

SO_GERICHTE VSBES.2019.96 vom 10. Februar 2020

SO Obergericht, 2020-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.96_d20200210

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.96 du 10 février 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.96 del 10 febbraio 2020

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 2

2.1 Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Zuschrift vom 27. März 2019 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 7 ff.):

Gleichzeitig reicht der Beschwerdeführer am 27. März 2019 ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Beschwerdeverfahren ein (A.S. 21 ff.).

2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine ausführliche Stellungnahme verzichtet (A.S. 30).

3. Mit Beschluss vom 11. Juni 2019 schreibt das Versicherungsgericht das betreffend Rechtsverweigerung (Ziffer 1 des Rechtsbegehrens gemäss Beschwerde vom 27. März 2019; vgl. E. I. 2.1 hievor) separat geführte Verfahren VSBES.2019.91 als gegenstandslos geworden von der Geschäftskontrolle des Versicherungsgerichts ab, nachdem die Beschwerdegegnerin den vom Beschwerdeführer verlangten Entscheid am 4. April 2019 erlassen habe. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. Das am 27. März 2019 gestellte Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird, soweit es sich auf die Beschwerde wegen Rechtsverweigerung bezieht, wegen Aussichtslosigkeit des Rechtsmittels abgewiesen. Dieser Beschluss ist in Rechtskraft erwachsen.

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Gleichzeitig reicht der Beschwerdeführer am 27. März 2019 ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im Beschwerdeverfahren ein (A.S. 21 ff.). 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine ausführliche Stellungnahme verzichtet (A.S. 30). 3. Mit Beschluss vom 11. Juni 2019 schreibt das Versicherungsgericht das betreffend Rechtsverweigerung (Ziffer 1 des Rechtsbegehrens gemäss Beschwerde vom 27. März 2019; vgl. E. I. 2.1 hievor) separat geführte Verfahren VSBES.2019.91 als gegenstandslos geworden von der Geschäftskontrolle des Versicherungsgerichts ab, nachdem die Beschwerdegegnerin den vom Beschwerdeführer verlangten Entscheid am 4. April 2019 erlassen habe. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. Das am 27. März 2019 gestellte Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird, soweit es sich auf die Beschwerde wegen Rechtsverweigerung bezieht, wegen Aussichtslosigkeit des Rechtsmittels abgewiesen.

Dieser Beschluss ist in Rechtskraft erwachsen.

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.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. 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 (AHI 1997 S. 121; 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.

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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch oder einen solchen auf berufliche Massnahmen zu Recht abgelehnt hat. Hierzu ist einerseits relevant, ob ein Gesundheitsschaden vorliegt und, sofern dies der Fall ist, ob und in welchem Ausmass sich ein solcher auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

5.1 Die Frage der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist im vorliegenden Fall unbestritten. Die Beschwerdegegnerin hat bei den behandelnden Ärzten diverse medizinische Unterlagen eingeholt und den Beschwerdeführer polydisziplinär begutachten lassen, wobei die gutachterlichen Erkenntnisse zum Gesundheitsschaden mit der übrigen Aktenlage grundsätzlich übereinstimmen (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 21 und 30) bzw. eine Abweichung vom früheren psychiatrischen Arztbericht (in Bezug auf den Schweregrad des psychischen Leidens) im entsprechenden Teilgutachten ■ welches unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 erstellt worden ist (vgl. E. II. 5.2.4 hienach) ■ nachvollziehbar und schlüssig begründet wird (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 13 und 30; zur nachträglich eingegangenen Stellungnahme von Dr. med. D.____ [IV-Nr. 37] siehe E. II. 5.3 hienach). Das C.____-Gutachten vom 6. Februar 2018 (IV-Nr. 35.1) wurde auch in Kenntnis der gesamten vorhandenen Akten (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 3 ff., 21 f.), nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 8, 12, 17 ff., 23 f.) unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 6 f., 10 f., 16 f., 22 f.) und aller relevanten Fachdisziplinen von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten (Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie; Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie) erstellt. Es ist aktuell und die darin gezogenen Schlussfolgerungen (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 8 ff., 12 f., 19 ff., 24 ff.) werden nachvollziehbar hergeleitet. Das Gutachten erfüllt insofern die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. II. 4.3 hievore). Es kann für die Beurteilung der Frage, ob beim Beschwerdeführer ein Gesundheitsschaden vorliegt, darauf abgestellt werden.

5.2

5.2.1 Der Beschwerdeführer wurde in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie begutachtet. In ihrer Konsensbeurteilung erheben die Gutachter folgende Diagnosen (IV-Nr. 35.1 S. 26 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Hypertensive und Verdacht auf koronare Kardiopathie (ICD-10 I42.2/I25.5)

- kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus,

Dyslipidämie

2. Diabetes mellitus Typ II, ED 2002

- sekundär insulinpflichtig
- HbA1c aktuell 6.7 % (Norm < 6.3 %)
- Sekundärschäden
- Verdacht auf diabetische Retinopathie
- distal-symmetrische sensible Polyneuropathie, whs. diabetisch (ICD-10 G63.2)
- 3. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1)
- 4. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
 - radiologisch Osteochondrose, Spondylarthrose, Spinalkanalstenose und foraminale Verengung LWK4/5 sowie Diskushernie LWK5/SWK1 mit Affektion der Nervenwurzel S1 rechts (MRI 12. März 2015 und 27. Januar 2016, Röntgen 10. Januar 2018)
 - radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallssyndrom der Wurzel S1 rechts bei mediorechtslateraler Diskushernie L5/S1 (MRI Januar 2017)
 - anamnestisch neurogener Claudicatio spinalis beidseits bei hochgradiger zentraler Spinalkanalstenose L4/5 (MRI Januar 2017)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Subakromiales Impingement der adominanten linken Schulter (ICD-10 M75.4)
 - beidseitige Protraktionsfehlhaltung
2. Status nach transienter sensomotorischer Ausfallssymptomatik mit brachiofazialer Betonung rechts, Sommer 2017, whs. vaskulär-ischämisch (ICD-10 I63.9)
 - aus psychiatrischen Gründen nicht abgeklärt
3. Ptosen rechtsbetont bds. (ICD-10 H02.4)
4. Vitamin B12-Mangel

5.2.2 Es handle sich vorliegend um eine erstmalige IV-Abklärung des 1956 im Kosovo geborenen und 1993 in die Schweiz immigrierten Versicherten. Nach Vollendung seines Medizinstudiums im Kosovo mit Ausbildung zum Arbeitsmediziner sei der Beschwerdeführer zwischen 1993 und 2014 in der Schweiz bei verschiedenen Arbeitgebern, jeweils als Assistenzarzt oder Praxisvertreter, tätig gewesen. Die letzte berufliche Tätigkeit habe ca. 2014 stattgefunden, seitdem sei der Versicherte arbeitslos. Seit einem leichten Auffahrunfall im Januar 2015 liege eine invalidisierende Rückensymptomatik vor, seit der Krebserkrankung der Ehefrau und deren Versterben im Mai 2016 zudem eine psychiatrische Erkrankung. Der Beschwerdeführer, selber Mediziner, verweigere sich seit einigen Jahren jeglicher medizinischer Diagnostik und Therapie. Sein primärer Wunsch sei es, an den bestehenden Erkrankungen zu sterben. Ein beruflicher Wiedereinstieg sei für ihn unvorstellbar (IV-Nr. 35.1 S. 27).

5.2.3 Aus allgemeininternistischer Sicht finde sich beim Beschwerdeführer eine hypertensive und der hochgradige Verdacht auf eine koronare Kardiopathie bei gleichzeitig bestehendem ausgeprägtem und unkontrolliertem Risikoprofil. Weiterhin liege ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus Typ II mit bereits nachweisbaren sekundären Folgeschäden vor. Trotz bestehender regelmässiger Angina pectoris-Symptomatik sowie dem Verdacht auf eine TIA (transitorische ischämische Attacke) im Sommer 2017 verweigere sich der

Versicherte jeglicher weiteren diagnostischen Abklärung bzw. therapeutischen Behandlung. Aus allgemeininternistischer Sicht gelte der Explorand daher als Risikopatient für ein jederzeit auftretbares ischämisches Herzgeschehen bzw. eine ischämische Hirnattacke. Aufgrund dieses unkontrollierbaren Risikos sowie der allgemein schwer depressiven und resignierten Gesamtstimmung sei eine weitere berufliche Tätigkeit in der Patientenversorgung (angestammter Beruf Mediziner) zurzeit nicht vorstellbar. Ebenfalls bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für alle mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten sowie sämtliche Tätigkeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung und Tätigkeiten, die durchgehend im Stehen stattfänden bzw. Tätigkeiten, die unter Zeitdruck oder mit hohen psychosozialen Stressfaktoren assoziiert seien. Für eine leichte, körperlich adaptierte Verweistätigkeit, unter Ausschluss der oben genannten qualitativen Einschränkungen, bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nur nach vorangehender kompletter diagnostischer Abklärung inkl. optimaler therapeutischer Behandlung der bestehenden Diagnosen vorstellbar (IV-Nr. 35.1 S. 27 f.).

Aus orthopädischer Sicht finde sich ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie ein subakromiales Impingement an der adominanten linken Schulter. Die während der orthopädischen Begutachtung beklagten Beschwerden liessen sich jedoch durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen. Durchaus nachvollziehbar sei der Leidensdruck bei tieflumbaler Degeneration einschliesslich Diskushernie LWK5/SWK1 und radikulärer Affektion S1 rechts, doch lasse die gesamte anamnestische und klinische Präsentation einschliesslich der sehr diffusen Druckdolenzen an Wirbelsäule, Becken, Abdomen und Oberschenkel sowie die unablässigen, von Art und Intensität der durchgeführten Untersuchung weitgehend unabhängigen lumbalen Schmerzáusserungen, an eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Arzt sowie für alle anderen, körperlich sehr leichten Verrichtungen unter Wechselbelastung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sollte dabei vermieden werden (IV-Nr. 35.1 S. 28).

Aus neurologischer Sicht fänden sich ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, ein Status nach transienter sensomotorischer Ausfallsymptomatik mit brachiofazialer Betonung rechts im Sommer 2017, eine distal-symmetrische Polyneuropathie, wahrscheinlich diabetisch, sowie Ptosen rechtsbetont beidseits. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung habe sich nebst einer radikulären Reiz- und sensiblen Ausfallsymptomatik der Wurzel S1 rechts zudem der Verdacht auf das Vorliegen einer neurogenen Claudicatio spinalis gezeigt. Die nachträglich angeforderten MRI-Bilder der LWS vom Januar 2016 zeigten bei L4/5 eine hochgradige zentrale Spinalkanalstenose mit Aufhebung des Subarachnoidalraums und bilateraler rezessaler Einengung sowie bei L5/S1 eine medio-rechtslaterale Diskushernie mit Kompression der Wurzel S1. Diese Bilder erklärten somit die dargestellte Klinik. Aufgrund der anamnestischen Angaben bestehe zudem der Verdacht, dass die formal rechtsseitige sensomotorische Hemisymptomatik eine zerebrovaskuläre Genese gehabt habe bei entsprechenden Risikofaktoren. Ein relevanter funktioneller Ausfall habe daraus aber nicht resultiert. Aus neurologischer Sicht ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Folge der Rückenproblematik, nicht bezüglich der stattgehabten sensomotorischen Hemisymptomatik rechts. Die Tätigkeit als Arzt, mit der Notwendigkeit

körperlicher Untersuchung, könne der Versicherte zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausüben. Theoretisch möglich sei eine sitzende Tätigkeit (nur sehr kurzes Stehen und Gehen), leicht, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit der Möglichkeit von Positionswechseln, ohne Zwangshaltungen. Eine solche Tätigkeit wäre zu 70 % möglich (IV-Nr. 35.1 S. 28 f.).

Aus psychiatrischer Sicht finde sich eine leichte bis mittelgradige depressive Episode. 2016 habe der Beschwerdeführer seine Ehefrau durch eine Krebserkrankung verloren; seither bestehe bei ihm ein deutlich depressives Zustandsbild mit Passivität und teils latenten, teils offenen Suizidgedanken. Die Rahmenbedingungen für eine psychiatrische Behandlung seien angesichts des Zustandes deutlich insuffizient. So habe der Versicherte lediglich einmal pro Monat einen Termin und nehme regelmässig lediglich ein Phytotherapeutikum zu sich. Diese ungenügende Behandlung widerspiegeln die Gleichgültigkeit und den Lebensüberdruß des Beschwerdeführers. In der psychiatrischen Untersuchung habe sich der Versicherte in deutlich gedrückter, etwas antriebsloser Stimmung mit Gedanken von Nutzlosigkeit und Wertlosigkeit präsentiert; es bestünden weiterhin Gedanken von Lebensüberdruß ohne aktive Planung, es liege eine deutliche Schlafstörung vor und der Versicherte berichte von dysphorisch gereizten Zuständen. Daher seien alle drei diagnostischen Grundkriterien für eine depressive Störung erfüllt. Insgesamt könne von einem erheblich depressiven Zustand ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Ausübung des ärztlichen Berufes am Krankenbett dem Beschwerdeführer im jetzigen Zustand nicht mehr zumutbar. Diese Einschränkung bestehe seit Mai 2016. Eine mehr administrative Tätigkeit in einem Spital wäre als Alternative möglich mit einem Pensum von 70 %. Der Versicherte könnte seine Arbeitsfähigkeit jedoch durch eine adäquate Behandlung verbessern (IV-Nr. 35.1 S. 29).

5.2.4 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind sämtliche psychischen Erkrankungen zudem einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Entscheidend beim strukturierten Beweisverfahren ist, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Verlauf und Ausgang von Therapien sind dabei wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz einer leichten bis mittelschweren Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist. Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (BGE 143 V 409 E. 4.5 S. 415 ff. mit Hinweisen). In Bezug auf die vom Bundesgericht definierten Indikatoren lässt sich dem Gutachten des C. ___ Folgendes entnehmen:

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbidität) wird hinsichtlich Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde ausgeführt, es herrsche eine bedrückte Stimmungslage, Passivität und Antriebslosigkeit vor und es seien Schlafstörungen,

Lebensüberdruss und Dysphorie vorhanden. Als konkrete Erscheinungsform der Gesundheitsschädigung sei eine leichte bis mittelgradige depressive Episode festzustellen. Als nicht versicherte Faktoren seien das Alter des Beschwerdeführers und die sich verschlechterten Bedingungen für eine berufliche Tätigkeit von den auf die Gesundheitsschädigung zurückzuführenden Funktionseinschränkungen abzugrenzen. Aggravation oder ein Suchtleiden lägen nicht vor. Das aktuelle Persönlichkeitsbild und die biographische Persönlichkeitsentwicklung seien durch einen deutlich depressiven Zustand und ein entsprechendes müde-lustloses Auftreten gekennzeichnet. In dieser depressiven Verfassung bringe der Beschwerdeführer die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine ärztliche Tätigkeit nicht mit (IV-Nr. 35.1 S. 14). In Bezug auf Behandlung und Eingliederung legt der psychiatrische Gutachter dar, dass die bisherige Behandlung als ungenügend zu bezeichnen sei. Die Gründe hierfür lägen in der Lebensüberdrusshaltung und einer suizidalen Gleichgültigkeit des Beschwerdeführers; die Kooperation sei krankheitsbedingt ungenügend. Eingliederungsmassnahmen für eine alternative, nicht ärztliche Tätigkeit seien im Rahmen der attestierten Arbeitsfähigkeit zumutbar (IV-Nr. 35.1 S. 15). Zum Komplex «Persönlichkeit» lässt sich dem Gutachten (in Ergänzung zum bereits unter dem Komplex «Gesundheitsschaden» dargelegten Persönlichkeitsbild) entnehmen, dass keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung vorlägen (IV-Nr. 35.1 S. 12). Zum Komplex «Sozialer Kontext» geht aus dem Gutachten hervor, dass sich Beschwerdeführer zwar gehen lasse, passiv sei und sich sozial zurückziehe, jedoch bestünden intensive Kontakte zu den Kindern, mit denen der Beschwerdeführer zusammenlebe. Im Sommer 2017 habe eine Reise in den Kosovo stattgefunden und auch sonst benütze der Beschwerdeführer ab und zu ein Motorfahrzeug. Es seien somit Restressourcen erkennbar (IV-Nr. 35.1 S. 13; vgl. auch IV-Nr. 35.1 S. 11). Als belastende Faktoren werden im Gutachten die seit rund zwei Jahren bestehende Erwerbslosigkeit und die Ablehnung der Unterstützung durch das Sozialamt genannt. Der Beschwerdeführer sei auf die Unterstützung seiner Kinder angewiesen. Der Beschwerdeführer ziehe sich auch aus seinem sozialen Netzwerk zurück. Er verneine das Vorhandensein von Kollegen, werde aber jeweils von einem Kollegen zum Psychiater gefahren (IV-Nr. 35.1 S. 14). Bezüglich der Kategorie «Konsistenz» (gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck) wird im Gutachten ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer aufgegeben habe und daraus eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ableite. Trotzdem seien Restressourcen vorhanden: So habe das psychiatrische Gespräch in geordnetem Rahmen durchgeführt werden können, ein affektiver Rapport sei vorhanden gewesen und es würden auch weitere Restressourcen in Form einer Reisetätigkeit und der Benützung eines PWs bestehen. Offenbar sei der Beschwerdeführer zu Hause sehr passiv und beteilige sich nicht an den Haushaltsarbeiten. Gelegentlich nehme er einen Einkauf mit dem PW vor. Sozial habe sich der Beschwerdeführer zurückgezogen und baue eine Mauer um sich auf. Aus der Anamneseerhebung liessen sich tatsächlich nur sehr geringe Aktivitäten herausarbeiten. Zum Vergleich mit dem Aktivitätenniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung hält das Gutachten fest, dass der Beschwerdeführer zuvor im Rahmen der Praxisvertretungen offenbar jeweils zu 100 % tätig gewesen sei. Die therapeutischen Optionen würden vom Beschwerdeführer nicht optimal in Anspruch genommen; eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor (IV-Nr. 35.1 S. 15).

5.2.5 Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung halten die Gutachter abschliessend fest, es bestehe aus polydisziplinärer Sicht zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Arbeitsfähigkeit für den angestammten Beruf als Arzt. Diese Arbeitsunfähigkeit begründe sich aus einer Kombination der bestehenden internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Diagnosen. Ebenfalls seien dem Beschwerdeführer dauerhaft mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit Fremd- oder Eigengefährdung oder Tätigkeiten mit hohem Stressfaktor nicht mehr möglich. Für eine körperlich adaptierte, leichte Verweistätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie mit der Möglichkeit von Positionswechseln und ohne Zwangshaltungen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Beim Beschwerdeführer bestehe bei hochgradiger Polymorbidität ein teilweise additiver Effekt der Einschränkungen, überwiegend könnten die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden. Das Pensum könnte über vier bis sechs Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit am Arbeitsplatz stundenweise oder mit erhöhtem Pausenbedarf. Eine Steigerung dieser Arbeitsfähigkeit sowie eine Wiedererlangung der potentiellen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei dem Versicherten erst nach adäquater psychiatrischer Therapie sowie internistischer Diagnostik und Etablierung einer adäquaten Therapie zumutbar. Ob der Beschwerdeführer jedoch hierfür die notwendige Compliance aufbringe, sei fraglich (IV-Nr. 35.1 S. 29; vgl. auch IV-Nr. 35.1 S. 30 f.).

5.3 Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. D.____, nahm mit Eingabe vom 26. Februar 2018 (IV-Nr. 37) Stellung zum C.____-Gutachten bzw. zum psychiatrischen Teilgutachten, wobei er im Wesentlichen an seinem Bericht vom 6. Oktober 2017 (IV-Nr. 25) und der darin aufgeführten Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode ohne psychotische Symptome und ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.1 / F32.2) festhielt. Die Diskrepanz zum Gutachten bestand demnach weiterhin in der Einschätzung des Schweregrades der depressiven Entwicklung. Das psychiatrische Teilgutachten wurde in Kenntnis der früheren Stellungnahmen von Dr. med. D.____, so auch des Berichts vom 6. Oktober 2017, erstellt (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 3 f.) und Dr. med. F.____ legte nachvollziehbar dar, weshalb der Einschätzung des behandelnden Psychiaters in Bezug auf den Schweregrad der Erkrankung nicht gefolgt werden kann und das depressive Leiden stattdessen als leicht bis mittelgradig zu qualifizieren ist (IV-Nr. 35.1 S. 12 f.). In der Stellungnahme des C.____ vom 10. April 2018 (IV-Nr. 41) wird denn auch aufgezeigt, dass Verlauf und Angaben von Dr. med. D.____ in seinem jüngsten Bericht vom 26. Februar 2018 die Einschätzung einer leichten bis mittelgradigen Depression bestätigten. So sei in Bezug auf die schleichende Suizidalität (deutlicher Lebensüberdruß) des Beschwerdeführers von einem intakten Arbeitsbündnis mit dem behandelnden Psychiater auszugehen, habe dieser bisher von einer FU-Unterbringung wegen akuter Selbstgefährdung abgesehen und es seien keine suizidalen Handlungen zu verzeichnen. Eine Behandlung erscheine damit auf ambulanter Basis als möglich. Ausserdem gehe aus den aktuellen Ausführungen von Dr. med. D.____ hervor, dass der Beschwerdeführer die im Zeitpunkt der Begutachtung als insuffizient einzustufende Therapie zwischenzeitlich angepasst habe (wöchentliche statt monatliche Termine; Umstellung der Medikation auf Sertralin 50 mg [1-0-1]); so werde genau die im Gutachten gemachte Empfehlung nach einer adäquateren und substanzielleren Behandlung umgesetzt, was ausserdem zeige, dass der Beschwerdeführer für therapeutische Empfehlungen doch beeinflussbar und erreichbar sei. An der gutachterlichen Einschätzung einer leichten bis mittelgradigen Depression sei daher festzuhalten. Die Stellungnahme von Dr. med. D.____

vom 26. Februar 2018 (IV-Nr. 37) vermag vor diesem Hintergrund keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des C.____-Gutachtens zu erwecken. Es ist dabei auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. II. 4.3 hievior).

5.4 Nebst der Frage nach dem Gesundheitsschaden werden vorliegend auch die dadurch bewirkten, in den einzelnen Teilgutachten nachvollziehbar begründeten Einschränkungen im funktionellen Leistungsvermögen (vgl. E. II. 5.2.3 hievior) ■ einschliesslich der durch den psychiatrischen Gutachter vorgenommenen Indikatorenprüfung (vgl. E. II. 5.2.4 hievior) ■ im Grundsatz nicht beanstandet. Ausdrücklich anerkannt wird die gutachterlich schlüssig dargelegte vollständige Arbeitsunfähigkeit für den bisherigen Beruf als Arzt in der Patientenversorgung (wie als Assistenzarzt im Spital oder als hausärztlicher Praxisvertreter). Streitig und nachfolgend zu prüfend ist hingegen die in der polydisziplinären Konsensbeurteilung eruierte gesamthafte Einschränkung in einer Verweistätigkeit (vgl. IV-Nr. 39 S. 2; siehe auch E. II. 2 hievior).

5.4.1 Nach einer Rückfrage der Beschwerdegegnerin vom 13. März 2018 (IV-Nr. 39 f.), weshalb sich vorliegend ein teilweise additiver Effekt der einzelnen Teilarbeitsunfähigkeiten ergebe, verwies das C.____ in seiner Stellungnahme vom 10. April 2018 (IV-Nr. 41) zunächst auf die Ausführungen in Abschnitt 6.2 des Gutachtens (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 29; siehe auch die unter vorstehender E. II. 5.2.5 wiedergegebene Zusammenfassung aus Abschnitt 6.2 des Gutachtens). Nach erneuter Vorlage an RAD-Ärztin Dr. med. B.____ (IV-Nr. 43) bat die Beschwerdegegnerin das C.____ um nochmalige, «erschöpfende» Auskunft auf die Frage, wie sich die Diskrepanz erkläre zwischen den jeweiligen gutachterlichen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit in den einzelnen Fachgebieten gegenüber der Beurteilung der gesamthafte im polydisziplinären Konsens beurteilten Arbeitsfähigkeit (leidensangepasst) von 50 %. Diese sei aus den bisherigen gutachterlichen Ausführungen nicht schlüssig nachvollziehbar, zumal die Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung ausführten, dass die gleichen Zeitabschnitte überwiegend für Pausen und Erholung genutzt werden könnten (IV-Nr. 44).

Am 8. Mai 2018 nahm das C.____ erneut Stellung: Wenn alle Arbeitsunfähigkeiten, wie in den Teilgutachten festgestellt, addiert würden, ergäbe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (= 20 % + 20 % + 30 % + 30 %). In diesem Sinne sei die Aussage durchaus nachvollziehbar, dass die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung überwiegend genutzt werden könnten, dass aber, wie im Gutachten dargelegt worden sei, eine Polymorbidität aus vier Fachrichtungen bestehe mit auch quantitativer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In diesem Sinne sei die Belastungsfähigkeit somatisch derart beeinträchtigt, dass die psychiatrischen Einschränkungen nicht in den gleichen Zeitabschnitten geltend gemacht werden könnten. Bei einem möglichen Pensum von bis zu sechs Stunden pro Tag, wie dargelegt, wirkten sich der psychiatrische Pausenbedarf und das reduzierte Rendement zusätzlich aus. In diesem Sinne müsste die somatische Gesamteinschränkung von 30 % mit der 20%igen Einschränkung aus psychiatrischer Sicht addiert werden, was dann zu einer um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht führe (IV-Nr. 45).

RAD-Ärztin Dr. med. B.____ nahm am 29. Juni 2018 erneut Stellung: Der Fall sei innerhalb der RAD-Kollegen und interdisziplinär besprochen worden und es bestehe Konsens, dass

die polydisziplinär angegebene Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit auch nach zweimaliger Rückfrage beim C.____ nicht nachvollzogen werden könne. Stattdessen sei von einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit auszugehen ■ entsprechend den Aussagen im Gutachten seit Januar 2015 (IV-Nr. 53). Die Beschwerdegegnerin übernahm sodann die Einschätzung des RAD (vgl. IV-Nrn. 57 und 63 / A.S. 1 ff.).

5.4.2 Der Sinn einer polydisziplinären Begutachtung besteht nicht zuletzt in der gesamthaften Beurteilung verschiedener Krankheitsbilder. Mit Stellungnahme vom 8. Mai 2018 (IV-Nr. 45; vgl. E. II. 5.4.1 hievor) hat das C.____ plausibel dargelegt, dass die in vier Fachrichtungen erhobenen Arbeitsunfähigkeiten in Anbetracht der polymorbiden Situation des Beschwerdeführers zwar zu einem gewissen Grad ineinander aufgehen, ansonsten jedoch addiert werden müssen und dass insbesondere die psychische Beeinträchtigung im Umfang von 20 % (von gesamthaft 30 %; vgl. E. II. 5.2.3 in fine) zur somatischen Gesamteinschränkung von 30 % hinzukommt. Bei der somatischen Einschränkung ist gemäss den Ausführungen der Gutachter hingegen kein additiver Effekt zu verzeichnen, gehen die Einschränkungen aus internistischer (20 %), orthopädischer (20 %) und neurologischer (30 %) Sicht ineinander auf bzw. können hier die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden. Insgesamt ist damit auch die Aussage, wonach dies überwiegend der Fall sei, nachvollziehbar. Nicht überzeugend sind hingegen die Argumente von RAD-Ärztin Dr. med. B.____: So stützen sich die gutachterlich erhobenen Befunde auf jeweils eigene, eingehende Untersuchungen des Beschwerdeführers und nicht nur auf Verdachtsdiagnosen oder subjektive Angaben des Versicherten (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 8 f., 12, 17 ff., 23 ff.; siehe auch E. II. 5.2.3 hievor). Soweit der orthopädische Gutachter (auch) an eine nicht-organische Beschwerdekomponekte denkt, grenzt er diese von den objektivierbaren Befunden (wie die deutlichen degenerativen Veränderungen bei HWK5/6/7, LWK4/5 sowie auf Höhe LWK5/SWK1 eine Diskushernie mit Affektion der Nervenwurzel S1 rechts [IV-Nr. 35.1 S. 20]; vgl. auch die gestützt auf bildgebende Abklärungen objektivierten Befunde gemäss Diagnoseliste [IV-Nr. 35.1 S. 19]) ab, indem er deklariert, wenn gewisse subjektiv vorgetragene Beschwerden aus fachärztlicher Sicht nicht oder nur zum Teil nachvollzogen werden können. Er hält schliesslich zusammenfassend fest, dass sich die beklagten Beschwerden durch die von ihm erhobenen klinischen und radiologischen Befunde «nicht vollständig» begründen liessen; durchaus nachvollziehbar sei der Leidensdruck bei tieflumbaler Degeneration einschliesslich Diskushernie LWK5/SWK1 und radikulärer Affektion S1 rechts. Die Einschätzung von Dr. med. G.____, es bestehe bei dieser (objektiven) Befundlage eine 20%ige Einschränkung in einer leichten Verweistätigkeit (ganztägiges Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung infolge eines vermehrten Pausenbedarfs; IV-Nr. 35.1 S. 20 in fine), kann dabei gut nachvollzogen werden. Auch aus der Stellungnahme des orthopädischen Gutachters zu Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, wonach von einer auf 80 % verminderten Arbeitsfähigkeit spätestens seit der im Januar 2015 erfolgten radiologischen Dokumentation der Veränderungen an der tieflumbalen Wirbelsäule ausgegangen werden könne (IV-Nr. 35.1 S. 21), kann geschlossen werden, dass Dr. med. G.____ bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung die nicht-objektivierbaren Anteile der gezeigten Einschränkungen bzw. geschilderten Beschwerden ausgeklammert hat. Was schliesslich die bisher ungenügende Therapie und Behandlung anbelangt, liegen die Gründe dafür gemäss psychiatrischem Gutachter in der Lebensüberdrusshaltung und einer suizidal geprägten Gleichgültigkeit des Beschwerdeführers ■ die Kooperation sei «krankheitsbedingt

ungenügend» (IV-Nr. 35.1 S. 15). Entgegen der Auffassung des RAD kann somit nicht gesagt werden, dass es keine psychiatrisch begründbaren Hindernisse für die bisherige Verweigerungshaltung des Beschwerdeführers gebe (IV-Nr. 53 S. 2).

5.4.3 Zusammenfassend liegen keine Anhaltspunkte vor, die ein Abweichen von der plausiblen gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit gebieten könnten. Der Beschwerdeführer rügt daher zu Recht die anderslautende Folgenabschätzung des RAD und der Beschwerdegegnerin (vgl. E. II. 2.2 hievor). Es ist somit ■ wie im C.____-Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme vom 8. Mai 2018 (IV-Nr. 45) dargelegt ■ von einer Arbeits(un)fähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen.

5.5 Nach dem Gesagten ist gestützt auf das voll beweiswertige C.____-Gutachten seit Januar 2015 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Arzt in der Patientenversorgung und einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem gutachterlich festgelegten zumutbaren Leistungsprofil (vgl. E. II. 5.2.3 und 5.2.5 hievor) entsprechenden Verweistätigkeit auszugehen.

E. 6.1

6.1.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; vgl. Art. 16 ATSG). Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; siehe BGE 128 V 29 E. 1 S. 30). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also auf das Jahr 2017 (vgl. E. II. 3.2 hievor). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

6.1.2 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich verdient hätte, wenn sie gesund geblieben wäre, und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen davon müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_225/2019 vom 11. September 2019 E. 4.2.1).

6.1.3 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG

Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts 696/01 vom 4. April 2002 E. 4). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.4 S. 225). Die Grundüberlegung dieser Rechtsprechung ist die folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässig) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte (BGE 141 V 1 E. 5.4 S.3 m.w.H.).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat ein Valideneinkommen von CHF 24'659.00 angerechnet. Dies entspricht gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; IV-Nr. 7) dem über die letzten fünf Jahre vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Januar 2015, also von 2010 bis und mit 2014, durchschnittlich erzielten Jahresverdienst (ohne Berücksichtigung von Arbeitslosenentschädigungen). Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Berechnungsweise mit den grossen Schwankungen, die das Einkommen des Beschwerdeführers aufweise. Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe nicht freiwillig so wenig verdient. Aufgrund der Nichtanerkennung des kosovarischen Arztdiploms in der Schweiz sei er nur in der Lage gewesen, temporäre Stellvertretungen und Assistenzstellen zu übernehmen. Es sei ihm daher ein höheres Valideneinkommen anzurechnen; ausserdem seien die Einkommenswerte über einen längeren Zeitraum zu berücksichtigen, wobei zehn Jahre als akzeptabel erachtet würden (vgl. E. II. 2.2 hievor).

6.3 Anlässlich der am 13. November 2019 vor dem Präsidenten des Versicherungsgerichts durchgeführten Instruktionsverhandlung (vgl. E. I. 5 hievor) machte der Beschwerdeführer zu seiner Berufsbiographie und der erwerblichen Situation vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit folgende Angaben (siehe Protokoll, A.S. 48 ff.):

Er sei in [...] und [...] zum Arzt und Spezialarzt für Berufskrankheiten (Innere Medizin mit Subspezialisierung Berufs- bzw. Arbeitsmedizin) ausgebildet worden (Abschluss 1989 und 1991; vgl. A.S. 51 f.). Als er 1993 in die Schweiz als Flüchtling gekommen sei, habe er nicht arbeiten dürfen. Erst als er das C-Visum im Jahr 1999 bekommen habe, habe er das Recht erhalten, als Assistenzarzt oder Praxisassistent zu arbeiten. Er habe dann in [...] zwei Jahre als Praxisassistent bei Dr. I.____ und Dr. J.____ gearbeitet. Mehr als zwei Jahre sei gesetzlich nicht möglich gewesen. Sein Diplom sei nicht anerkannt worden. Im Anschluss habe er acht Monate bei Dr. K.____ in [...] gearbeitet; diese Ärztin habe dann aber [die Praxis] aus gesundheitlichen Gründen schliessen müssen. Danach habe er in [...] fast dreieinhalb Jahre als Assistenzarzt in der Klinik gearbeitet; es sei kein ganzes Pensum gewesen, sondern nur Nachtschicht. Dann habe er bei L.____ im Gesundheitszentrum zweieinhalb Jahre die Schulmedizin geleitet (A.S. 52). [Auf Nachfrage des Vorsitzenden] Das sei zu Ende gegangen wegen den Gesetzen im Kanton [...]. Er habe nicht mehr als zwei, zweieinhalb Jahre als Praxisassistent arbeiten dürfen. Das Problem sei, dass er nicht aus einem EU-Land komme. Er habe versucht, sein Diplom in [...] anerkennen zu lassen, aber er habe die Frist verpasst bzw. das Diplom sei zu alt gewesen (A.S. 53). Nach L.____ habe er in [...] bei Dr. M.____ gearbeitet, dann bei Dr. N.____ in [...] (A.S. 52 f.), dann in [...]

für vier Monate als Assistenzarzt in der Psychiatrie. Er hätte dort bleiben können, aber es habe Probleme mit einem Patienten gegeben und er habe gemerkt, dass die Psychiatrie nicht sein Fach sei; er habe lieber mehr in der Praxis arbeiten wollen als im Spital als Assistent, besonders in der Psychiatrie (vgl. A.S. 53). Nach [...] sei er noch in [...] und dann für eine Vertretung in [...] bei Dr. O.____ gewesen (A.S. 52). Damit er voll als Arzt hätte arbeiten können, hätte er noch einmal fünf Jahre studieren müssen in der Schweiz und danach noch weitere fünf Jahre für die Spezialisierung bzw. für Oberarzt (vgl. A.S. 54). Bei den Ärzten, bei denen er jeweils Vertretungen gemacht habe, bei Dr. P.____ in [...] oder Dr. O.____ in [...], habe er das jeweils «selber geführt, ambulant, alles mit Patienten und Drum und Dran; alles, was jemand braucht für eine Praxis» (A.S. 54). [Auf Frage des Vorsitzenden, ob er das selber gemacht habe wie der Arzt] Er habe das selber, alleine, ohne Hilfe gemacht. Auch in [...] [bei L.____] habe er das zweieinhalb Jahre selber geführt und er sei Chef der Medizin von zwölf Personen gewesen. Ohne Probleme. [Auf Frage des Vorsitzenden, weshalb er dann nicht häufiger solche Vertretungen übernommen habe] Sein Problem sei gewesen, dass, wenn er irgendwo eine Vertretung z.B. in [...] oder irgendwo weit weg von [...] gehabt habe, dann habe es sich für ihn nicht gelohnt. Einmal habe er in [...] eine Stelle gefunden für sechs Monate. Aber nach zwei Tagen habe er die Stelle wieder verlassen, da es so weit gewesen sei. Er habe um 05:00 Uhr aufstehen müssen und sei erst um 22:00 Uhr zurückgekommen. Und es habe noch ein anderes Problem gegeben: sein Diabetes habe sich verschlechtert und er habe Insulin gebraucht. Wegen Gesundheitsproblemen gehe es nicht, wenn es so weit weg sei. Sonst irgendwo in [...], in [...] zum Beispiel oder [...], das sollte kein Problem sein, aber [...] sei wirklich sehr weit für ihn (A.S. 54). [Auf Frage des Vorsitzenden, ob es denn keine Möglichkeit gegeben habe, in einem Spital in der Nähe etwas Längerfristiges zu finden] Er habe sich bei einigen Spitälern gemeldet, aber das Problem sei gewesen, dass er hochspezialisiert bzw. hochqualifiziert sei ■ er habe dies so auch schriftlich in den Absagen mitgeteilt bekommen (vgl. A.S. 54 f.). [Auf Frage des Vorsitzenden, was er während den längeren Lücken in der Erwerbstätigkeit gemacht habe] Er habe viel geholfen in der Stiftung Q.____; das habe er in einer guten Zeit gemacht. Das sei «2003, 2004, 2005, 2006» gewesen (A.S. 55). Es sei kein regelmässiges Pensum gewesen und nur die Spesen seien entschädigt worden. Er habe einen Bruder in [...], der ihm geholfen habe bzw. ihm regelmässig helfe. Der Bruder habe ihm gesagt, «mache die humanitären Sachen». Bei ihnen in der Familie sei das so gewesen (A.S. 55). [Auf Frage des Vorsitzenden, wie das dann funktioniert habe mit vier Kindern, seiner Frau, die aber nur teilzeitlich gearbeitet habe und ihm, der ab und zu erwerbstätig gewesen sei] Es habe minimal gereicht. Er sei nicht ein Mann, der so reich sein wolle. Sein Beruf sei ein humaner Beruf. Auch seine Frau sei Zahnärztin gewesen, spezialisiert als Kinderzahnärztin. Die Interessen von ihm und seiner Frau «waren nicht, so reich zu sein, nur das Minimum hier zu haben und Gott sei Dank haben wir schon gehabt» (A.S. 56). Ab Anfang 2015 sei er dann arbeitsunfähig gewesen. [Auf Frage des Vorsitzenden, wie es weitergegangen wäre, wenn er gesund geblieben wäre] Weiter hätte er regelmässig Vertretungen machen können. Zum Beispiel für zwei Wochen bekomme er CHF 5'000.00 [] jeden Monat oder jeden zweiten, dritten Monat, je nach Bedarf der Ärzte; zum Beispiel Frauen [Ärztinnen], die nach der Schwangerschaft für zwei, drei oder vier Monate einen Arzt brauchten, dort könnte er sich melden. Am Vorabend habe er ein Telefonat von einem Arzt aus [...] gehabt, der ihn gebeten habe, für zwei Monate unbedingt die Vertretung zu machen. Er habe gesagt, «nein, darf ich nicht, weil ich bin jetzt in IV, jetzt kann ich nicht mehr, es tut mir sehr leid» (A.S. 56). Und er hätte «ab jetzt, ab hier» eine Möglichkeit dort, wo er in [...] gearbeitet

habe [L.____], könnte er so sechs Monate Vertretungen machen, aber er dürfe nicht. Man habe ihm von dort ein paar Mal telefoniert und sei interessiert an ihm. Aber momentan sei es nicht so, dass er könne (vgl. A.S. 56). Wenn er gesund geblieben wäre, hätte er «ohne Zweifel» häufiger solche Anstellungen gehabt (vgl. 56 f.). [Auf Frage des Vorsitzenden, warum es denn vorher nur relativ selten solche Anstellungen gewesen seien] Er wisse es nicht. Wie er schon erwähnt habe, dort in [...] unten, in [...], in [...], das sei weit für ihn gewesen, und deswegen habe er nicht gekonnt. Mit 52 Jahren habe er schon angefangen mit Insulin für seinen Diabetes. Und deswegen habe er nicht mehr weiter arbeiten können, das sei ein Problem gewesen (A.S. 57).

6.4 Dem in der Beschwerdeschrift vorgebrachten Argument, der Beschwerdeführer habe wegen der Nichtanerkennung seines Ärztediploms in der Schweiz so wenig gearbeitet, kann mit Blick auf die (unter vorstehender E. II. 6.3 zusammengefasste) Parteibefragung nicht gefolgt werden. Gemäss seinen Ausführungen war es dem Beschwerdeführer ab 1999 erlaubt, als Assistenzarzt oder Praxisassistent irgendwo zu arbeiten. Solche Tätigkeiten hat er in der Zeit von 1999 bis 2014 denn auch immer wieder ausgeübt, seine Angaben anlässlich der Befragung stimmen dabei im Wesentlichen mit den Einträgen im IK-Auszug überein (vgl. IV-Nr. 7). Dabei seien diese Arbeitseinsätze aufgrund des nicht anerkannten Diploms auf zwei bzw. zweieinhalb Jahre befristet gewesen. Diese Maximaldauer hat der Beschwerdeführer jedoch nur vereinzelt ausgeschöpft (so bei den Dres. I.____ und J.____ in [...] sowie bei L.____), ansonsten handelte es sich um kürzere Einsätze, in der Regel von unter einem bis zu vier Monaten (vgl. IK-Auszug; IV-Nr. 7); bei Dr. K.____ waren es acht (bzw. gemäss IK-Auszug neun) Monate und bei der Tätigkeit als Assistenzarzt in [...] (von gemäss IK-Auszug 17 Monaten, nicht dreieinhalb Jahren) handelte es sich offenbar um ein Teilzeitpensum (Nachtschichten). Dazwischen waren immer wieder kürzere und längere Erwerbsunterbrüche zu verzeichnen (vgl. IK-Auszug; IV-Nr. 7).

Auf die Frage, weshalb er nicht öfter solche Einsätze gemacht habe, gab der Beschwerdeführer bei der Parteibefragung denn auch nicht das nicht anerkannte Arztdiplom an, sondern er führte aus, dass es sich für ihn nicht gelohnt habe bzw. ihm nicht möglich gewesen sei, solche Stellen weit weg von [...] anzutreten (wie z.B. in [...] oder [...]), dies auch wegen seines Diabetes bzw. weil er Insulin gebraucht habe. Auch diese Gründe vermögen allerdings nicht zu überzeugen. Gemäss seinen Angaben leitete der Beschwerdeführer bei seinen Vertretungen jeweils selbständig die Arztpraxis und er war auch in der Lage, eine medizinische Abteilung samt Mitarbeitenden zu führen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen sein soll, in [...] und der näheren Umgebung ■ wobei der Beschwerdeführer selber eine Entfernung bis [...] oder [...] (auch unter gesundheitlichen Aspekten) als unproblematisch bezeichnet ■ mehr bzw. regelmässige Arbeitseinsätze zu leisten, wenn er dies gewollt hätte. Es mag zutreffen, dass eine Anstellung in einem Spital (in der Nähe) aufgrund seiner bereits erfolgten Spezialisierung und mit zunehmenden Altersunterschied gegenüber den anderen Assistenzärzten und/oder vorgesetzten Oberärzten immer schwieriger zu finden war. Hingegen kann dieses Argument für den anderen ihm möglichen Einsatzbereich als hausärztlicher Praxisvertreter (den er gemäss eigenen Angaben überdies bevorzugte) nicht gelten, zumal kaum vorstellbar ist, dass solchen Vertretungen (infolge Ferienabwesenheiten, Schwangerschaft/ Mutterschaftsurlaube, krankheitsbedingter Ausfälle, Sabbaticals etc.) ■ namentlich verstärkt durch den bekannten Hausärztemangel ■ nicht auch in der Region [...] und [...] (oder in vergleichbarer Distanz) rege nachgesucht

worden wären. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten; vielmehr geht auch er davon aus, dass er (im Gesundheitsfall) regelmässig und häufiger (A.S. 57 Zeilen 4 - 7) Vertretungen hätte machen können und er wird offenbar auch aktuell immer wieder für Arbeitseinsätze angefragt (Telefonat eines Arztes aus Olten am Vorabend; mehrmalige Anfragen seitens L.____).

Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer ■ auch als er nach eigenen Angaben noch kein Insulin spritzen musste (vor dem Alter 52), also zwischen 1999 (C-Visum, Arbeitsaufnahme möglich) bis September 2008 (52. Geburtstag) ■ ebenfalls über längere Zeit keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen war; so während längeren Zeitabschnitten in den Jahren 2002 (ab März), 2003 (ab Oktober), 2004 (ganzes Jahr), 2005 (ganzes Jahr) und 2006 (bis und mit Oktober). In der Befragung gab der Beschwerdeführer dazu an, 2003 bis 2006 sei «eine gute Zeit» gewesen, er habe ehrenamtlich viel in der Stiftung Q.____ geholfen (unregelmässiges Pensum; nur Spesenentschädigung). Der Beschwerdeführer ist demnach auch in diesen «guten» Jahren (ohne die angeführten Einschränkungen aufgrund des Diabetes) nur sporadisch einer Erwerbsarbeit nachgegangen. Er führt denn auch aus, dass für ihn der humanitäre Aspekt im Vordergrund gestanden sei und dass er und seine Frau nicht das Ziel gehabt hätten, reich zu sein, sondern bereit gewesen seien, mit dem Minimum auszukommen, das sie (mit Unterstützung von Verwandten) gehabt hätten.

6.5 Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, dass sich der Beschwerdeführer unfreiwillig mit einem so tiefen Einkommen abzufinden hatte. Im Gegenteil ist mit Blick auf das vorstehend Dargelegte davon auszugehen, dass es ihm trotz Nichtanerkennung seines Arztdiploms möglich gewesen wäre, ein regelmässigeres und damit auch bedeutend höheres Einkommen zu erwirtschaften und dass er aus freien Stücken so wenig verdient hat. Eine Ausnahme im Sinne von E. II. 6.1.2 hievore ist damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, weshalb zur Berechnung des Valideneinkommens praxisgemäss am zuletzt erzielten (per 2017 aufindexierten) Verdienst anzuknüpfen ist. Da sich der Beschwerdeführer freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen begnügt hat, bleibt auch kein Raum für eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen (vgl. E. II. 6.1.3 hievore).

Dem Beschwerdeführer ist aber insoweit beizupflichten, dass es aufgrund der Schwankungen auf einen längeren Zeitraum abzustellen gilt. So steigt der von der Beschwerdegegnerin über eine Zeitspanne von fünf Jahren ermittelte durchschnittliche Jahresverdienst von CHF 24'659.00 bei der vom Beschwerdeführer vorgeschlagenen und vorliegend als angemessen erscheinenden Zeitdauer von zehn Jahren (2005 bis 2014) auf CHF 28'882.00 (Art. 25 Abs. 1 lit. c IVV entsprechend ebenfalls ohne die Anrechnung von Arbeitslosenentschädigungen). Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass bei einer Betrachtung über die gesamte 16jährige Erwerbsdauer in der Schweiz ab 1999 bis 2014 ein leicht tieferes Durchschnittseinkommen von CHF 28'521.00 resultierte. Aufindexiert ergibt sich damit ein Valideneinkommen von CHF 29'051.00 (= CHF 28'882.00 : 102.9 x 103.5 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2018, Ziff. 86 - 88 Gesundheitswesen]).

6.6 Mit dem Beschwerdeführer ist sodann festzuhalten, dass zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf den von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Wert gemäss Tabelle T17, Position 22, akademische Gesundheitsberufe, Total, Männer (entspricht Kompetenzniveau 4) abgestellt werden kann, zumal unter diese Position die ganze Bandbreite ärztlicher Tätigkeiten fallen und der Beschwerdeführer

gesundheitsbedingt gerade nicht mehr als Arzt in der Patientenversorgung tätig sein kann und auch Tätigkeiten mit Fremd- oder Eigengefährdung und mit hohem Stressfaktor (Zeitdruck und/oder hohe psychosoziale Stressfaktoren) nicht mehr zumutbar sind. Gemäss dem gutachterlich festgelegten zumutbaren Leistungsprofil sind dem Beschwerdeführer nur noch leichte Verweistätigkeiten mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie mit der Möglichkeit von Positionswechseln und ohne Zwangshaltungen (zu 50 %) möglich (vgl. E. II. 5.2.3 und 5.2.5 hievor). Die klassischen ärztlichen Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer damit nicht mehr zumutbar und ■ wie er zu Recht geltend macht ■ fallen mit Blick auf das Leistungsprofil auch andere ärztliche Tätigkeiten wie als RAD-, Kreis- oder Vertrauensarzt oder als Gutachter ausser Betracht.

Es ist stattdessen auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2016 (publiziert im Mai 2018) als im Verfügungszeitpunkt aktuellste veröffentlichte Tabelle (Urteil des Bundesgerichts 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2) abzustellen, finden sich darin die Werte für einfache Hilfstätigkeiten im Allgemeinen (CHF 5'340.00 [Kompetenzniveau 1, Total, Männer]) sowie innerhalb des Sektors 3 (Dienstleistungen) unter Ziff. 86 - 88 (Gesundheits- und Sozialwesen) für alle einfachen Hilfstätigkeiten im Gesundheitsbereich (CHF 5'036.00 [Kompetenzniveau 1, Männer]) bzw. für alle praktischen Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration (CHF 5'451.00 [Kompetenzniveau 2, Männer]). Ob Kompetenzniveau 2 für die im psychiatrischen Teilgutachten erwähnte (vgl. E. II. 5.2.3 in fine) mehr administrative Tätigkeit besser zutrifft oder sich die gemäss Konsensbeurteilung zumutbare leichte Verweistätigkeit nur noch in einer einfachen Hilfsarbeit (CHF 5'036.00) ■ gegebenenfalls sogar losgelöst vom Gesundheitssektor (CHF 5'340.00) ■ umsetzen lässt, kann vorliegend ebenso offen gelassen werden, wie die Frage nach Bestand und Höhe eines leidensbedingten Abzuges, da auch bei Annahme des am tiefsten hier in Betracht fallenden Lohnes (Gesundheitsbereich, Kompetenzniveau 1) sowie eines maximal möglichen leidensbedingten Abzugs von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert. So kommt das Invalideneinkommen in der vorerwähnten Konstellation auf CHF 23'706.00 (= CHF 5'036.00 x 12 : 40 x 41.6 [Aufrechnung Wochenstunden] : 102.9 x 103.5 [Aufrechnung Teuerung] x 0.5 [Pensum] x 0.75 [leidensbedingter Abzug]) zu liegen, womit sich bei einer Einbusse von CHF 5'345.00 (= CHF 29'051.00 - CHF 23'706.00) ein Invaliditätsgrad von 18 % ergibt.

E. 7

7.1 Weiter lässt der Beschwerdeführer vorbringen, er könne die vorhandene Restarbeitsfähigkeit nicht verwerten (vgl. Beschwerde, A.S. 18 f.). Diese Frage beurteilt sich auch bei vorgerücktem Alter bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 Abs. 1 ATSG), wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obwohl an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, das zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu

verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.1.1 und 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1, je mit Hinweisen).

7.2 Die Verwertbarkeit einer bestehenden (Teil-)Arbeitsfähigkeit wurde in der Gerichtspraxis wie folgt beurteilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009, E. 4.2.2): Das (damalige) Eidgenössische Versicherungsgericht betrachtete einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar; es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und der Versicherte zwar eingeschränkt (leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil I 376/05 vom 5. August 2005, insbesondere E. 4.2). Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil I 304/06 vom 22. Januar 2007, E. 4.1 und 4.2). Verneint wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003, E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil I 401/01 vom 4. April 2002, E. 4c und d), ebenso die 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil 9C_437/2008 vom 19. März 2009, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Ebenso beurteilt wurde der Fall einer 61-jährigen Versicherten ohne Ausbildung, welche in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war, ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil aufwies, auf wohlwollende Führung und ein stressfreies Klima angewiesen war und seit 14 Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen war (Urteil 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3.1 und 3.3.2). Bejaht wurde die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung in angepasster Tätigkeit) eines Versicherten, dessen verbleibende Aktivitätsdauer im massgebenden Zeitpunkt knapp vier Jahre betrug, der keine Berufsausbildung aufwies und der als Hilfsmaurer, Strassenbauarbeiter und Lagerangestellter gearbeitet hatte (Urteil 8C_910/2015 vom 18. Mai 2016 E. 4.3.2 - 4.3.4). Verneint wurde sie dagegen bei einem Versicherten, der 60 Jahre alt war, über keine Berufsausbildung verfügte, 20 Jahre lang als Hotelportier meist mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und aufgrund seiner

gesundheitlichen Beeinträchtigungen realistischerweise nur noch für Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie eingesetzt werden konnte (Urteil 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2, publiziert in: Plädoyer 2013, S. 57). Verneint wurde die Verwertbarkeit bei einer 61-jährigen Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in geeigneten Verweistätigkeiten, die über einen sehr geringen Ausbildungsstand und ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil verfügte und eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt aufwies (Urteil 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3).

7.3 Der am 15. September 1956 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt, als das C.___-Gutachten erstattet wurde (Februar 2018; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462, Urteile des Bundesgerichts 9C_505/2016 vom 6. Juli 2017 E. 4.1, 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2, je mit Hinweisen) 61 Jahre und fünf Monate alt. Mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von drei Jahren und sieben Monaten ist es dem Beschwerdeführer unter den gegebenen Umständen noch möglich und zuzumuten, seine bestehende Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Zumutbar sind körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten des tiefsten Kompetenzniveaus oder allenfalls im mehr administrativen Gesundheitsbereich (Kompetenzniveau 2). Im Bereich einfacher Hilfsarbeiten spielen mangelhafte Sprachkenntnisse (wie auch eine fehlende Berufsausbildung) keine wesentliche Rolle ■ wobei sich an der Instruktionsverhandlung zeigte, dass der Beschwerdeführer die deutsche Sprache jedenfalls mündlich gut beherrscht ■ und eine lange Einarbeitungs- und Umstellungszeit ist meist nicht gegeben; auch eine allenfalls erforderliche kürzere Einarbeitungszeit würde eine Anstellung des Beschwerdeführers für den Zeitraum von mehr als dreieinhalb Jahren in einer einfachen Hilfstätigkeit für einen Arbeitgeber nicht von vornherein als unwirtschaftlich erscheinen lassen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer ein Studium als Arzt inklusive Spezialisierung absolviert hat und seine intellektuellen Fähigkeiten grundsätzlich nicht beeinträchtigt sind, spricht zudem dafür, dass er relativ rasch in einen neuen Bereich eingearbeitet wäre und dass er ■ im Falle einer mehr administrativen Tätigkeit im Gesundheitsbereich ■ allfällige noch aufzuholende sprachliche Defizite mit seinem grossen medizinischen Wissen wettmachen könnte. Hinzu kommt, dass der relevante ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2 mit Hinweis). Das Tätigkeitsprofil des Beschwerdeführers ist damit insgesamt nicht derart eingeschränkt, dass es keinerlei realistische Einsatzmöglichkeiten mehr gäbe.

8. Schliesslich ist aufgrund der subjektiven Eingliederungsunfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 35.1 S. 7, 11, 13, 23, 27, 30) nicht davon auszugehen, dass berufliche Massnahmen zielführend sein könnten. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch darauf ebenfalls zu Recht verneint und im Beschwerdeverfahren werden denn auch keine beruflichen Massnahmen beantragt.

9. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen im Ergebnis zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

11. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hievor).

11.1 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 Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Zu entschädigen ist der Aufwand, welcher für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (§ 160 Abs. 1 i.V.m. § 161 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Rechtsanwalt Alfred Dätwyler macht in seiner aktualisierten Kostennote vom 21. November 2019 (A.S. 65 f.) neben Auslagen von CHF 239.95 einen Zeitaufwand von 12.25 Stunden geltend, der im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen und in Anbetracht der zusätzlich durchgeführten Instruktionsverhandlung als angemessen erscheint. Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 GT). Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes beläuft sich damit auf CHF 2'633.20 (12.25 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 659.70 (Differenz zum vollen Honorar in Höhe von CHF 3'292.90), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier vom geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00 auszugehen ist. Praxisgemäss wird dieser auch vom Gericht in dieser Höhe festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist.

11.2 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die 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 A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 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 A.____ 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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

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