

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.86 vom 30. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.86\\_d20200330](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.86_d20200330)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.86 du 30 mars 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.86 del 30 marzo 2020

## Regeste

Berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1980 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete vom 1. September 2014 bis 31. Mai 2016 als Hilfslackierer in der B.\_\_\_\_, [...]. Am 11. September 2015 erlitt er einen Unfall, als er auf dem Fussgängerstreifen von einem Auto angefahren wurde und sich dabei eine Kontusion der rechten Schulter sowie des rechten Unterschenkels zuzog. Die Schweizerische Unfallversicherung (Suva) übernahm in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Am 24. Februar 2016 erliess sie eine Verfügung, womit sie den Fall hinsichtlich der Unfallfolgen per Ende Februar 2016 abschloss und einen Anspruch auf weitere Leistungen ablehnte (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 18.29 S. 14 ff.). 1.2 Am 2. Mai 2016 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie (), erstmals an der rechten Schulter operiert (Arthroskopie, Acromioplastik, AC-Gelenksteilresektion, Bizepsstenodese; IV-Nr. 12.7 S. 5 f.). Am 29. November 2016 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) wegen Schulterbeschwerden zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) stellte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 31. Januar 2017 in Aussicht, den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente abzuweisen (IV-Nr. 19 S. 2 ff.). Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 7. April 2017 Einwand (IV-Nr. 24). Am 8. Mai 2017 erfolgte die zweite Operation (offene Nachresektion, Biopsieentnahme im AC-Gelenk; IV-Nr. 28 S. 5 f.) und am 10. April 2018 die dritte Operation (Re-Arthroskopie, intraartikuläre Beurteilung, Biopsieentnahme, Narbenlösung, Bizepsstenotomie; IV-Nr. 45 S. 3 f.) an der rechten Schulter. Ein Arbeitsversuch ab 1. Oktober 2017 mit einem 50%-Pensum im angestammten Beruf als Hilfslackierer und Plattenleger musste nach kurzer Zeit abgebrochen werden (vgl. IV-Nr. 35). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Dr. med. D.\_\_\_\_, Praktischer Arzt) und Durchführung eines weiteren Vorbescheidverfahrens lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 15. Februar 2019 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit dem 11. September 2015 (Beginn der einjährigen Wartefrist) in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die angestammte, schulterbelastende Tätigkeit als Hilfslackierer sei ihm nicht mehr zuzumuten. Eine körperlich angepasste Tätigkeit sei gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen, abgesehen von den jeweiligen Rekonvaleszenzzeiten nach den drei Schulteroperationen, ab 4. Januar 2016 wiederum vollschichtig und ohne Leistungsminderung möglich. Bei der

Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle sei er nicht auf eine IV-spezifische Unterstützung angewiesen. Der IV-Grad betrage 0 % (IV-Nr. 53; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

Es seien die gesetzlichen Leistungen gemäss IVG zu erbringen.

## **E. 3**

Es seien berufliche Massnahmen durchzuführen und anschliessend sei neu zu entscheiden.

## **E. 4**

Eventualiter sei der Streitgegenstand an die IV zurückzuweisen, mit der Verpflichtung, den Sachverhalt rechtskonform abzuklären, und anschliessend sei ein rechtskonformer Entscheid zu erlassen.

### **E. 4.1**

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin erliess am 15. Februar 2019 die vorliegend angefochtene Verfügung, worin sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente ablehnte. Zur Begründung wies sie im Wesentlichen darauf hin, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit dem 11. September 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die angestammte, schulterbelastende Tätigkeit als Hilfslackierer sei ihm nicht mehr zumutbar. Eine körperlich angepasste Tätigkeit sei ihm gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen, abgesehen von den jeweiligen Rekonvaleszenzzeiten nach den drei Schulteroperationen, ab dem 4. Januar 2016 wiederum vollschichtig ohne Leistungseinschränkung zuzumuten. Bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle sei er nicht auf eine besondere IV-spezifische Unterstützung angewiesen. Mit einer solchen Tätigkeit sei es ihm wiederum möglich, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Somit liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Für weitere Leistungen sei die Arbeitslosenversicherung zuständig. Der Invaliditätsgrad betrage 0 % (IV-Nr. 53; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es seien die gesetzlichen Leistungen gemäss IVG zu erbringen, insbesondere seien berufliche Massnahmen durchzuführen und anschliessend sei neu zu entscheiden. Eventualiter sei der Streitgegenstand an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, der Beschwerdeführer habe im Dezember (recte: September) 2015 einen Unfall erlitten und seine Arbeit als Mitarbeiter in einer Autolackiergarage nicht mehr weiterführen können. Ebenso habe er aufgrund seines bleibenden Gesundheitsschadens seine Nebentätigkeit als Plattenleger nicht mehr ausüben können. Die Beschwerdegegnerin mache in der angefochtenen Verfügung geltend, dass er seit Januar 2016 in einer optimal angepassten Verweistätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Aus Sicht der Beschwerdegegnerin und ihres RAD seien weder mögliche Verweistätigkeiten zu nennen, noch sei die Erstellung eines Belastungsprofils notwendig; wichtig sei einfach, dass der Beschwerdeführer weder seine rechte noch seine linke Schulter bzw. deren Extremitäten körperlich belaste. Dementsprechend habe die Beschwerdegegnerin vor dem Einkommensvergleich darauf verzichtet, Verweistätigkeiten anzugeben, ein Belastungsprofil zu erstellen und anschliessend einen sorgfältigen Einkommensvergleich vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin habe willkürlich gegen Art. 16 und 43 ATSG verstossen. Der Beschwerdeführer habe sich im Jahr 2015 für berufliche Massnahmen

angemeldet. Mit Vorbescheid vom 31. Januar 2017 sei ihm mitgeteilt worden, dass er keinen Anspruch auf IVG-Leistungen habe, da er zu 100 % arbeitsfähig sei. Gegen diesen Vorbescheid sei Einwand erhoben und darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer konkrete OP-Termine habe, sich weiterhin in einer Rekonvaleszenzphase befinde und an beruflichen Integrationsmassnahmen sehr interessiert sei. Die Beschwerdegegnerin sei darum ersucht worden, berufliche Massnahmen zu bewilligen, da die Fachärzte bereits seit dem Jahr 2016 davon ausgegangen seien, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Lackierer und/oder Plattenleger nicht weiterführen können, ein neues Tätigkeitsfeld finden und seine beruflichen Qualifikationen und Erfahrungen notwendigerweise erweitern müsse. In den folgenden knapp 15 Monaten sei der Beschwerdeführer weder zu einem Informationsgespräch eingeladen noch sei ihm das weitere Vorgehen aufgezeigt worden. Die Beschwerdegegnerin habe einfach auf die Stellungnahme des RAD vom 29. Oktober 2018 gewartet. Darin werde weder ein nachvollziehbares Belastungsprofil erstellt noch eine zumutbare Verweistätigkeit konkret genannt. Es bleibe ein Rätsel, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer mit seinen Einschränkungen seit dem 4. Januar 2016 noch ausüben könnte. Er sei als motiviert, kooperativ, leistungsstark und sehr aufnahmefähig beschrieben worden. Dass eine Aggravation vorliegen oder der Beschwerdeführer sich nicht Mühe geben könnte, sich wieder auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren, sei von keiner involvierten Fachperson oder einer Institution geltend gemacht worden. Gemäss den Akten der behandelnden Ärzte seien berufliche Eingliederungsmassnahmen aus medizinischen Gründen notwendig und der Beschwerdeführer sei darauf angewiesen. Im Jahr 2017 habe er bereits einen Arbeitsversuch unternommen, welcher wegen des unbestrittenen Gesundheitsschadens aber gescheitert sei. Zusammenfassend seien die Voraussetzungen für die Gewährung von beruflichen Massnahmen erfüllt und der Beschwerdeführer habe deshalb Anspruch auf ein Belastungstraining, ein Integrationsprogramm und Arbeitsvermittlung.

4.2 Zunächst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf die oben (unter E. II. 3 hiervoor) wiedergegebenen zahlreichen medizinischen Unterlagen nicht mehr in der Lage ist, seine bisherige Tätigkeit als Hilfslackierer und seine Nebentätigkeit als Plattenleger auszuüben. Dies ergibt sich primär aus dem vorliegend jüngsten fachärztlichen Bericht des J.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 29. August 2018, worin die behandelnden Orthopäden (Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt; L.\_\_\_\_, Assistenzärztin) nach der dritten und wohl auch letzten Schulteroperation vom 10. April 2018 darlegten, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Autolackierer bis zum aktuellen Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig, die operativen Therapiemöglichkeiten seien bereits vollumfänglich ausgeschöpft worden und eine weitere Verbesserung durch eine erneute Operation sei nicht zu erwarten. Der Status vor dem Unfall vom 11. September 2015 sei nicht mehr zu erreichen. Es werde deshalb empfohlen, die Tätigkeiten im privaten und beruflichen Alltag den Einschränkungen entsprechend anzupassen (IV-Nr. 46 S. 6 f.; vgl. E. II. 3.24 hiervoor). Diese Einschätzung steht in Übereinstimmung mit der Beurteilung des behandelnden Orthopäden Dr. med. C.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 9. Februar 2018 feststellte, ein Arbeitsversuch zur Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % sei wegen starker Schulterschmerzen bereits nach 4 Tagen abgebrochen worden und seitdem bestehe wieder eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Dementsprechend empfahl er, Massnahmen zur Umschulung zu evaluieren (IV-Nr. 36; vgl. E. II. 3.18 hiervoor). Auch der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ bestätigte in seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2018, das Arbeitsplatzprofil im zuletzt ausgeübten Beruf als Hilfslackierer

entspreche nicht mehr dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers (IV-Nr. 50 S. 3; vgl. E. II. 3.25 hiervor). Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Hilfslackierer bzw. Plattenleger vollumfänglich arbeitsunfähig ist. Dies wird denn auch von keiner Seite bestritten.

Dr. med. K.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 29. August 2018 jedoch ebenfalls fest, eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (in einer angepassten Verweistätigkeit) sei ab dem 1. September 2018 wieder gegeben (vgl. E. II. 3.24 hiervor). Dem pflichtete auch der RAD-Arzt bei, indem er in seiner Beurteilung vom 29. Oktober 2018 ausführte, seit dem 4. Januar 2016 bestehe ■ abgesehen von den jeweiligen Rekonvaleszenzzeiten nach den drei Schulteroperationen vom 2. Mai 2016, 8. Mai 2017 und 10. April 2018 ■ eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Verweistätigkeit (E. II. 3.25 hiervor). Aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte bestand seit dem Unfall vom 11. September 2015 bis 6. Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, bis zum 13. Dezember 2015 eine solche von 75 % und anschliessend bis zum 3. Januar 2016 eine solche von 50 %; ab dem 4. Januar 2016 wurde eine volle Arbeitsfähigkeit (in einer adaptierten Verweistätigkeit) attestiert (vgl. Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2015 [IV-Nr. 18.50 S. 2]; vgl. E. II. 3.2 hiervor), welche ■ unter Berücksichtigung der Rekonvaleszenzzeit nach der ersten Schulteroperation vom 2. Mai 2016 ■ bis zur zweiten Operation am 8. Mai 2017 andauerte (vgl. E. II. 3.3 bis 3.11 hiervor). Danach ist bis zum 30. September 2017 (Aufnahme des Arbeitsversuchs in der bisherigen Tätigkeit am 1. Oktober 2017) auch in einer angepassten Verweistätigkeit von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 3.12 bis 3.15 hiervor) und vom 1. Oktober 2017 bis zur dritten Schulteroperation am 10. April 2018 für alle nicht schulterbelastenden Tätigkeiten von keiner Arbeitsunfähigkeit mehr auszugehen (vgl. E. II. 3.15 bis 3.23 hiervor). Ab dieser dritten Operation wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 31. August 2018 attestiert und seit 1. September 2018 besteht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit (vgl. E. II. 3.24 und 3.25 hiervor). Diese Beurteilung ergibt sich aus den vorerwähnten (unter E. II. 3 hiervor wiedergegebenen) zahlreichen medizinischen Unterlagen, welchen grundsätzlich Beweiswert zukommt (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Dieser lässt vielmehr geltend machen, es stelle sich die Frage, für welche Verweistätigkeiten er vollumfänglich arbeitsfähig sein solle. Die Beschwerdegegnerin verzichte zu Unrecht darauf, Verweistätigkeiten zu nennen und aufgrund des unbestrittenen Gesundheitsschadens an den Schultern ein Belastungsprofil zu erstellen. Es bleibe ein Rätsel, welche angepassten Tätigkeiten zu 100 % zumutbar sein sollen. Er habe Anspruch auf die Durchführung von berufliche Eingliederungsmassnahmen, d.h. ein Belastungstraining, Integrationsmassnahmen und Arbeitsvermittlung (vgl. Beschwerde, III., S. 10 ff., Ziff. 17, 21 und 25).

4.3 Dem ist entgegenzuhalten, dass ein Zumutbarkeitsprofil (Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit) des Beschwerdeführers vom RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 beschrieben wurde. So seien stark schulterbelastende Tätigkeiten, insbesondere mit Überkopfarbeit, nicht möglich und monoton repetitive Arbeiten sollten nur eingeschränkt erfolgen. Ausserdem sollten zu Beginn beim Tragen und Heben Gewichte von 5 bis 6 kg nicht überschritten werden (IV-Nr. 50 S. 3). Dabei stützte

sich der RAD-Arzt primär auf die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2017 (E. II. 3.15 hiervor), Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2017 (E. II. 3.16 hiervor) und des J.\_\_\_\_ (Dr. med. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_) vom 29. August 2018 (E. II. 3.24 hiervor). Weitere Einschränkungen, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in quantitativer oder qualitativer Hinsicht beeinflussen würden, sind nicht ersichtlich. Der von Dr. med. K.\_\_\_\_ erwähnte Infekt mit dem Propionibacterium acnes könnte sich zwar auf die Heilungszeit ausgewirkt haben, es besteht jedoch kein Hinweis, dass er Einfluss auf die andauernde Arbeits- und Leistungsfähigkeit hätte (vgl. E. II. 3.23 hiervor). Angesichts der vom RAD-Arzt klar definierten qualitativen Einschränkungen kann nicht gesagt werden, es sei unklar, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer mit seinen Schulterbeschwerden noch ausführen könnte.

4.4 Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehrungen verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann aber dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vorneherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts 9C\_693/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.1.3, 8C\_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.1, 8C\_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2 und 8C\_652/2014 vom 9. Januar 2015 E. 3.2.2.1, je mit Hinweisen).

Vorliegend kann nicht gesagt werden, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt keine Tätigkeiten kennt, welche der Beschwerdeführer trotz seiner Schulterbeschwerden noch ausüben könnte. Die zu berücksichtigenden Einschränkungen (keine stark schulterbelastenden Tätigkeiten, insbesondere keine Überkopfarbeit; monoton repetitive Arbeiten nur eingeschränkt möglich; zu Beginn beim Tragen und Heben kein Überschreiten von Gewichten von 5 bis 6 kg) haben nicht zur Folge, dass dem Beschwerdeführer nur noch Tätigkeiten zumutbar wären, die der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. Das Finden einer angepassten Stelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist für den Beschwerdeführer nicht zum vorneherein ausgeschlossen. Als Beispiele für zuzumutende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt können einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten oder die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten genannt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_695/2015 vom 19. November 2015 E. 4.2 mit Hinweis). Vorstellbar wären auch einfache serielle Hilfs- und Konfektionsarbeiten sowohl im Dienstleistungssektor als auch im Gewerbe- oder Industriebereich, wobei ausschliesslich darauf zu achten wäre, dass die Schultern des Beschwerdeführers nicht übermässig beansprucht werden. Unter Berücksichtigung dieser funktionellen Einschränkung wären unter Umständen auch

körperlich einfache Lager-, Verpackungs- und Speditionsarbeiten oder leichte Montage- oder Sortierarbeiten vorstellbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_693/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.1.3 und I 402/06 vom 11. Juni 2007 E. 4.4, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer steht somit noch ein breiter Fächer verschiedenartiger Tätigkeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen. Es gilt dabei zu beachten, dass an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind; diese hat vielmehr nur so weit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 402/06 vom 11. Juni 2007 E. 4.4 mit Hinweis). Dies ist hier der Fall, wie im Folgenden (vgl. E. II. 5. hiernach) noch darzulegen ist. Es gilt festzuhalten, dass für die Invaliditätsbemessung nicht massgeblich ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2, 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1, 9C\_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1, je mit Hinweisen).

## **E. 5**

5.1 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.).

Der Beschwerdeführer arbeitete vom 1. September 2014 bis 31. Mai 2016 als Hilfslackierer in der B.\_\_\_\_, [...], wobei die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auf den 31. Mai 2016 mit der Begründung der schlechten Wirtschaftslage auflöste (Kündigung vom 22. März 2016 [IV-Nr. 11 S. 9]; vgl. auch Arbeitgeberfragebogen vom 9. Dezember 2016 [IV-Nr. 11 S. 2]). Gemäss den Angaben im Gesprächsprotokoll Intake vom 24. Januar 2017 (Gespräch vom 17. Januar 2017) bereitete der Beschwerdeführer vor allem die Werkstücke vor (schleifen, baden, beschichten, einbrennen) und verpackte sie versandbereit. Lackierarbeiten habe er nur selten verrichtet. Es sei ein regelmässiger Monatslohn von CHF 3'825.00 ausbezahlt worden (170 Stunden à CHF 22.50 exkl. Ferienanteil; vgl. Lohnabrechnungen von September 2014 bis Oktober 2015, IV-Nr. 11 S. 13 bis 26). Gestützt auf den Arbeitgeberbericht wurde auch im Intake-Gesprächsprotokoll festgehalten, die Kündigung sei aufgrund der schlechten Wirtschaftslage erfolgt (IV-Nr. 17 S. 1). Gemäss den Angaben der Suva wurde dem Beschwerdeführer jedoch nicht aufgrund der schlechten Wirtschaftslage gekündigt, sondern weil er offenbar nicht bereit war, seine bisherige Tätigkeit am 4. Januar 2016 wieder aufzunehmen, obwohl er gemäss den fachärztlichen Angaben ab diesem Zeitpunkt wieder arbeitsfähig war (E. II. 3.2 hiervor; vgl. Telefonnotiz der Suva vom 16. Dezember 2015; IV-Nr. 18.46). Dementsprechend gab der Beschwerdeführer anlässlich des Intake-Gesprächs vom 17. Januar 2017 an, sein ehemaliger Vorgesetzter habe ihm im Dezember 2015 telefonisch mitgeteilt, er könne

wieder arbeiten, «wenn der Unfall fertig sei» (IV-Nr. 17 S. 3). Angesichts dieser Sachlage ergeben sich erhebliche Zweifel an einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses wegen der schlechten Wirtschaftslage, wie dies sowohl im Kündigungsschreiben als auch im Arbeitgeberfragebogen angegeben wurde. Vielmehr erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Auflösung des Arbeitsverhältnisses deswegen erfolgte, weil der Beschwerdeführer trotz attestierter vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit nicht bereit war, die Stelle am 4. Januar 2016 wieder anzutreten. Wie erwähnt, ist zur Bestimmung des Valideneinkommens entscheidend, was der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden tatsächlich an Einkommen erzielen würde (vgl. Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz. 3021). Somit ist zur Festsetzung des Valideneinkommens auf den bisherigen Verdienst des Beschwerdeführers bei der bisherigen Arbeitgeberin, der B.\_\_\_\_, abzustellen, da davon auszugehen ist, dass er ohne den Gesundheitsschaden dort weitergearbeitet hätte. Gemäss den vorliegenden Lohnabrechnungen erzielte der Beschwerdeführer bei seiner letzten Arbeitgeberin vor dem Unfall vom 11. September 2015 einen Bruttolohn von CHF 4'143.75 pro Monat (Stundenlohn von CHF 3'825.00 [170 Stunden à CHF 22.50] zuzüglich Ferienentschädigung von CHF 318.75 [8.33 %]; vgl. IV-Nr. 11 S. 5 und 14). Dies entspricht einem Jahreslohn von CHF 49'725.00. Nach Berücksichtigung der Teuerung (Schweizerischer Lohnindex, Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex Männer, Sektor 2 Produktion, Ziff. 10 bis 33 [Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren; 2015: 104.0, 2016:104.4]) ergäbe dies bei einem allfälligen Rentenbeginn im September 2016 ein Valideneinkommen von CHF 49'916.00 pro Jahr.

5.2 Da der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 11. September 2015 keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 heranzuziehen (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28a, S. 340 N 90). Nach den fachärztlichen Angaben besteht seit dem 4. Januar 2016 (E. II. 3.2 hiervor) ■ abgesehen von den jeweiligen Rekonvaleszenzzeiten nach den drei Schulteroperation ■ bzw. ab 1. September 2018 (E. II. 3.24 und 3.25) eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit. Damit ist der Beschwerdeführer in der Lage, ein Einkommen von CHF 5'340.00 pro Monat (vgl. LSE 2016, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer), d.h. ■ angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Stunden ■ ein solches von CHF 5'566.95 pro Monat bzw. CHF 66'803.00 pro Jahr zu erzielen.

5.3 Nach der Rechtsprechung ist von den Tabellenlöhnen der LSE gegebenenfalls ein Abzug vorzunehmen, wenn die versicherte Person ihre gesundheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mutmasslich nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.3 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 und 126 V 75 E. 5b/bb S. 80).

Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin gewährte bei der Festsetzung des Invalideneinkommens keinen leidensbedingten Abzug. Ob ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage, wobei die Bestimmung der Höhe einer solchen Reduktion vom kantonalen Gericht überprüft werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.4 und 8C\_68/2016 vom 3. März 2016 E. 4.3, je mit Hinweisen). Beim Beschwerdeführer liegen insoweit körperliche Einschränkungen vor, als stark schulterbelastende Tätigkeiten, insbesondere mit Überkopfarbeit, nicht möglich sind. Im Weiteren sollten monoton repetitive Arbeiten nur eingeschränkt erfolgen und beim Tragen und Heben sollte zu Beginn ein Gewicht von 5 bis 6 kg nicht überschritten werden. Einfachere, die Schultern nur wenig belastende Tätigkeiten bestehen in verschiedenen Bereichen des ausgeglichenen Arbeitsmarktes. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer dort eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit den erwähnten funktionellen Einschränkungen nur mit einer Lohneinbusse ausüben könnte. Ausserordentliche Umstände sind nicht ersichtlich. Es besteht daher kein Anlass, einen leidensbedingten Abzug vorzunehmen. Damit bleibt es bei einem Invalideneinkommen von CHF 66'803.00. Aus der Gegenüberstellung dieses Einkommens mit dem Valideneinkommen von CHF 49'916.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 0 %.

6. Was den Anspruch auf Integrationsmassnahmen (Art. 14a Abs. 1 IVG), konkret den Anspruch auf ein Belastbarkeits- bzw. Belastungstraining, angeht (vgl. E. II. 2 hiervoor), ist festzuhalten, dass der Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung im Sinne von Art. 14a Abs. 1 IVG eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nur im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Art. 6 erster Satz ATSG), sondern auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich (zweiter Satz) voraussetzt (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O, Art. 14a IVG, S. 182 Rz. 1 mit Hinweis auf BGE 137 V 1 E. 7 S. 9 ff.; vgl. E. II. 2.2 erster Absatz hiervoor). Art. 14a Abs. 1 IVG ist im Zusammenhang mit Art. 14a Abs. 2 IVG zu sehen, wonach als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit. a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit. b) gelten. Es geht darum, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Ist aber jemand in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine

Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Es gibt keinen Grund, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (BGE 137 V 1 E. 7.2.3 S. 12). Da der Beschwerdeführer in einer adaptierten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, erfüllt er nach dem Gesagten die Anspruchsvoraussetzungen des Art. 14a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 6 ATSG nicht. Daran ändern die infolge der Schulteroperationen auch für Verweistätigkeiten eingetretenen vorübergehenden vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeiten des Beschwerdeführers nichts.

7. Zum geltend gemachten Anspruch auf Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die Teilgehalte der Verhältnismässigkeit (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG), insbesondere die Notwendigkeit und die Geeignetheit, nicht erfüllt sind. Die fehlende berufliche Eingliederung im Sinne der Verwertung einer bestehenden Arbeitsfähigkeit ist nicht auf gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche zurückzuführen, weshalb die verlangte Arbeitsvermittlung nicht in die Zuständigkeit der IV, sondern gegebenenfalls in diejenige der Arbeitslosenversicherung fällt. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist einzig insoweit eingeschränkt, als ihm stark schulterbelastende Tätigkeiten, insbesondere mit Überkopfarbeit, nicht möglich sind und monoton repetitive Arbeiten nur eingeschränkt erfolgen sollten; ausserdem sollten am Anfang beim Heben und Tragen von Gewichten solche von 5 bis 6 kg nicht überschritten werden (IV-Nr. 50 S. 3). Eine zusätzliche spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art, welche es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung bedarf, ist beim Beschwerdeführer nicht ersichtlich (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 18 IVG, S. 215 Rz. 6; vgl. E. II. 2.3 hiervor).

8. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2019, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Für weitere medizinische und berufliche Abklärungsmassnahmen besteht nach dem Gesagten kein Anlass. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 6**

Dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. - unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im Weiteren stellt sie den Eventualantrag, die Sache sei zur Einholung eines orthopädischen Administrativgutachtens zurückzuweisen, falls das Gericht einen zusätzlichen medizinischen Abklärungsbedarf als notwendig erachten sollte (A.S. 17 f.).

2.3 Mit Verfügung vom 28. Mai 2019 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Manfred Lehmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 32 f.).

2.4 Mit Verfügung vom 25. Juni 2019 wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer auf das Einreichen einer Replik verzichtet hat (A.S. 34).

2.5 Am 9. Juli 2019 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 35 f.).

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2

Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf berufliche Massnahmen hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2019 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit

Hinweisen). 2. 2.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Laut Art. 8 Abs. 3 IVG bestehen die Eingliederungsmassnahmen u.a. in Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis ) und in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b).

2.2 Nach Art. 14a Abs. 1 IVG haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können. Laut Art. 14a Abs. 2 IVG gelten als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation (lit. a) sowie Beschäftigungsmassnahmen (lit. b). Integrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden, dürfen aber gesamthaft die Dauer von einem Jahr nicht übersteigen. Sie können in Ausnahmefällen um höchstens ein Jahr verlängert werden (Art. 14a Abs. 3 IVG). Laut Art. 4 quinquies Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) gelten als Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation Massnahmen zur Gewöhnung an den Arbeitsprozess, zur Förderung der Arbeitsmotivation, zur Stabilisierung der Persönlichkeit und zum Einüben sozialer Grundfähigkeiten. Massnahmen der sozialberuflichen Rehabilitation umfassen u.a. ein Belastbarkeits- sowie ein Aufbautraining, wobei die Dauer und der Inhalt gemäss individuellem Eingliederungsplan/Zielvereinbarung festgelegt werden (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die Integrationsmassnahmen [KSIM], gültig ab 1. Januar 2012, Stand: 1. Januar 2019, Rz. 1010, 1010.1 und 1010.2).

2.3 Gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG haben arbeitsunfähige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit. a) und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit. b). Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind (Art. 18 Abs. 2 IVG). Seit der 5. IV-Revision (2008) steht der Anspruch auf Arbeitsvermittlung nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut nunmehr schon den arbeitsunfähigen Versicherten zu, wobei das Gesetz auf Art. 6 ATSG verweist. Daraus ergibt sich dreierlei: Zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung genügt der Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit; sie muss sich nicht zur Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) oder gar zur Invalidität (Art. 8 ATSG) verdichtet haben; insofern ist der Arbeitsvermittlungsanspruch gegenüber der IV von der sonst grundsätzlich verlangten Voraussetzung der (leistungsspezifischen) Invalidität losgelöst worden. Entsprechend der Legaldefinition von Art. 6 ATSG wird auch eine teilweise Arbeitsunfähigkeit genügen; doch darf sie nicht bloss vorübergehender Natur, sondern sie hat quantitativ, qualitativ und zeitlich so beschaffen zu sein, dass sie den Versicherten bei der Arbeitssuche erheblich behindert. Deshalb wird insofern die bisher ergangene Rechtsprechung weiterhin mitzubehalten sein. Wie schon bisher braucht es die Eingliederungsfähigkeit des

Versicherten, d.h. seine objektive Möglichkeit und subjektive Bereitschaft, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden. Bedarf es somit für den Arbeitsvermittlungsanspruch weder der Invalidität noch überhaupt eines Mindestinvaliditätsgrades, müssen die Teilhalte der Verhältnismässigkeit (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG), insbesondere die Notwendigkeit und die Geeignetheit, erfüllt sein. Ist die fehlende berufliche Eingliederung im Sinne der Verwertung einer bestehenden Arbeitsfähigkeit nicht auf gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche zurückzuführen, fällt die Arbeitsvermittlung auch weiterhin nicht in die Zuständigkeit der IV, sondern gegebenenfalls in den Bereich der ALV. Ist die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit eingeschränkt, als dem Versicherten leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind, bedarf es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zusätzlich einer spezifischen Einschränkung gesundheitlicher Art. Daran ist nach Inkrafttreten der 4. und 5. IV-Revision festgehalten worden (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 18 IVG S. 215 f. Rz. 3 ff.). Die leistungsspezifische Invalidität des Anspruchs liegt vor, wenn die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft z.B. zu, wenn wegen Stummheit oder mangelnder Mobilität kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen des Versicherten erläutert werden müssen (z.B. welche Tätigkeiten trotz Sehbehinderung erledigt werden können), damit der Behinderte überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten. Es genügt nicht, dass dem Versicherten die Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen gekündigt worden ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2 und 9C\_142/2015 vom 5. Juni 2015 E. 4.3, je mit Hinweisen; Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art [KSBE], gültig ab 1. Januar 2014, Stand: 1. Januar 2019, Rz. 5005).

2.4 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.).

3. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe darauf verzichtet, Verweistätigkeiten zu benennen, angesichts seines unbestrittenen Gesundheitsschadens an den Schultern ein Belastungsprofil zu benennen und anschliessend einen Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. Beschwerde, S. 10 ff. Rz. 17 ff [A.S.10 ff.]). Zunächst ist im Folgenden der

medizinische Sachverhalt darzulegen: 3.1 Im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (), vom 20. Oktober 2015 wurde beim Beschwerdeführer folgende Diagnose gestellt: «Plantarfasciitis bds. mit Achillodynie auf der linken Seite». Im Weiteren wurde zur Anamnese angegeben, der Patient habe am 11. September 2015 als Fussgänger einen Verkehrsunfall erlitten. Ein Auto habe ihn seitlich angefahren, sodass er gestürzt sei. Seither klage er über Schmerzen in beiden Füßen. Eine radiologische Kontrolle habe keine knöcherne Verletzung gezeigt. Der Patient klage über Schmerzen mehr links als rechts. Eine Schwellung sei nicht vorhanden. Zum Procedere wurde vermerkt, bei den Beschwerden handle es sich am ehesten um eine Plantarfasciitis (Entzündung der Sehnenplatte der Fusssohle) bds. mit Achillodynie (Schmerzsyndrom der Achillessehne) auf der linken Seite. Der Patient erhalte eine Serie Physiotherapie mit Dehnungsübungen sowie analgetischen Massnahmen (IV-Nr. 12.7 S. 9).

3.2 Dr. med. E.\_\_\_\_ attestierte in ihrem Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 1. Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % vom 7. bis 13. Dezember 2015, eine solche von 50 % vom 14. Dezember 2015 bis 3. Januar 2016 und eine vollständige Arbeitsfähigkeit ab 4. Januar 2016 (IV-Nr. 18.50 S. 2).

3.3 Dem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (), vom 14. Februar 2016 kann folgende Diagnose entnommen werden: «Unklare posttraumatische Schulterbeschwerden rechts, DD Nervus suprascapularis, cervikogen». Im Weiteren wurde ausgeführt, aufgrund persistierender Schulterbeschwerden rechts sei eine MRI-Untersuchung veranlasst worden. Hier zeigten sich keine wesentlichen Auffälligkeiten, insbesondere könne eine relevante Rotatorenmanschettenläsion ausgeschlossen werden. Bei der klinischen Untersuchung gebe der Patient an, dass der Hauptschmerz dorsal im Bereich der Schulter mit Ausstrahlung nach lateral lokalisiert sei. In der Belastung verspüre er wenig Beschwerden, zu Schmerzen komme es dann aber am Abend und vor allem nachts. Ohne Belastung seien die Beschwerden weniger stark ausgeprägt. Aus schulterorthopädischer Sicht einzig auffällig sei ein Druckschmerz im Bereich des musculus supraspinatus. Aktuell sei eine subakromiale Infiltration, auch zu Testzwecken, durchgeführt worden. Bis zu einem weiteren Kontrolltermin gelte als Lackierer vorläufig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 12.7 S. 26).

3.4 Aus dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (), vom 17. Februar 2016 gehen folgende Diagnosen hervor: «Unklare posttraumatische Schulterbeschwerden rechts, DD Nervus suprascapularis, cervikogen, Unfall am 11.9.2015, aktivierte AC-Gelenks-Degeneration rechts und beginnende Impingement-Symptomatik subakromial, unauffällige Rotatorenmanschette und Bizepssehne in der Ultraschalluntersuchung vom 17.02.2016, cervicospondylogene Schmerzsymptomatik ohne Hinweis auf radikuläre Beteiligung rechts, Plantarfasciitis bds. mit Achillodynie auf der linken Seite». Zum Verlauf wurde angegeben, seit dem Unfall im September 2015 bestehe ein Schulter- und Nackenschmerz, der immer vorhanden sei und teilweise bei bestimmten Bewegungen vermehrt auftrete. Auch ein Ruheschmerz werde beschrieben. Gefühls- oder Kraftstörungen seien verneint worden. Zur Beurteilung wurde angegeben, entsprechend der Untersuchung und Bildgebung stehe ein aktiviertes AC-Gelenk rechts im Vordergrund, das von einer beginnenden Impingement-Symptomatik subakromial begleitet werde. Der akromioklavikuläre Abstand werde im Seitenvergleich ohne Unterschied gemessen und eine Instabilität könne nicht nachgewiesen werden. Gleichzeitig bestehe eine cervico-spondylogene Symptomatik mit leichter Ausstrahlung, jedoch ohne Hinweis auf

eine Radikulopathie. Nach der ultraschallgesteuerten Infiltration in das Akromioklavikulargelenk rechts werde eine deutliche Beschwerdereduktion angegeben und der weitere Verlauf müsse abgewartet werden (IV-Nr. 12.7 S. 22 f.). 3.5 In der ärztlichen Beurteilung des Suva-Kreisarztes Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Mitglied FMH, vom 19. Februar 2016 wurde dargelegt, aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation und der durchgeführten bildgebenden Abklärungen seien infolge des Ereignisses vom 11. September 2015 keine strukturell objektivierbaren unfallbedingten Veränderungen im Bereich der Fussgelenke rechts und links bzw. im Bereich der rechten Schulter ersichtlich. Beim fraglichen Ereignis habe der Versicherte eine Schulterkontusion rechts sowie eine Kontusion des rechten Unterschenkels erlitten. Diesbezüglich sei auf das Arztzeugnis von Dr. med. H. \_\_\_\_, vom 29. Oktober 2015 zu verweisen. Strukturell objektivierbare unfallbedingte Veränderungen seien nicht vorhanden. Die Folgen einer einfachen Kontusion ohne strukturelle Läsionen seien in der Regel nach 6 Wochen abgeheilt, spätestens nach 3 Monaten. Aktuell, 5 Monate nach dem Ereignis, könne man davon ausgehen, dass Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild des Versicherten keine Rolle mehr spielten (IV-Nr. 18.31 S. 1 f.). 3.6 Laut dem Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_, vom 21. April 2016 persistierten beim Patienten weiterhin Beschwerden über dem AC-Gelenk mit Ausstrahlung in den dorsalen Schultergürtel. Nach einer Infiltration in das AC-Gelenk sei er für 2 Tage beschwerdefrei gewesen. Eine Infiltration des Nervus suprascapularis habe zu einer Beschwerdelinderung für etwa knapp 20 Stunden geführt. In der Zusammenschau der Befunde müsse davon ausgegangen werden, dass ein zumindest nicht unerheblicher Teil der Beschwerden auf eine Traumatisierung des AC-Gelenks zurückzuführen sei. Da unter konservativen Therapiemassnahmen die Beschwerdesituation in den letzten 6 Monaten nicht habe gebessert werden können, sei mit dem Patienten vereinbart worden, eine Arthroskopie der Schulter mit AC-Gelenksteilresektion und Acromioplastik durchzuführen. Wunschgemäss finde der Eingriff am 2. Mai 2016 in der [...] Klinik statt (IV-Nr. 12.7 S. 20 f.). 3.7 Gemäss dem Operationsbericht von Dr. med. C. \_\_\_\_, zu Händen des Hausarztes vom 3. Mai 2016 wurde der Beschwerdeführer am 2. Mai 2016 an der rechten Schulter operiert (1. Arthroskopie Schulter rechts mit Akromioplastik und ACG-Arthrose; 2. Offene, extraartikuläre Bizepsstenodese [2x Mitek GII]; IV-Nr. 18.14). 3.8 In seinem Bericht vom 14. September 2016 stellte Dr. med. C. \_\_\_\_, folgende Diagnosen: «St.n. Arthroskopie Schulter rechts mit Akromioplastik und ACG-Teilresektion, 2. Offene, extraartikuläre Bizepsstenodese (2x Mitek GII) vom 2.05.2016 bei posttraumatischem Impingement Schulter rechts mit/bei Pulley-Läsion und aktivierte ACG-Arthrose». Es wurde ausgeführt, gut 4 Monate nach der Operation bestehe ein noch etwas zögerlicher Verlauf, auch wenn der Patient in den letzten 2 Monaten gute Fortschritte habe machen können. Es bestehe noch eine Bewegungseinschränkung, Schmerzen seien insbesondere bei Bewegungen über der Horizontalen aufgetreten. Die Schmerzen, wie sie vor der Operation bestanden hätten, seien allerdings nicht mehr vorhanden. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine reizfreie Schulter mit unauffälligen Narbenverhältnissen. Die aktive Beweglichkeit sei noch eingeschränkt. Auch passiv glenohumeral zeige sich noch ein Bewegungsdefizit als Zeichen der residuellen postoperativen Frozen Shoulder. Mit dem Patienten sei besprochen worden, die Physiotherapie und das Heimprogramm mit dem Thera-Band weiterzuführen. Als Autolackierer bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; wahrscheinlich könne die Arbeit ab Januar 2017 wieder aufgenommen werden (IV-Nr. 12.7 S. 24 f.). 3.9 Der Hausarzt, Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, gab in seinem Bericht zu

Handen der Krankentaggeldversichererin () vom 21. September 2016 an, die ärztliche Behandlung habe am 11. September 2015 begonnen. Der Patient beklage Schmerzen im Bereich des rechten Unterschenkels mit Druckdolenz im Bereich des Fibulaköpfchens sowie auf fibularer Seite im Bereich des rechten Sprunggelenks. Am 14. September 2015 seien die Schmerzen im Bereich des Fibulaköpfchens besser gewesen, der Patient klage aber über Schmerzen in der rechten Ferse sowie im Vorfuss plantar rechts. Am 18. September 2015 seien Schmerzen im Bereich der rechten Schulter aufgetreten. Der Patient habe angegeben, beim Sturz nach dem Aufprall sich auch an der rechten Schulter verletzt zu haben. Die Schulterschmerzen seien aber anfänglich nicht im Vordergrund gestanden. Am 22. September 2015 seien auch Schmerzen im linken Fuss plantar aufgetreten. Es seien die Diagnosen einer Kontusion des rechten Unterschenkels sowie von Schulterschmerzen nach einem Sturz am 11. September 2015 zu stellen. Es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. September 2015 bestanden; die letzte Konsultation sei am 25. September 2015 erfolgt (IV-Nr. 12.7 S. 16 ff.). 3.10 Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. April 2017 einen «persistierenden Reizzustand AC-Gelenk Schulter rechts bei St.n. Arthroskopie Schulter rechts mit Akromioplastik und ACG-Teilresektion, 2. Offene, extraartikuläre Bizepsstenodese (2x Mitek GII) vom 02.05.2016 bei posttraumatischem Impingement Schulter rechts mit/bei Pulley-Läsion und aktivierte ACG-Arthrose». Im Weiteren gab er an, beim Patienten persistierten relativ streng über dem Schultergelenk lokalisierte Schmerzen. Ein Belastungsaufbau sei nicht möglich. Es sei eine MRI-Untersuchung veranlasst worden. Hier zeige sich eine Flüssigkeitskolektion im Bereich des AC-Gelenks und eine leichte Bursitis subacromialis, die Bizepsstenodese sei intakt. Am 22. März 2017 sei eine Testinfiltration in das AC-Gelenk durchgeführt worden, der Patient sei für 3 Stunden praktisch beschwerdefrei gewesen. In Anbetracht der persistierenden Beschwerden, des MR-tomographischen Befundes einer persistierenden Reizung im AC-Gelenk und des positiven Ansprechens auf die Testinfiltration sei mit dem Patienten vereinbart worden, einen Revisionseingriff an der Schulter mit Débridement und Nachresektion des AC-Gelenks (laterale Clavicula und Akromion) durchzuführen. Wunschgemäss finde der Eingriff am 8. Mai 2017 in der [...] Klinik statt (IV-Nr. 28 S. 7 f.). 3.11 Am 8. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. C.\_\_\_\_ erneut an der rechten Schulter operiert (Offene Nachresektion, Débridement und Biopsieentnahme AC-Gelenk Schulter rechts; IV-Nr. 28 S. 5 f.). 3.12 In seinem Arztbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 31. Mai 2017 attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 1. Januar 2016 bis auf weiteres. Im Weiteren gab er an, der Gesundheitszustand sei zur Zeit stationär und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Ergänzende medizinische Abklärungen seien dagegen nicht erforderlich (IV-Nr. 28 S. 1 ff.). 3.13 Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Juni 2017 einen «St. n. offener Nachresektion, Débridement und Biopsieentnahme AC-Gelenk Schulter rechts am 08.05.2017 bei persistierendem Reizzustand AC-Gelenk Schulter rechts bei St. n. Arthroskopie Schulter rechts mit Akromioplastik und ACG-Teilresektion, 2. offener, extraartikulärer Bizepsstenodese (2x Mitek GII) vom 02.05.2016 bei posttraumatischem Impingement Schulter rechts mit/bei Pulley-Läsion und aktivierter ACG-Arthrose». Im Weiteren hielt er fest, der Patient stelle sich für eine klinische Verlaufskontrolle nach vorerwähnten Revisionseingriffen der rechten Schulter vor 6 Wochen vor. Seit dem Eingriff sei insgesamt eine Besserung der Beschwerdesituation eingetreten. Inzwischen bestünden fast wieder eine freie

Gelenksbeweglichkeit und Schmerzen noch auf Druck sowie auf Zug nach distal. Unter etwas vermehrter Belastung bestünden muskuläre Schmerzen. Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich reizfreie Narbenverhältnisse. Endgradig bestehe nur noch eine leichte Einschränkung der aktiven Schultergelenksbeweglichkeit. Auch die passive glenohumerale Beweglichkeit sei nicht wesentlich eingeschränkt. Über dem AC-Gelenk bestehe kein Druckschmerz mehr. Dagegen lasse sich ein leichter Druckschmerz im Bereich des proximalen Sulcus bicipitalis auslösen. Es bestehe eine regelrechte Kraftübertragung der Rotatorenmanschettentestung. Die Physiotherapie sei weiterzuführen und es sei ein langsamer Belastungsaufbau anzustreben. Als Autolackierer bestehe sicherlich bis Ende August 2017 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zu erwähnen sei, dass in einer Biopsie ein Propionibacterium acnes nachweisbar gewesen sei, intraoperativ hätten sich jedoch keinerlei Hinweise für einen Infekt ergeben, möglicherweise handle es sich bei diesem Befund um eine Kontamination (IV-Nr. 29). 3.14 Laut dem Bericht von Dr. med. C. \_\_\_ vom 28. September 2017 sei in den letzten Wochen eine weitere langsame Besserung der Beschwerden erfolgt. Im Vergleich zu präoperativ bestehe zwar eine verbesserte Beschwerdesituation, normale Bewegungen seien inzwischen ohne Schmerzen durchführbar, unter Belastung komme es aber immer noch zu punktförmigen Schmerzen anterolateral und posterolateral an der Schulter. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich nur eine endgradig leichte Einschränkung der aktiven Schultergelenksbeweglichkeit, vor allem der Schürzengriff sei betroffen. Hinweise für eine relevante Kapselsteife bei nahezu freier passiver gleno-humeraler Gelenksbeweglichkeit bestünden nicht. Die Kraftübertragung bei der Rotatorenmanschettentestung sei regelrecht, beim Jobe-Test könne ein Schmerz anterolateral provoziert werden. Über dem AC-Gelenk bestehe kein Druckschmerz mehr, ebenso wenig über dem Sulcus bicipitalis, dagegen über den ventralen Anteilen des Tuberculum majus. Mit dem Patienten sei besprochen worden, dass er seine Arbeit in seiner letzten Berufstätigkeit als Plattenleger und Lackierer zu 50 % versuchsweise wieder aufnehme; falls dies gut toleriert werde, könne die Arbeitsfähigkeit ab Dezember 2017 auf 100 % gesteigert werden (IV-Nr. 34 S. 5 f.). 3.15 Mit Arztbericht zur Hand der Beschwerdegegnerin vom 8. Oktober 2017 attestierte Dr. med. C. \_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 1. Januar 2016 bis 30. September 2017. Der Gesundheitszustand sei langsam besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen (Physiotherapie) verbessert werden und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht notwendig. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht gab er an, schulterbelastende Tätigkeiten vor allem über Kopf seien nicht durchführbar. Es bestehe eine Einschränkung bei monoton-repetitiven Tätigkeiten. Der Versuch einer Arbeitsaufnahme als Plattenleger bzw. Lackierer zu 50 % ab 1. Oktober 2017 sei zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer seien sämtliche nicht-schulterbelastenden Tätigkeiten ohne verminderte Leistungsfähigkeit zuzumuten (IV-Nr. 34 S. 1 ff.). 3.16 Dr. med. I. \_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, hielt in seinem Bericht zu Hand der Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2017 fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai 2016 bis 31. Oktober 2017. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Massnahmen und eine ergänzende medizinische Abklärung seien nicht angezeigt. Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient sei Ende September 2017 beim Orthopäden zur Nachkontrolle gewesen. Er habe versucht, als Plattenleger zu 50 % zu arbeiten. Er habe den

Arbeitsversuch wegen Schmerzen jedoch unterbrechen müssen. Es bestünden Schmerzen in der linken Schulter und eine eingeschränkte Innenrotation der Schulter links mit Schürzengriff LWK 5. Die Physiotherapie sei weiterzuführen. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei zumutbar, aktuell mit einem reduzierten Pensum von bis zu 4 Stunden pro Tag. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Der linke Arm könne mit maximal 5 kg in den nächsten Wochen nur beschränkt belastet werden. Der Patient finde langsam wieder zur normalen Belastung bei der Arbeit. Andere leichte Tätigkeiten mit einer Gewichtslimitation bis gegen 5 kg seien ebenfalls zuzumuten. Das Tagespensum sei langsam zu steigern; aktuell bestehe ein zumutbares Pensum von ca. 50 %. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit bezüglich des Hebens von Lasten (IV-Nr. 35 S. 1 ff.). 3.17 Vom 1. bis 5. Januar 2018 war der Beschwerdeführer im J. \_\_\_\_, Medizinische Klinik, hospitalisiert, wobei folgende Hauptdiagnosen gestellt wurden: «Lumbovertebrales Schmerzsyndrom links, Röntgen-Becken/LWS: keine ossäre Läsion, konservative Schmerztherapie». Unter dem Titel «Beurteilung/Verlauf» wurde angegeben, die notfallmässige Vorstellung des Patienten sei aufgrund einer immobilisierenden progredienten Lumboischialgie seit dem Vortag erfolgt. Anamnestisch leide er bereits seit einer Woche unter Rückenschmerzen und habe sich deshalb auch bereits hausärztlich vorgestellt. Es sei eine symptomatische Therapie mit Naproxen und Tizanidin begonnen worden, jedoch sei es hierunter zu keiner Linderung gekommen. Anamnestisch seien die Beschwerden vor allem bei Bewegungen progredient. In Ruhe sei er fast beschwerdefrei. Sonstige Beschwerden, insbesondere Stuhl- und Urinunregelmässigkeiten sowie Fieber seien vom Patienten verneint worden. Der Patient habe sich bei Aufnahme kardiopulmonal stabil in einem schmerzgeplagten reduzierten Allgemeinzustand präsentiert. Klinisch habe man eine Druckdolenz paravertebral links im LWS-Bereich gefunden, jedoch habe sich der weitere neurologische Status unauffällig gezeigt. Konventionell-radiologisch im Röntgen-Becken sowie der LWS habe man keine ossären Läsionen gefunden. Laboranalytisch habe man einen unauffälligen Befund ohne erhöhte Entzündungsparameter gefunden. Es sei eine stationäre Aufnahme des Patienten zur Schmerzeinstellung erfolgt. Im weiteren Verlauf habe sich beim Patienten unter täglicher Physiotherapie sowie einer ausgebauten Analgesie mit Ibuprofen, Oxycodon und einer erhöhten Dosis von Tizanidin eine Besserung der Beschwerdesymptomatik gezeigt. Ein Therapieversuch mittels Prednisonstosstherapie habe keine subjektive Besserung ergeben. Aufgrund fehlender sensomotorischer Ausfälle habe man sich aktuell gegen eine weitere Bildgebung mittels MRT entschieden. Auf zusätzlichen Wunsch des Patienten sei am 5. Januar 2018 die Entlassung in eine weitere ambulante Betreuung des noch schmerzgeplagten Patienten erfolgt (Bericht vom 4. Januar 2018, IV-Nr. 38 S. 9 ff.). 3.18 In seinem Arztbericht vom 9. Februar 2018 hielt Dr. med. C. \_\_\_\_ fest, ein Versuch zur Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % sei gescheitert. Nach 4 Tagen sei es zu starken Schulterschmerzen gekommen, sodass der Arbeitsversuch habe abgebrochen werden müssen. Seitdem bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Patient beschreibe recht punktförmige Schmerzen anterolateral an der Schulter unter Belastung. Zu Beschwerden komme es bei Überkopftätigkeiten, beim Anheben von Gegenständen über 5 kg und bei monoton-repetitiven Arbeiten. Der Patient nehme regelmässig Vimovo-Tabletten zur Analgesie ein. Bei der klinischen Untersuchung habe sich endgradig eine mässige Einschränkung der aktiven Schultergelenksbeweglichkeit in der Abduktion und Innenrotation beim Schürzengriff gezeigt. Die passive gleno-humerale Gelenksbeweglichkeit sei praktisch frei gewesen. Die Kraftübertragung bei der

Rotatorenmanschetten-Testung in Abduktion, Aussen- und Innenrotation sei regelrecht gewesen. Beim Jobe-Test habe der Schmerz anterolateral provoziert werden können. Ebenso bestehe ein lokaler Druckschmerz. Über dem AC-Gelenk habe keinerlei Klinik mehr bestanden. Zur Beurteilung wurde angegeben, beim Patienten persistierten lokale Reizerscheinungen im Bereich der Bizepsstenodese und des ventralen Ansatzes der Supraspinatussehne. Unter Physiotherapie könne keine signifikante Beschwerdelinderung erzielt werden. Operative Massnahmen machten keinen Sinn. Die Frage sei, ob der Patient in seiner schulterbelastenden Tätigkeit als Lackierer und Plattenleger wieder werde zurückkehren können. Es werde empfohlen, Massnahmen zur Umschulung zu evaluieren (IV-Nr. 36).

3.19 Dr. med. C.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 15. März 2018 dahingehend, der Patient stelle sich mit einem in seinem Heimatland [...] durchgeführten MRI der Schulter vor. In den letzten Wochen sei es wieder zu einer Zunahme der Schmerzen gekommen. Die Schmerzen seien streng lateral an der Schulter lokalisiert worden und träten bei nahezu sämtlichen Bewegungen und kleinsten Belastungen auf. Im MRI zeige sich lediglich eine gewisse Signalalteration im Bereich des vorderen Labrums, was vom Radiologen als Einriss des Labrums beurteilt werde. Es handle sich jedoch nicht um einen therapiebedürftigen Defekt. Auch die klinische Untersuchung sei nicht wegweisend. Der Patient dränge auf eine Operation. Er, Dr. med. C.\_\_\_\_, sei eher skeptisch, ob eine Operation dem Patienten wirklich helfe, zumal nicht klar sei, worauf die Beschwerden des Patienten zurückzuführen seien. Es sei mit ihm vereinbart worden, ihn für eine Zweitmeinung an Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt des J.\_\_\_\_, zu überweisen (IV-Nr. 38 S. 7 ff.).

3.20 Im Bericht des J.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie (Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt), vom 23. März 2018 wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt: «1. Schulterkontusion/Distorsionstrauma rechts, Unfall vom 11.09.2015 (von PKW angefahren); 2. St.n. Arthroskopie Schulter rechts, Acromioplastik, AC-Gelenksteilresektion, offene extrakapsuläre extraartikuläre Bizepsstenodese mit 2x Mitek GII, Dr. C.\_\_\_\_ vom 02.05.2016; 3. Offene Nachresektion und Biopsie-Entnahme im AC-Gelenk Schulter rechts vom 08.05.2017; 4. Restbeschwerden laterale und anterolaterale Schultern». Unter dem Titel «Procedere/Vorschlag» wurde angegeben, es sei keine Besserung der Symptomatik durch die Operation eingetreten. Es bestünden unveränderte Beschwerden, die Arbeitsfähigkeit habe nicht gesteigert werden können. Die Bildgebung sei unauffällig. Klinisch zeige sich keine Steifigkeit, lediglich eine Impingementsymptomatik. Es bestehe ein möglicher Verdacht auf einen Low Grade-Infekt bei zwei durchgeführten Schulteroperationen. Es seien unverändert Beschwerden vorhanden. Die Schmerzen bestünden Tag und Nacht. Es sei ein Druckschmerz auch im Bereich der lateralen/anterolateralen Schulter vorhanden. Es sei suspekt, ob eine Pathologie im Bereich der Bizepsstenodese bestehe. Es werde vorgeschlagen, eine Re-Arthroskopie ohne präoperative Antibiotikagabe durchzuführen. Im Weiteren hätten Biopsien intraartikulär sowie ein subacromiales Débridement zu erfolgen (was vom Voroperateur selbstverständlich schon durchgeführt worden sei). Die Bizepsstenodese sei darzustellen. Hier habe ein entsprechendes Débridement und ein Lösen der Bizepssehne aus der Tenodese mit dem Ziel einer Bizepsotomie zu erfolgen. Bei der langen, bis jetzt bestehenden Arbeitsunfähigkeit sollte die IV eingeschaltet werden. Umschulungsmassnahmen auf eine weniger belastende Tätigkeit müssten diskutiert werden. Für Dr. med. C.\_\_\_\_ sei es in Ordnung, wenn der Eingriff im J.\_\_\_\_ durchgeführt werde (IV-Nr. 38 S. 5 f.).

3.21 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztbericht vom 28. März 2018 fest, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für den gesamten Arbeitsbereich

vom 1. November 2017 bis 31. März 2018. Die Prognose sei zurzeit mässig bis schlecht. Aktuell seien die Beschwerden so, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht möglich sei. Die Schulterschmerzen mit stark schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit dürften das Autofahren deutlich erschweren. Auch im Haushalt sei der Patient ziemlich eingeschränkt, vor allem bei Dauerleistungen (IV-Nr. 38 S. 1 ff.). 3.22 Am 10. April 2018 trat der Beschwerdeführer in die Klinik für Orthopädie und Traumatologie des J.\_\_\_\_ ein, wobei er dort ein drittes Mal an der rechten Schulter operiert wurde (IV-Nr. 39 S. 5 ff.). Dem Bericht des J.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2018 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Status nach Schulterkontusion/Distorsionstrauma rechts, Unfall vom 11.09.2015 (von PKW angefahren); Status nach offener Nachresektion und Biopsieentnahme im AC-Gelenk Schulter rechts vom 08.05.2017; Status nach Arthroskopie Schulter rechts, Acromioplastik, AC-Gelenksteilresektion, offene extrakapsuläre extraartikuläre Bizepsstenodese mit 2x Mitek GII, Dr. C.\_\_\_\_ vom 02.05.2016; Schulterarthroskopie rechts, intraartikuläre Beurteilung, Biopsieentnahme intraartikulär und subacromial, subacromiales Débridement und Narbenlösung sowie Bicepsstenotomie vom 10.04.2018». Im Weiteren wurde ausgeführt, der Patient berichte, dass nach wie vor Schmerzen im Bereich der rechten Schulter bestünden. Gestern habe er im Fitnessstudio trainiert, danach seien die Schmerzen wieder stärker geworden. In einer von sieben intraoperativ entnommenen Proben (subacromial) zeige sich ein geringgradiges Wachstum von Propionibacterium acnes. Dem Patienten sei Physiotherapie verordnet worden und es werde gegebenenfalls eine Antibiotikatherapie begonnen (IV-Nr. 45 S. 3 f.). 3.23 Dr. med. K.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 20. Juni 2018 an, es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit der Revisionsoperation vom 8. Mai 2017. Bei Verdacht auf einen Low grade-Infekt bei steifer Schulter sei eine Schulter-Arthroskopie mit Biopsie durchgeführt worden. Der Patient sei noch in infektiologischer Beurteilung aufgrund einer positiven Probe von Propionibacterium acnes. Eine mögliche Infektbehandlung habe einen Einfluss auf die Heilungszeit. Der weitere Verlauf müsse abgewartet werden (IV-Nr. 45 S. 1 f.). 3.24 Im Bericht des J.\_\_\_\_ (Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt; L.\_\_\_\_, Assistenzärztin) vom 29. August 2018 wird dargelegt, der Patient berichte im Vergleich zur Voruntersuchung vor zwei Monaten über keinerlei Beschwerdebesserung. Er klage immer noch über belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter. Liegen auf der rechten Seite sei aufgrund der Schmerzen nicht möglich. Die Beweglichkeit, insbesondere die Abduktion und die Innenrotation, sei weiterhin eingeschränkt. Der Patient arbeite als Autolackierer und sei bis zum aktuellen Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig. Die operativen Therapiemöglichkeiten seien bereits voll ausgeschöpft worden. Eine weitere Verbesserung durch eine erneute Operation sei nicht zu erwarten. Der Status vor dem Unfall sei nicht mehr zu erreichen. Es werde deshalb empfohlen, die Tätigkeiten im privaten sowie beruflichen Alltag den Einschränkungen entsprechend anzupassen. Eine volle Arbeitsfähigkeit sei ab dem 1. September 2018 wieder gegeben. Die Nachbehandlung werde abgeschlossen (IV-Nr. 46 S. 6 f.). 3.25 Der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, vom 29. Oktober 2018 kann Folgendes entnommen werden: Ab dem Unfall vom 11. September 2015 bis zum 6. Dezember 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden, dann bis zum 13. Dezember 2015 eine solche von 75 % und anschliessend bis zum 3. Januar 2016 eine solche von 50 %. Ab dem 4. Januar 2016 habe eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit (sämtliche nicht-schulterbelastenden Tätigkeiten durchführbar, schulterbelastende Tätigkeit vor allem über Kopf nicht durchführbar, keine monoton-repetitiven Tätigkeiten, Heben und Tragen

bis 5 kg) bis zum 30. April 2017 bestanden, also kurz vor der zweiten Operation vom 8. Mai 2017. Wegen dieser Operation sei der Versicherte erneut vom 1. Mai bis 30. September 2017 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ein Arbeitsversuch mit 50%-Pensum im angestammten Beruf als Plattenleger und Hilfslackierer ab 1. Oktober 2017 habe wegen Schmerzen nach 4 Tagen abgebrochen werden müssen. Für alle nicht schulterbelastenden Verweistätigkeiten habe aber vom 1. Oktober 2017 bis zur dritten Schulteroperation vom 10. April 2018 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden. Ab dieser Operation sei zur Rekonvaleszenz erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 31. August 2018 attestiert worden. Seither bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Verweistätigkeit. Zusammenfassend habe ab 4. Januar 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit bestanden, abgesehen von den jeweiligen Rekonvaleszenzzeiten nach den drei Schulteroperationen. Der RAD-Arzt hielt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Adhäsionen mit Restbeschwerden laterale und anterolaterale Schulter rechts mit/bei Status nach Schulterkontusion/Distorsionstrauma rechts, Unfall vom 11.09.2015 (von PKW angefahren), Status nach Arthroskopie Schulter rechts, Acromioplastik, AC-Gelenksteilresektion, offene extrakapsuläre extraartikuläre Bizepsstenodese vom 02.05.2016, Status nach offener Nachresektion und Biopsieentnahme im AC-Gelenk Schulter rechts vom 08.05.2017, Schulterarthroskopie rechts, intraartikuläre Beurteilung, Biopsieentnahme intraartikulär und subacromial, subacromiales Débridement und Narbenlösung sowie Bizepsstenotomie vom 10.04.2018». Zur Arbeitsfähigkeit hielt der RAD-Arzt fest, es bestehe eine Einschränkung der Beweglichkeit bei Seitwärtshebung (möglich bis 120 Grad) und bei Innendrehung des Arms, sowie ein Defizit bei Aussendrehung im Vergleich zur Gegenseite von ca. 20 Grad. Das Arbeitsplatzprofil im zuletzt ausgeübten Beruf als Hilfslackierer entspreche nicht mehr dem Zumutbarkeitsprofil des Versicherten. Stark schulterbelastende Tätigkeiten, insbesondere mit Überkopparbeit, seien nicht möglich. Monoton repetitive Arbeiten sollten nur eingeschränkt erfolgen. Beim Tragen und Heben sollten anfangs 5 bis 6 kg nicht überschritten werden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 4. Januar 2016. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 50 S. 2 ff.). 4.

## **E. 9**

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

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 28. Mai 2019; A.S. 32 f.). 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). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat mit Eingabe vom 9. Juli 2019 eine Kostennote eingereicht. Darin macht er einen Zeitaufwand von 7.25 Stunden sowie Auslagen von insgesamt CHF 12.00 geltend, was nicht zu beanstanden ist. Der Stundenansatz beträgt gestützt auf § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'418.40 (Honorar von CHF 1'305.00 zuzüglich Auslagen von CHF 12.00 und MwSt [7.7 %] von CHF 101.40). 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 Nachzahlung in der Lage ist

(Art. 123 ZPO).

9.3 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, 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 Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Manfred Lehmann wird auf CHF 1'418.40 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

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

Schmidhauser

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