbesserung per Januar 2018 und per April 2018 werde unter Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV nach drei Monaten berücksichtigt. Somit bestehe ab April 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % Anspruch auf eine halbe Rente. Per 1. Juli 2018 bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 20 % kein Rentenanspruch mehr.

Mit Eingabe vom 28. Februar 2020 (A.S. 33) beantragt die Beschwerdegegnerin, die angefochtene Verfügung sei in dem Sinne zu korrigieren, dass vom 1. Januar bis 30. Juni 2018 Anspruch auf eine halbe Rente bestehe. Zur Begründung wird vorgebracht, es sei nachträglich festgestellt worden, dass in der angefochtenen Verfügung Art. 88a Abs. 1 IVV bei der erstmaligen Rentenfestsetzung per 1. Januar 2018 fälschlicherweise zur Anwendung gelangt sei. Es bestehe ab dem Zeitpunkt der gesundheitlichen Verbesserung per 1. Januar 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % unmittelbar Anspruch auf eine halbe Rente.

In seiner Stellungnahme vom 4. März 2020 (A.S. 36 ff.) bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der neuen Sach- und Rechtslage sei eine reformatio in peius denkbar. Zur Vermeidung einer solchen werde die Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. November 2019 (recte: 14. November 2019) betreffend Zusprechung einer ganzen IV-Rente vom 1. Januar bis 31. März 2018 zurückgezogen. Angefochten und im Streit blieben deshalb der Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie die Höhe des IV-Grades mit Wirkung ab 1. April 2018.

6.2 Wird gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise, in sinngemässer Anwendung von Art. 41 IVG und Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201), herauf- oder herabgesetzt oder aufgehoben, liegt ein zwar komplexes, im Wesentlichen jedoch einzig durch die Höhe der Leistung und die Anspruchsperioden definiertes Rechtsverhältnis vor. Der Umstand allein, dass Umfang und allenfalls Dauer des Rentenanspruchs über den verfügungsweise geregelten Zeitraum hinweg variieren, ist unter anfechtungs- und streitgegenständlichem Gesichtspunkt belanglos. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Davon abgesehen müsste die

richterliche Überprüfungsbefugnis auch in Bezug auf die nicht beanstandeten Rentenperioden kraft engen Sachzusammenhangs bejaht werden. Weil einer rückwirkend verfügbaren abgestuften und/oder befristeten Rente nach der Rechtsprechung Revisionsgründe unterlegt sein müssen, könnte die Frage nach der Rechtmässigkeit der Abstufung/Befristung gar nicht sachgerecht beurteilt werden, wenn unbestritten gebliebene Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben. Denn die revisionsweise Herauf-, Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente beruht, selbst wenn sie rückwirkend gleichzeitig mit der erstmaligen Rentenzusprechung vorgenommen wird, immer auf einem Vergleich der zeitlich massgeblichen Sachverhalte, d.h. den Entwicklungen in den tatsächlichen Verhältnissen in dem durch die Rentenzusprechungsverfügung oder den Rentenbeginn und die Revisionsverfügung bestimmten Zeitraum (BGE 125 V 413 E. 2. d S. 417 f. mit Hinweisen). In BGE 131 V 164 wurde entschieden, dass diese einheitliche Betrachtung auch dann gilt, wenn die ursprüngliche und die zeitlich direkt anschliessende (höhere oder tiefere) Rente in zwei separaten Verfügungen gleichen Datums zugesprochen werden (BGE 131 V 164 E. 2.3 S. 165 ff.).

6.3 Für die Rentenleistungen der Beschwerdegegnerin wurde im vorliegenden Verfahren nicht nur eine einzige Verfügung erlassen, sondern es ergingen deren zwei, wobei dem Beschwerdeführer in der ersten Verfügung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2018 eine ganze und in der zweiten Verfügung für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 2018 eine halbe IV-Rente zugesprochen wurde. Trotz Erlass mehrerer Verfügungen hat die Beschwerdegegnerin ohne Zweifel beabsichtigt, über ein einziges Rechtsverhältnis zu verfügen, nämlich über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers bzw. die Rentenleistungen der IV ab dem 1. Januar bis 30. Juni 2018. Diese Absicht kann auch dem Antrag der Beschwerdegegnerin in ihrer Eingabe vom 28. Februar 2020 entnommen werden, wonach die angefochtene Verfügung dahingehend anzupassen sei, dass vom 1. Januar bis 30. Juni 2018 Anspruch auf eine halbe Rente bestehe (vgl. A.S. 33). Die beiden Verfügungen stehen offensichtlich in einem engen Sachzusammenhang. Für die gerichtliche Überprüfbarkeit kann es keinen Unterschied machen, ob die IV-Stelle eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet, denn am Verfügungsinhalt ändert sich nichts. Dem vom Beschwerdeführer beantragten Rückzug der Beschwerde in Bezug auf nur einen Teil dieses Rechtsverhältnisses, nämlich die Zusprache einer ganzen Rente in der Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2018, kann daher nicht stattgegeben werden. Ausserdem würde ein solcher Beschwerderückzug bezogen auf nur einen Teil des Rechtsverhältnisses die Überprüfungsbefugnis des Gerichts in unzulässiger Weise schmälern, da mit der Prüfung des Rentenanspruchs ab April 2018 auch eine solche des Rentenanspruchs vor April 2018 erfolgen muss. Ein Beschwerderückzug könnte daher nur in Bezug auf das ganze Rechtsverhältnis, in casu auf beide Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 14. November 2019, erfolgen.

7. In dieser Konstellation beschränkt sich die gerichtliche Prüfung nicht nur auf den Rentenanspruch ab 1. April 2018, sondern auch auf den Zeitraum zu Beginn des Rentenanspruchs. Das Gericht hat somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht eine befristete Rente vom 1. Januar bis 30. Juni 2018 zugesprochen, darüber hinaus jedoch einen Rentenanspruch sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

7.1 Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2017 (IV-Nr. 22, S. 6 ff.) war der Beschwerdeführer vom 26. Juni bis 29. Juni 2017 hospitalisiert. Im Bericht wurden folgende Diagnosen gestellt:

7.2 Am 16. August 2017 wurden beim Beschwerdeführer eine minipterionale Kraniotomie sowie ein Aneurysma Clipping durchgeführt. Dabei war der Beschwerdeführer vom 15. August bis 19. August 2017 im Spital F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss Bericht des Spitals vom 22. August 2017 (IV-Nr. 17, S. 7 ff.) konnte der operative Eingriff komplikationslos durchgeführt werden.

7.3 Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Arztbericht für Erwachsene vom 25. August 2017 (IV-Nr. 16) folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Allgemeine Schwäche und Erschöpfung bei Polymorbidität:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 6. Dezember 2016. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen teilweise verbessert werden. Es sei jedoch fraglich, ob berufliche Massnahmen angezeigt seien. Der Beschwerdeführer sei seit 2015 arbeitsuchend. Die gesundheitlichen Probleme führten aktuell zu einer 100 % Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe zudem eine verminderte Leistungsfähigkeit. So könne der Beschwerdeführer aktuell nichts Schweres heben und er dürfe nicht lange gehen oder stehen. Zudem bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz denn auch nicht verbessert werden. Andere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer jedoch zumutbar.

7.4 Am 7. Dezember 2016 wurde beim Beschwerdeführer eine radikale Prostatovesikulektomie mit Lymphadenektomie durchgeführt. Gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Klinik H.\_\_\_\_, vom 13. Dezember 2017 (IV-Nr. 22, S. 3 f.) berichtete der Beschwerdeführer in der Nachkontrolle von einer vollständigen Harnkontinenzsituation. Lediglich für längere Reisen und Spaziergänge würde er eine Sicherheitseinlage tragen. Diese bleibe zumeist trocken. Makrohämaturien oder dysurische Beschwerden würden verneint. Insgesamt könne von einem erfreulichen Verlauf berichtet werden.

7.5 Im Verlaufsbericht vom 10. Januar 2018 (IV-Nr. 22, S. 1 f.) berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_ von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit habe eine Verbesserung der allgemeinen Belastbarkeit im Rahmen der Polymorbidität (der Beschwerdeführer sei erst nachmittags erschöpft) stattgefunden. Die kognitiven Fähigkeiten seien ohne Einschränkungen. Der Beschwerdeführer habe weniger Schmerzen im Abdomen, wobei noch eine deutliche Atrophie/Hypotrophie der Rumpfmuskulatur bestehe. Die Verbesserung bestehe seit Januar 2018, wobei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für körperlich leichte (sitzend oder wechselnde Tätigkeit, Heben < 10 kg) bestehe. Die Anämie erhole sich.

7.6 Im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin/Nephrologie, vom 20. März 2018 (IV-Nr. 30, S. 2 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Bei einem E.coli-Harnwegsinfekt sei ab 5. Februar bis 18. Februar 2018 eine sensible Antibiose mit Ciprofloxacin erfolgt. Infolge zusätzlich radikulärem Reizsyndrom L3 links

mit Leistenschmerzen habe der Beschwerdeführer bis 10. Februar drei Mal täglich Irfen à je 600 mg benötigt, ohne nachfolgende Irfen-Einnahme bei bekannter chronischer Niereninsuffizienz mit einem erhöhten Serumkreatinin von 204 µmol/l am 7. Februar 2018 resp. 177 µmol/l am 14. Februar 2018. Aufgrund der Lumbalgien sowie der radikulären Leistenschmerzen links L3 habe der Beschwerdeführer seither täglich bis 6 Tabletten Novalgin à je 500 mg benötigt. Bei verstärkten Haustätigkeiten wie Staubsaugen oder Putzen verspüre er verstärkt Lumbalgien. Kein Fieber oder Schüttelfrost. Unauffällige Miktion ohne Algurie und ohne Pollakisurie bei stets gelbem Urin. Unveränderte bekannte 2-malige Nykturie, keine Urininkontinenz. Keine Bauchschmerzen oder Flankenschmerzen, unauffälliger Stuhlgang, keine Nausea oder Erbrechen, kein Pruritus. Laut Patient habe er seit 2015 keine Arbeit mehr gefunden und sei Sozialhilfeempfänger. Freie Gehstrecke ohne Claudicatio intermittens. Von einer schweren Intubations-bedürftigen postoperativen Aspirationspneumonie im 12/2016 bei St.n. Prostatektomie infolge Prostata-Karzinom habe sich der Beschwerdeführer glücklicherweise recht gut erholt. Eine schwere Malnutrition im 06/2017 von damals 40 kg sei inzwischen bei normalem Appetit verschwunden und der Beschwerdeführer wiege aktuell ohne Oedeme 57.3 kg bei einer Grösse von 173 cm.

7.7 Im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. September 2018 (IV-Nr. 38.1 - 38.11) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dabei stünden eine stabile chronische Niereninsuffizienz Stadium G3b A2 nach KDIGO bei Verdacht auf das Vorliegen einer Nephroangiosklerose und die neurologische Symptomatik mit einer vorwiegend toxisch bedingten Polyneuropathie mit zusätzlich Critical Illness-Neuropathie nach Koma im Januar 2017 und diskreter Halbseitenstörung bei Zustand nach rechtshemisphärischen Ischämien im Januar 2017 im Vordergrund. Aufgrund der stabilen chronischen Niereninsuffizienz sei eine vom Exploranden angegebene gewisse Müdigkeit nachvollziehbar, so dass die Leistungsfähigkeit deshalb leichtgradig eingeschränkt sei. Aufgrund der neurologischen Diagnosen bestünden Einschränkungen im Gleichgewichtsvermögen und in der Feinmotorik. Neuropsychologisch lasse sich eine wahrscheinlich multifaktoriell bedingte leichte Hirnfunktionsschwäche in Teilbereichen attentionaler, mnestischer und exekutiver Funktionen bei bereits vorbestehendem intellektuellem Leistungspotenzial eher im unteren Durchschnittsbereich feststellen. Als Ursache der leichten cerebralen Funktionsschwäche kämen einerseits ein regelmässiger und jahrelanger Alkoholkonsum, aber auch die MR-tomographisch nachgewiesenen rechtshemisphärischen Ischämien in Frage. Aus internistischer Sicht sei das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit möglich, zudem bestehe eine umbilikale Narbenhernie, welche körperlich schwere Tätigkeiten verunmögliche. Weder aus psychiatrischer, orthopädischer noch urologischer Sicht konnten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden.

7.8 Dr. med. B.\_\_\_\_ führte in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2018 (IV-Nrn. 46 f.) aus, der Beschwerdeführer sei in den verschiedenen Disziplinen Innere Medizin, Rheumatologie, Nephrologie, Urologie und Neuropsychologie ausgiebig untersucht und ihrer Meinung nach auch korrekt beurteilt worden. Mit der Gesamteinschätzung, vor allem bezüglich der Arbeitsfähigkeit, sei sie jedoch nicht einverstanden. Durch die Diagnosen seit

der Prostataoperation und dem schweren postoperativen Verlauf sei eine Polymorbidität entstanden, welche hauptsächlich für die bis jetzt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verantwortlich sei. Initial seien die rein somatischen Beschwerden im Vordergrund gestanden und im Verlauf sei es zusätzlich zu einer starken Überforderung gekommen. In der neuropsychologischen Beurteilung ab S. 65 im C.\_\_\_\_-Gutachten würden die kognitiven und mnestischen Einschränkungen sowie die mangelnde Konzentration sehr gut beschrieben, welche die Hauptgründe für den schlechten Allgemeinzustand und die Überforderung des Beschwerdeführers seien. Der chronische Alkoholabusus mache die Sache zwar nicht besser, diese Abhängigkeitserkrankung habe aber schon vor der schweren Erkrankung bestanden und sei nur Teil der Gesamtsituation. Für den Beschwerdeführer sei durch die Überforderung aufgrund der bestehenden neuropsychologischen Defizite weder eine Einsicht noch eine konkrete Lebensstiländerung möglich. Im letzten halben Jahr habe sich durch regelmässige Kontrollen ein etwas besseres Krankheitsverständnis gezeigt und durch intensive physikalische Massnahmen habe er zunehmend wieder mehr Vertrauen in den eigenen Körper aufgebaut. Initial habe der Beschwerdeführer aus Angst ein sehr starkes Schonverhalten. Aktuell seien Arbeiten im Haushalt für ein paar Stunden wieder gut möglich, wobei sich eine starke Erschöpfung nach ca. vier bis fünf Stunden zeige und der Beschwerdeführer rezidivierend über orthostatischen Schwindel bis hin zu Stürzen klage. Die Anämie bleibe stabil bei einem Hb Wert zwischen 10,4 - 11,2 g/dl. Zusammenfassend bestehe seit der schweren Operation mit kompliziertem Verlauf am 7. Dezember 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei weiterhin gutem Verlauf sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit an einem angepassten Arbeitsplatz ab dem 1. Dezember 2018 möglich. Eine 50%ige Rente sei gerechtfertigt. Zur genaueren Einschätzung werde ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % ab dem 1. Dezember 2018 vorgeschlagen.

7.9 Die C.\_\_\_\_-Gutachter Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. K.\_\_\_\_, ärztliche Leitung, hielten in ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2019 zum Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 53) fest, die Polymorbidität sei im C.\_\_\_\_-Gutachten umfassend abgeklärt worden. Wesentliche Additiveffekte ergäben sich nicht. Überhaupt bestünden in kognitiv-adaptierten Tätigkeiten, welche für den Exploranden ausbildungsmässig ohnehin nur in Frage kämen, keine gravierenden Einschränkungen. Dr. med. B.\_\_\_\_ schlage vor, mittelfristig einen Arbeitsversuch von 50 % durchzuführen. Subjektiv halte sich der Explorand allerdings für arbeitsunfähig. Dementsprechend mache ein Arbeitsversuch wenig Sinn und es könne aus einem gescheiterten Arbeitsversuch auch nicht eine begründbare Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht abgeleitet werden. Insgesamt ergäben sich aus dem Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_ keine neuen Erkenntnisse, so dass am bestehenden polydisziplinären Gutachten vollumfänglich festzuhalten sei.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre L.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. September 2018 (IV-Nr. 38.1 - 38.11), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Vorliegend wird von Seiten des Beschwerdeführers und seiner Hausärztin im Zusammenhang mit dem C.\_\_\_\_-Gutachten die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestritten. Des Weiteren wird seitens des Beschwerdeführers vorgebracht, der bei ihm nachgewiesene Alkoholüberkonsum hätte anhand des strukturierten Beweisverfahrens daraufhin geprüft werden müssen, ob und in welchem Zusammenhang er Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dagegen wird das C.\_\_\_\_-Gutachten in diagnostischer Hinsicht weder von Seiten des Beschwerdeführers

bestritten noch stehen diesem diesbezüglich ärztliche Beurteilungen entgegen.

8.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 4. September 2018 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.3) gerecht. Das Gutachten beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie Untersuchungen des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden. Es wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten erstellt. Der Beschwerdeführer wurde je einer ausführlichen internistischen, orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen, nephrologischen, urologischen sowie neuropsychologischen Exploration unterzogen (vgl. IV-Nr. 38.4 - 38.10). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

8.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

8.2.1 Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann (IV-Nr. 38.4, S. 5). Anamnestisch bestehe zwar aufgrund eines Echobefundes im Dezember 2016 der Verdacht auf das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit. Der Beschwerdeführer sei jedoch nicht symptomatisch. Klinisch lasse sich eine abdominale Narbenhernie feststellen, welche ebenfalls nicht symptomatisch sei. Für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht habe eine volle Arbeitsfähigkeit stets bestanden. Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und plausibel.

8.2.2 Anlässlich der orthopädischen Untersuchung wurden ebenfalls keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (IV-Nr. 38.5, S. 5). Nach Durchführung der orthopädischen Untersuchungen (vgl. IV-Nr. 38.5, S. 3 f.) führte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seiner Beurteilung aus, das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain sei mitsamt den geprüften Varianten weitgehend unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine mässig eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, wobei jedoch kein Leidensdruck ersichtlich sei. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine weitgehend freie Beweglichkeit. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei guter Kooperation problemlos durchgeführt werden, wobei zu keinem Zeitpunkt ein relevanter Leidensdruck ersichtlich sei. Es ist daher nachvollziehbar, dass der orthopädische Gutachter zusammenfassend zum Ergebnis kommt, dass in guter Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben keine höhergradigen Veränderungen des Bewegungsapparates festzustellen seien. Des Weiteren wurden von Seiten des Beschwerdeführers bezüglich des Alltags keine relevanten Einschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet geltend gemacht. Es kann deshalb für körperlich leichte bis schwere Verrichtungen einschliesslich sämtlicher bislang durchgeführter Tätigkeiten auf Ebene des Bewegungsapparates von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden. Auch in der Vergangenheit habe gemäss Gutachter für körperlich leichte bis schwere Verrichtungen einschliesslich sämtlicher bislang durchgeführter Tätigkeiten keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden.

8.2.3 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 38.6) ist zu entnehmen, dass die Anamnese des Beschwerdeführers geprägt werde durch einen schweren postoperativen Verlauf nach einer radikalen Prostatektomie im Dezember 2016 wegen Prostatakarzinom. Im Verlauf danach sei es entsprechend dem Bericht der Klinik H. \_\_\_ zu einem wahrscheinlich entzugsbedingten Delir, einer schweren Aspirationspneumonie, Sepsis und möglicherweise mehrzeitigen kleinen Ischämien rechtshemisphärisch gekommen. Als Hintergrund dieser Komplikation sei ein langjähriger Alkohol- und Nikotinabusus festzuhalten, welche beide fortgeführt würden. Der Bericht der Klinik O. \_\_\_ vom 19. April 2017 äussere zusätzlich den Verdacht auf eine hypoxische Hirnschädigung bei intubationspflichtiger Aspirationspneumonie und spreche zusätzlich von einer Critical-Illness-Neuropathie. Zu Beginn des Aufenthaltes dort habe sich ein deutlich desorientierter und hilfsbedürftiger Patient präsentiert, welcher im Laufe der Rehabilitation zunehmend an Funktionsfähigkeit zurückgewonnen habe. Die Operation eines inzidentellen Aneurysmas der Arteria cerebri media links sei komplikationslos verlaufen. Bei der aktuellen Untersuchung falle zunächst der Alkoholfoetor, die leicht gehobene Stimmung und geringe Distanzminderung des Exploranden auf. An objektiven Befunden finde sich eine leichte Linksbetonung der Reflexe, welche als Residuum der früheren Halbseitenstörung nach rechtsseitiger Ischämie zu werten sei. Darüber hinaus fänden sich linksseitig keine relevanten motorischen oder sensiblen Defizite und der übrige Untersuchungsbefund sei geprägt von Hinweisen für eine Polyneuropathie mit leichter Ataxie. Diese Polyneuropathie sei in Anbetracht der Anamnese vorwiegend alkohol-toxischer Ätiologie, zusätzlich möge während der schweren Erkrankung im Januar 2017 eine Critical-Illness-PNP hinzugetreten sein, welche sich aber wieder deutlich gebessert habe. So seien jetzt keine Paresen mehr feststellbar. Auch die jetzt zu beobachtende Ataxie könne nicht als alleinige PNP-Folge überbewertet werden, da nun gleichzeitig ein deutlicher Alkoholkonsum mitvorliege. Der Brief der Klinik O. \_\_\_ werfe noch die Frage eines hypoxischen Hirnschadens auf. Dies könne von der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden. Der Explorand sei wach, allseits orientiert und zeige keine mnesticen Defizite. Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit seien auch erhalten. Ohnehin müsste für eine genauere Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten zunächst eine mindestens zweimonatige Abstinenzphase gefordert werden. Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, kommt daher zum nachvollziehbaren Schluss, es könne aus neurologischer Sicht für das ganze Jahr 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden, ab Januar 2018 für drei Monate eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab 1. April 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Dagegen begründet der Neurologe nur ungenügend, welche konkreten Auswirkungen der Alkoholabusus auf die Arbeitsfähigkeit hat. Er führt zwar den Alkoholabusus als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf, bringt aber gleichzeitig vor, der Beschwerdeführer könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei Einhaltung strikter Alkoholabstinenz acht Stunden als Produktionsmitarbeiter arbeiten. Auch führt er unter Ziff. 8.3 und 8.4 des Teilgutachtens (IV-Nr. 38.6, S. 6) an, durch eine Alkoholentwöhnungsbehandlung könne die Arbeitsfähigkeit relevant verbessert werden. Inwiefern eine solche Entwöhnung die Arbeitsfähigkeit verbessern könnte, bleibt jedoch unbeantwortet. Da der Alkoholabusus, wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. II. 8.2.4), gemäss den schlüssigen Ausführungen des Psychiaters sowie der übrigen Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, erscheint der Nutzen der vorgeschlagenen medizinischen Massnahme fraglich.

8.2.4 Die Schlussfolgerungen von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wonach keine psychiatrische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, ist plausibel, zumal sich dem psychiatrischen Gutachter im fachärztlich erhobenen Befund (vgl. IV-Nr. 38.7, S. 4 f.) bis auf eine erhöhte Ermüdbarkeit psychischer, aber vor allem physischer Art, keine namhaften Auffälligkeiten zeigten und insbesondere die Hauptkriterien einer depressiven Störung nicht bestätigt werden konnten. Zwar bestehe beim Beschwerdeführer diagnostisch eine Neurasthenie mit erhöhter psychischer und physischer Ermüdbarkeit. In den Akten sei auch eine chronische Depression aufgeführt. Der Beschwerdeführer leide aber nicht unter deutlichen depressiven Verstimmungen, schweren Konzentrationsstörungen, einer Appetitverminderung, einem verminderten Selbstwert mit Schuldgedanken oder negativen Zukunftsperspektiven. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass der Psychiater zum Schluss gelangt, die Diagnose einer depressiven Episode könne nicht gestellt werden. So gab denn auch der Beschwerdeführer selbst an, er brauche keinen Psychiater, da er nicht depressiv sei (vgl. IV-Nr. 38.7, S. 2). Da im überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f.).

Des Weiteren äussert sich der psychiatrische Gutachter zum Alkoholkonsum des Beschwerdeführers. So sei in den Akten ein chronischer Alkoholismus aufgeführt. Der Beschwerdeführer habe dazu angegeben, nicht übermässig, aber täglich sein Quantum Alkohol zu trinken. Es sei auch zum Verlust des Fahrausweises gekommen. Das alkoholspezifische CDT sei bei der heutigen Untersuchung pathologisch erhöht gewesen, was auf einen chronischen Alkoholismus hinweise. Ein pathologisch erhöhtes CDT bedeute einen Konsum von mindestens 50 - 80 g Alkohol pro Tag (entspricht ca. 1.5 l Bier, 7 dl Wein oder 20 cl Spirituosen) während der vorangegangenen Woche. Im Untersuchungsgespräch habe sich der Explorand gut konzentrieren können, kognitive Auffälligkeiten hätten nicht bestanden, ausser einer gewissen Tendenz zum Beschönigen der Konsummenge. Dies weise auf eine Toleranzentwicklung hin. Diagnostisch könne von einer Störung durch Alkohol, ständiger Gebrauch, ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer wolle auf den Konsum nicht verzichten. Er fühle sich nicht als Alkoholiker. Diese Tendenz zum Bagatellisieren und Verneinen könne auf eine beginnende alkoholbedingte Wesensänderung hinweisen. Ein irreversibler hirnormischer Abbau sei aber nicht erwiesen. Eine zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung bestehe nicht, dagegen spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Arbeitsfähigkeit. Die Anamnese sei sonst psychiatrisch bland, der Beschwerdeführer sei nie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen, er erhalte keine psychopharmakologische Medikation und wünsche sich auch keine solche Behandlung. Oft komme es bei schweren chronischen somatischen Problemen zu einer Neurasthenie. Aus somatischer Sicht würde man von einem Fatigue sprechen. Auch der regelmässige, übermässige Alkoholkonsum könne aber zu einer erhöhten Ermüdbarkeit führen. Der Alkoholkonsum sollte kontrolliert werden. Eventuell könnte ein Gespräch auf einer Beratungsstelle für Alkoholprobleme hilfreich sein, um eine Motivation zur Reduktion des Alkoholkonsums beziehungsweise Abstinenz zu erreichen. Sonst könnten aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig keine Empfehlungen gemacht werden. Die Prognose sei aber aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig.

Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Zudem hat das Bundesgericht mit Urteil 9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019 seine Rechtsprechung im Zusammenhang mit Suchtleiden geändert. Neu sind auch Suchterkrankungen im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Eine neue Rechtsprechung ist im Grundsatz sofort und überall anwendbar und gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (Urteile des Bundesgerichts 9C\_700/2015 vom 18. Juli 2016 E. 3.2, 9C\_769/2013 vom 1. April 2014 E. 2), weshalb diese grundsätzlich auch im vorliegenden Fall zur Anwendung gelangt. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann immerhin dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine ■ länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) ■ Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

Im Falle des Beschwerdeführers besteht unbestrittenermassen eine Störung aufgrund des regelmässigen bzw. übermässigen Konsums von Alkohol. Dr. med. Q.\_\_\_\_ gelangt jedoch in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass der Alkoholabusus keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Der psychiatrische Gutachter konnte beim Beschwerdeführer weder einen irreversiblen hirneigenen Abbau noch eine Persönlichkeitsstörung feststellen. Auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Arbeitsfähigkeit spricht für das Nichtvorhandensein einer Persönlichkeitsstörung. Der regelmässige Alkoholkonsum könne zwar gemäss dem Gutachter zu einer erhöhten Ermüdbarkeit führen. Dieser wirke sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. So geht denn auch die Hausärztin des Beschwerdeführers in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2018 (IV-Nr. 46; E. II. 6.8) davon aus, dass die im neurologischen Teilgutachten beschriebenen kognitiven und mnestischen Einschränkungen sowie die mangelnde Konzentration die Hauptgründe für den schlechten Allgemeinzustand und die Überforderung des Beschwerdeführers seien. Der chronische Alkoholabusus mache die Sache zwar nicht besser, aber diese Abhängigkeitserkrankung habe schon vor der schweren Erkrankung bestanden und sei nur Teil der Gesamtsituation. Des Weiteren wurde der Alkoholabusus auch von den neurologischen und neuropsychologischen C.\_\_\_\_-Gutachtern in ihre Beurteilung miteinbezogen, wobei keiner der beiden Gutachter von einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Suchterkrankung ausgegangen ist (vgl. IV-Nr. 38.6, S. 4; 38.10, S. 6). Im nephrologischen Teilgutachten wird der chronische Alkoholabusus zwar als Belastungsfaktor genannt. Dieser wirke sich aber aus nephrologischer Sicht nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-Nr. 38.8, S. 6). Folglich ist aufgrund des Gesagten davon auszugehen, dass der Alkoholabusus keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, weshalb auch hier auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden kann.

8.2.5 Im nephrologischen Teilgutachten wurde sodann eine stabile chronische Niereninsuffizienz Stadium G3b A2 nach KDIGO (ICD-10-N18.3) diagnostiziert, welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (IV-Nr. 38.8, S. 4 ff.). So könne aus

nephrologischer Sicht aufgrund der Aktenlage sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde mit einem Kreatinin von 148 µmol/l, Harnstoff 3.96 mmol/l eine stabile mittelschwere Niereninsuffizienz Stadium 3b A2 nach KDIGO entsprechend einer Kreatininclearance nach CKD-Epi von 44ml/min/1.73 m<sup>2</sup> festgehalten werden. Im Urinstatus hätten sich eine Leukozyturie (++) , eine Mikrohämaturie (+) sowie eine Proteinurie (++) gezeigt. Im Spoturin Nachweis einer Proteinurie von ca. 0.61 g/die. Differentialdiagnostisch stehe aufgrund der schweren Arteriosklerose und der möglicherweise seit längerem bestehenden arteriellen Hypertonie eine Nephroangiosklerose im Vordergrund. Duplexsonographisch habe am 13. Juli 2017 eine Nierenarteriostenose ursächlich ausgeschlossen werden können. Sonographisch hätten sich am 21. Februar 2018 beidseits normalgrosse Nieren mit hyperechogenem Nierenparenchym ohne Harnstau gezeigt. Es hätten keine renalen Folgekrankheiten nachgewiesen werden können. Insbesondere gebe es keine Hinweise auf einen sekundären Hyperparathyreoidismus. Die leichte makrozytäre Anämie sei bei einer Kreatininclearance von 44 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> nicht renaler Genese. Die Dyselektrolytämie mit Hyponatriämie, hypochlorämischer leichter Azidose sei wahrscheinlich aethylich bedingt (CDT 7.0 %, Norm < 1.6). Die arterielle Hypertonie, welche medikamentös mit einem Betablocker absolut ungenügend eingestellt sei, sei eher ursächlich verantwortlich für die Niereninsuffizienz und nicht Folge des Nierenleidens. Die vom Beschwerdeführer angegebene erhöhte Ermüdbarkeit sei nur teilweise auf die Niereninsuffizienz zurückzuführen. Weitere urämische Symptome verneine der Beschwerdeführer. Bei Status nach radikaler roboterassistierter Prostatektomie mit Lymphadenektomie beidseits vom 7. Dezember 2016 beklage der Beschwerdeführer eine diskrete residuelle Inkontinenz. Anamnestisch habe die letzte urologische Kontrolle keine Hinweise für ein Tumorrezidiv gezeigt. Aus nephrologischer Sicht sei die mittelschwere Niereninsuffizienz irreversibel, zu einer Verbesserung der Nierenfunktion werde es nicht kommen, im Verlauf der Jahre sei mit einer möglichen weiteren Verschlechterung der Nierenfunktion und somit mit einer möglichen zusätzlichen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Nephrologie, gelangt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zum nachvollziehbaren Ergebnis, dass der Beschwerdeführer aus nephrologischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig ist, wobei der freie Toilettenzugang jederzeit möglich sein sollte. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs bei subjektiver Angabe einer Müdigkeit, welche zumindest teilweise nephrologisch mitbedingt sein könnte, um 20 % eingeschränkt. Aus zeitlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nach Auffassung der Gutachterin bei Status nach komplikationsreich verlaufender Prostatektomie vom 6. Dezember 2016 zunächst zu 100 % aufgehoben gewesen. Nach Austritt aus der Klinik O.\_\_\_\_ vom 12. April 2017 könne aus nephrologischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen werden.

8.2.6 Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Urologie, führte im urologischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus urologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann (IV-Nr. 38.9, S. 3). Aus urologischer Sicht erfolgte aufgrund einer PSA-Wert Erhöhung im 2016 eine Prostatastanzbiopsie, bei der ein Prostatakarzinom diagnostiziert wurde. Es erfolgte im Dezember 2016 eine radikale Prostataektomie, bei der sich das Prostatakarzinom bestätigte. Die urologischen Tumornachsorgen seien seither unauffällig gewesen. Postoperativ sei es zu einer intubationspflichtigen Aspirationspneumonie gekommen. Aufgrund eines paralytischen Ileus und steigenden Entzündungsparametern sei am 15. Dezember 2016 eine notfallmässige Laparatomie erfolgt. Der Beschwerdeführer sei ab Januar 2017 nach

Extubation und primärer stationärer Erholungsphase in einer Neurorehabilitation gewesen. Er habe sich nach seinen Angaben nur leidlich erholt. Bezüglich der urologischen Situation zeige sich aktuell eine restharnfreie Harnblasenentleerung. Im Urinstatus zeige sich eine leichtgradige Leukozyturie. Der Patient habe jedoch keine Miktions Symptome. Aus urologischer Sicht hätten Arbeitsunfähigkeiten nur während des stationären Aufenthaltes im Dezember 2016 und in der Erholungsphase im Januar 2017 bestanden.

8.2.7 In der neuropsychologischen Beurteilung begründet lic. phil. T.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, in einleuchtender Weise das Vorliegen einer leichten Hirnfunktionsschwäche in Teilbereichen attentionaler, mnestischer und exekutiver Funktionen. Nach Durchführung mehrerer Testverfahren (vgl. IV-Nr. 38.10, S. 3 f.) bringt der Neuropsychologe in seiner Beurteilung vor, in der neuropsychologischen Untersuchung habe im allgemeinen Verhalten eine durchwegs freundliche, bemühte und angepasste Mitarbeit bestanden. Weder beobachtungsmässig noch in der Analyse der Testbefunde auf Gültigkeit/Konsistenz hätten sich Auffälligkeiten oder Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen/Aggravation von kognitiven Einschränkungen gezeigt. Bei vier durchgeführten Symptomvalidierungstests hätten sich ebenfalls unauffällige Resultate gezeigt. In der Beurteilung gelangt der Gutachter zum Ergebnis, aufgrund der anamnestischen Angaben könne davon ausgegangen werden, dass das intellektuelle Leistungspotential schon in der Schule eher im unteren Durchschnittsbereich gelegen habe. Die heute gemessene Gesamtintelligenz (IQ 72) liege im Vergleich mit der Schätzung des prämorbidem kognitiven Fähigkeitsniveaus (IQ 80) acht IQ Werte tiefer. Regelmässiger und langjähriger Alkoholkonsum habe bekanntlich auf intellektuell/kognitive Fähigkeiten ungünstige Auswirkungen (Sjölund et al. 2015). Auf grundlegender neuropsychologischer Informationsverarbeitungsebene hätten sich leichte Beeinträchtigungen in Teilbereichen attentionaler, mnestischer und exekutiver Funktionen gezeigt. Zudem in Teilbereichen langsames Verarbeitungstempo. Die Orientierung sei durchwegs gegeben. Die von Dr. med. B.\_\_\_\_ im März 2018 berichtete Desorientierung zeige der Explorand in der heutigen Untersuchung nicht. Mit Blick auf die gutachterlich festgestellte leichte kognitive Leistungsminderung vermag sodann auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach für einfache, den intellektuell/kognitiven Voraussetzungen des Exploranden angepasste Tätigkeiten bezüglich der neuropsychologischen Voraussetzungen kaum Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen. Allfällige andere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten seien nicht durch neuropsychologische Faktoren verursacht. Massnahmen zur Verbesserung der neuropsychologischen Beeinträchtigung seien nicht sinnvoll, wohingegen eine Alkoholabstinenz sinnvoll wäre.

8.2.8 Gestützt auf die überzeugenden Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Gesamtbeurteilung zu überzeugen, wonach dem Beschwerdeführer sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne Schichtdienst, ohne höhere Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen oder Feinmotorik mit freiem Zugang zu Toilettenanlagen zumutbar sind, welche den intellektuell kognitiven Voraussetzungen des Exploranden entsprechen. In einer derart angepassten Tätigkeit beträgt die zumutbare Präsenz acht Stunden pro Tag. Dies dürfte nach Auffassung der Gutachter auch auf die letzte Tätigkeit des Beschwerdeführers zutreffen. Es bestehe des Weiteren eine Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund einer vermehrten Ermüdbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit betrage insgesamt 80 %. Nachvollziehbar sind aufgrund des

Krankheitsverlaufs des Beschwerdeführers zudem auch die Angaben der Gutachter zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Von Januar 2017 bis Dezember 2017 sei die Arbeitsfähigkeit ganz aufgehoben gewesen. Von Januar 2018 bis März 2018 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Die umschriebene 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe seit April 2018.

8.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten.

An diesem Resultat vermag auch die von Dr. med. B.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 5. November 2018 (IV-Nr. 46; E. II. 7.8) gegen die C.\_\_\_\_-Begutachtung vorgebrachte Kritik nichts zu ändern. So sei nach Auffassung der Hausärztin durch die Diagnosen seit der Prostataoperation und dem schweren postoperativen Verlauf eine Polymorbidität entstanden, welche hauptsächlich für die bis jetzt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verantwortlich sei. Die Hauptgründe für den schlechten Allgemeinzustand und die Überforderung seien die im neuropsychologischen Teilgutachten beschriebenen kognitiven und mnestischen Einschränkungen sowie die mangelnde Konzentration. Es bestehe seit der schweren Operation vom 7. Dezember 2016 mit kompliziertem Verlauf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei weiterhin gutem Verlauf sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit an einem angepassten Arbeitsplatz ab dem 1. Dezember 2018 möglich. Eine 50%ige Rente sei deshalb gerechtfertigt. Wie die C.\_\_\_\_-Gutachter in der Stellungnahme zum Schreiben der Hausärztin zu Recht feststellen, ergeben sich aus ihren Ausführungen keine neuen Erkenntnisse, welche Zweifel am grundsätzlichen Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens erwecken (vgl. IV-Nr. 53; E. II. 7.9). Die Hausärztin des Beschwerdeführers sieht die kognitiven und mnestischen Einschränkungen sowie die mangelnde Konzentration als Hauptgründe für den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Im Verlaufsbericht vom 10. Januar 2018 (IV-Nr. 22, S. 1 f.) gab die Ärztin jedoch noch an, die kognitiven Fähigkeiten seien ohne Einschränkungen. Gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten besteht zwar eine leichte kognitive Leistungsminderung. Das intellektuelle Leistungspotential sei aber schon in der Schule eher im unteren Durchschnittsbereich gewesen und es bestünden bezüglich der neuropsychologischen Voraussetzungen kaum Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Allfällige andere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten seien nicht durch neuropsychologische Faktoren verursacht. Die Hausärztin nennt denn auch keine nicht rein der subjektiven ärztlichen Interpretation entspringenden Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Es ist in Erinnerung zu rufen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. E. II. 4.5). Auch gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Die C.\_\_\_\_-Gutachter haben sich in den jeweiligen Teilgutachten eingehend mit der Polymorbidität des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar begründet. Es wird weder von Seiten des Beschwerdeführers noch von Seiten seiner Hausärztin plausibel begründet, weshalb beim Beschwerdeführer auch ab April 2018 eine

Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte, welche einen Rentenanspruch rechtfertigt.

8.4 Nach dem Gesagten ist dem C.\_\_\_\_-Gutachten somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf das Gutachten abgestellt. Der Beschwerdeführer ist in seiner Arbeitsfähigkeit von Januar 2017 bis Dezember 2017 zu 100 % eingeschränkt gewesen. Von Januar 2018 bis März 2018 bestand für angepasste Tätigkeiten zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab April 2018 eine solche von 80 %. Die Voraussetzungen für die Entstehung eines Rentenanspruchs gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (vgl. E. II. 2.2) sind damit im Januar 2018 erfüllt. Der Rentenbeginn per 1. Januar 2018 wird von den Parteien denn auch zu Recht nicht bestritten. Als angepasste Verweistätigkeiten gelten leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Schichtdienst, ohne höhere Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen oder die Feinmotorik, ohne höhere Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten, mit freiem Zugang zu den Toilettenanlagen. In einer derart angepassten Tätigkeit ist der Beschwerdeführer ganztags arbeitsfähig. Dabei ist die Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs um 20 % eingeschränkt.

#### **E. 7**

Asymptomatische Leukozyturie DD chronischer Infekt DD interstitielle Nephritis -  
Nachweis von Staph. koagulase negativ (10 4)

#### **E. 8**

St.n. Critical illness Neuropathie bei/mit - V.a. hypoxische Hirnschädigung bei  
IPS-pflichtiger (8. Dezember 2016 - 5. Januar 2017) Intubations-bedürftiger  
Aspirationspneumonie beidseits (Tracheostoma) und neurologischer Verschlechterung bei  
abdominalem Kompartement-Syndrom nach laparoskopischer Prostatektomie 7. Dezember  
2016 - St.n. Tetraparese links- und beinbetont mit kognitiver Verschlechterung und  
Desorientierung initial - cCT 14. Dezember 2016: keine intrakranielle Blutung oder  
Raumforderung, kein Hirnödem, keine Ischämie

#### **E. 9**

9.1 Die Beschwerdegegnerin hat in den angefochtenen Verfügungen vom 14. November 2019 für die Berechnung der dem Beschwerdeführer ab. 1. Januar 2018 zustehenden Invalidenrente beim Validen- wie auch Invalideneinkommen auf die Zahlen des Bundesamtes für Statistik abgestellt (IV-Nr. 63). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. So wurde dem Beschwerdeführer die letzte Stelle aus wirtschaftlichen und nicht aus gesundheitlichen Gründen per November 2015 gekündigt (gemäss Angaben des Beschwerdeführers im C.\_\_\_\_-Gutachten, IV-Nr. 38.2, S. 3), weshalb nicht davon auszugehen ist, dass er noch heute beim gleichen Arbeitgeber tätig wäre. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers hat er eine Mechanikerlehre angefangen und abgebrochen. Er sei lange Lastwagen gefahren und habe das Wirtepatent gemacht. Zuletzt habe er Spezialschlösser montiert (vgl. Auszug Protokoll IV-Akten, S. 2). Dem Beschwerdeführer war es aber schon vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens offensichtlich nicht möglich, die früher erworbenen Kenntnisse auf dem hiesigen Arbeitsmarkt zu verwerten, was als invaliditätsfremder Umstand ausser Betracht zu bleiben hat. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall während des gesamten hier zu beurteilenden Zeitraums einer einfachen Tätigkeit (Kompetenzniveau 1 im Sinne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung) nachgegangen wäre. Mit der gesundheitlichen Einschränkung sind ihm ebenfalls Arbeitsstellen in diesem Segment zugänglich. Es bietet

sich daher an, sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf statistischer Grundlage, gestützt auf die Ergebnisse der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), festzulegen, wobei für beide Vergleichseinkommen auf denselben Tabellenwert abzustellen ist. Damit erübrigt sich eine genaue betragsmässige Ermittlung, denn der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_358/2017 vom 4. August 2017 E).

#### **E. 10**

St.n. Malnutrition mit BMI von 16.4 im 06/2017 mit damals 40 kg - aktuell 57.3 kg ohne Oedeme bei 173 cm Grösse, BMI 19.1

#### **E. 11**

Reaktive Depression bei Diag. 4, 8, 9 und 10 Bei einem E.coli-Harnwegsinfekt sei ab 5. Februar bis 18. Februar 2018 eine sensible Antibiose mit Ciprofloxacin erfolgt. Infolge zusätzlich radikulärem Reizsyndrom L3 links mit Leistenschmerzen habe der Beschwerdeführer bis 10. Februar drei Mal täglich Irfen à je 600 mg benötigt, ohne nachfolgende Irfen-Einnahme bei bekannter chronischer Niereninsuffizienz mit einem erhöhten Serumkreatinin von 204 µmol/l am 7. Februar 2018 resp. 177 µmol/l am 14. Februar 2018. Aufgrund der Lumbalgien sowie der radikulären Leistenschmerzen links L3 habe der Beschwerdeführer seither täglich bis 6 Tabletten Novalgin à je 500 mg benötigt. Bei verstärkten Haustätigkeiten wie Staubsaugen oder Putzen verspüre er verstärkt Lumbalgien. Kein Fieber oder Schüttelfrost. Unauffällige Miktion ohne Algurie und ohne Pollakisurie bei stets gelbem Urin. Unveränderte bekannte 2-malige Nykturie, keine Urininkontinenz. Keine Bauchschmerzen oder Flankenschmerzen, unauffälliger Stuhlgang, keine Nausea oder Erbrechen, kein Pruritus. Laut Patient habe er seit 2015 keine Arbeit mehr gefunden und sei Sozialhilfeempfänger. Freie Gehstrecke ohne Claudicatio intermittens. Von einer schweren Intubations-bedürftigen postoperativen Aspirationspneumonie im 12/2016 bei St.n. Prostatektomie infolge Prostata-Karzinom habe sich der Beschwerdeführer glücklicherweise recht gut erholt. Eine schwere Malnutrition im 06/2017 von damals 40 kg sei inzwischen bei normalem Appetit verschwunden und der Beschwerdeführer wiege aktuell ohne Oedeme 57.3 kg bei einer Grösse von 173 cm. 7.7 Im C. \_\_\_-Gutachten vom 4. September 2018 (IV-Nr. 38.1 - 38.11) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Polyneuropathie (ICD-10 FG62.1) mit vorwiegend toxischer Komponente und zusätzlich Critical-Illness-Neuropathie bei Koma 01/2017 2. Diskrete Halbseitenstörung links bei Z.n. rechtshemisphärischen Ischämien (ICD-10 I63) 01/2017, bei Pneumonie und Sepsis bei Compartementssyndrom 3. Stabile chronische Niereninsuffizienz Stadium G3b A2 nach KDIGO (ICD-10 N 18.3) - Grundkrankheit: Verdacht auf Nephroangiosklerose - Sonographie 21. Februar 2018 beidseits normalgrosse Nieren mit hyperechogenem Nierenparenchym ohne Harnstau - Duplexsonographischer Ausschluss einer Nierenarterienstenose beidseits am 13. Juli 2017 - Renale Folgekrankheiten: keine - Status nach Harnwegsinfekt mit E. Coli 02/18 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Neurasthenie (ICD-10 F48.0) 2. Störung durch Alkohol, ständiger Konsum (ICD-10 F10.25) - leichte hypochrome Anämie 3. Prostatkarzinom (ICD-10 c61) Pt2c, pN0 (0/7), L0, V0, M0, R0, Gleason Score 7 (3 + 4): - radikale, roboterassistierte (Davinci) Prostatektomie mit Lymphadenektomie bds. am 7. Dezember 2016 - erektile Dysfunktion 4. Verdacht auf koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25.9) - kardiovaskuläre Risikofaktoren:

arterielle Hypertonie, fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch, Dyslipidämie -

### **E. 13**

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

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