

# **SO\_GERICHTE VSBES.2024.216 vom 3. Dezember 2025**

SO Obergericht, 2025-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.216\\_d20251203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.216_d20251203)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.216 du 3 décembre 2025

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.216 del 3 dicembre 2025

## **Regeste**

berufliche Eingliederungsmassnahmen und Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit Eingang vom 11. November 2021 (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2) meldete sich der 1974 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf den am 8. Juni 2021 erlittenen Herzinfarkt zum Bezug von Leistungen an.

### **E. 2**

Nach Einholen u.a. der Akten des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ (IV-Nrn. 6.1 – 6.6, 13) und des Arbeitgeberfragebogens der Firma C.\_\_\_\_, [...], vom 17. November 2021 (IV-Nr. 8), erfolgte am 13. Januar 2022 ein Intake-Gespräch (IV-Nr. 15). Daraufhin wurde der Beschwerdeführer durch die berufliche Eingliederung der Beschwerdegegnerin unterstützt und betreut (vgl. IV-Nr. 30). Das ab 16. August 2022 durchgeführte Aufbautraining in der Holzwerkstatt der Firma D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 32) wurde am 30. September 2022 vorzeitig abgebrochen, da das Arbeitspensum nicht über zwei Stunden pro Tag gesteigert werden konnte (IV-Nr. 37). Mit Abschlussbericht vom 28. Oktober 2022 (IV-Nr. 39) stellte die Beschwerdegegnerin die Eingliederungsbemühungen in der beruflichen Eingliederung ein, da eine Integration auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht habe realisiert werden können.

### **E. 3**

Nach Einholen der medizinischen Akten und der Akten des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 52), empfahl Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), mit Stellungnahme vom 8. September 2023 (IV-Nr. 56 S. 2 ff.) die Durchführung eines bidisziplinären Gutachtens (Psychiatrie und Kardiologie). Dieses Gutachten wurde sodann durch die Gutachterstelle F.\_\_\_\_ am 16. März 2024 erstattet (IV-Nrn. 68.1 – 68.7). Gestützt auf dieses wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 2. April 2024 (IV-Nr. 70) die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 24. April 2024 vorsorglich Einwände erheben (IV-Nr. 71) und mit E-Mail vom 12. Juni 2024 (IV-Nr. 74) sodann mitteilen, dass er auf das Einreichen eines definitiven Einwandes verzichte. Mit Verfügung 13. Juni 2024 wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.).

### **E. 4**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. Mit ergänzender Beschwerdebegründung vom 6. September 2024 (A.S. 10 ff.) lässt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren festhalten.

#### **E. 5**

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 4. November 2024 (A.S. 24 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Sie reicht zudem die Aktennotiz von Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, vom 23. Oktober 2024 (A.S. 26 f.), ein.

#### **E. 6**

Mit Replik vom 26. November 2024 (A.S. 31 ff.) lässt der Beschwerdeführer an seinem Standpunkt festhalten und folgende Anträge stellen: 1. Es sei der beiliegende Bericht des Krankenhauses [...] vom 3. Juli 1992 inkl. beglaubigte Übersetzung vom 29. Oktober 2024 in Kopie als Urkunde 4 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 2. Es sei die beiliegende UT-Bescheinigung der [...] Armee vom 23. Februar 1995 inkl. beglaubigte Übersetzung vom 29. Oktober 2024 in Kopie als Urkunde 5 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 3. Es sei der beiliegende UT-Entscheid der [...] Armee vom 26. Mai 1998 inkl. beglaubigte Übersetzung vom 29. Oktober 2024 in Kopie als Urkunde 6 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 4. Es sei das beiliegende Gutachten der Rekrutierungskommission vom 26. Mai 1998 inkl. beglaubigte Übersetzung vom 29. Oktober 2024 in Kopie als Urkunde 7 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

#### **E. 7**

Mit Verfügung vom 14. Januar 2025 stellt die Präsidentin des Versicherungsgerichts fest, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik innert Frist verzichtet habe (A.S. 35).

#### **E. 8**

Die am 22. Januar 2025 eingereichte Kostennote des Rechtsbeistandes des Beschwerdeführers (A.S. 36 ff.) geht mit Verfügung vom 23. Januar 2025 (A.S. 41) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 9. Mit prozessleitender Verfügung vom 22. Juli 2025 (A.S. 42) teilt die Präsidentin des Versicherungsgerichts den Parteien mit, es werde beabsichtigt mit der Vorladungsverfügung zur beantragten öffentlichen Schlussverhandlung nach Art. 6 EMRK das Beweisverfahren zu schliessen. Den Parteien wird Gelegenheit gegeben, allfällige Beweismittel einzureichen. 10. Mit Eingabe vom 26. September 2025 (A.S. 49 f.) lässt der Beschwerdeführer die Urkunden Nrn. 8 – 10 einreichen (Sprechstundenbericht Pneumologie, Spital G.\_\_\_\_, vom 3. Dezember 2024; Sprechstundenbericht Pneumologie, Spital G.\_\_\_\_, vom 3. Dezember 2024 [recte: 19. Dezember 2024]; Untersuchungsbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Internist-Kardiologe, vom 24. Dezember 2024 inkl. beglaubigte Übersetzung. Weiter wird um eine ausnahmsweise Fristerstreckung von einem Monat ersucht, um bei Dr. med. I.\_\_\_\_ einen Bericht einzuholen und einzureichen. 11. Mit Verfügung vom 29. September 2025 (A.S. 51 f.) werden die Urkunden Nrn. 8 – 10 antragsgemäss als Beweismittel zu den Akten erkannt. Dem Antrag um Verlängerung der Beweismittelfrist zwecks Erhältlichmachen und Einreichen eines Berichts von Dr. med. I.\_\_\_\_ wird teilweise stattgegeben und eine unerstreckbare Frist gesetzt. Es wird zudem darüber informiert, dass ungeachtet dieser Frist zwischenzeitlich zur verlangten öffentlichen Schlussverhandlung vorgeladen werde. 12. Mit Vorladungsverfügung vom 7. Oktober 2025 (A.S. 54 f.) werden die Parteien zur

öffentlichen Verhandlung mit Anhörung der Parteivorträge auf den 3. Dezember 2025, 14.00 Uhr, vorgeladen. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Parteibefragung wird abgewiesen. 13. Mit Verfügung vom 22. Oktober 2025 (A.S. 57) wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer auf das Einreichen weiterer Beweismittel innert Frist verzichtet habe. Das Beweisverfahren wird geschlossen. 14. Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 3. Dezember 2025 (vgl. Protokoll, A.S. 59 f.) eine ergänzende Kostennote ein. 15. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. 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 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (vorliegend: 13. Juni 2024) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 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 zu stellen 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). 3. 3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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). 3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1.c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 4. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 13. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. In Bezug auf den mit angefochtener Verfügung vom 13. Juni 2024 ebenfalls abgewiesenen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist festzuhalten, dass in der Beschwerdeschrift vom 23. August 2024 bzw. der ergänzenden Beschwerdebeurteilung vom 6. September 2024 (A.S. 2 ff., 10 ff.) zwar die Aufhebung der Verfügung insgesamt verlangt wird, sich die Beschwerdebeurteilung jedoch ausschliesslich auf den Rentenanspruch bezieht. Betreffend die beruflichen Eingliederungsmassnahmen wird lediglich moniert, dass völlig unklar bleibe, warum die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen beruflicher Art abgewiesen habe (A.S. 15 unten). Es ist daher mangels Begründung auf die Beschwerde betreffend die beruflichen Massnahmen nicht einzutreten. 4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid vom 13. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2024 (IV-Nrn. 68.1 – 68.7). In diesem werden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestellt (IV-Nr. 68.2 S. 4): Koronare Eingefäss-Erkrankung (ICD-10 I25.1) - Akuter inferiorer STEMI 9. Mai 2021, LIKA: kollateralisierter Verschluss RCA Mitte PTCA / DES 9. Juni 2021 - TTE 9. Juni 2021: LVEF 52 %, Akinesie mit Aneurysma inferobasal, RV-Dilat. mit schwer eingeschränkter Funktion - Spiroergo 7. Juni 2021: Leistung 140 W, VO2max 71 % Soll, Spiroergo 12. November 2021: 154 W, VO2max 78 % Soll - TTE 12. November 2021: LVEF 52 %, RV normal weit, normale longitudinale, leicht eingeschränkte radiäre Funktion - TTE 4. Januar 2024: LVEF 55 %, inf. Aneurysma, normale RV-Funktion, aktuell stabiler Befund LVEF 50 – 55 % Es gebe keine Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer zu 7 – 8 Stunden pro Tag anwesend sein (S. 6). Es bestehe eine reduzierte Leistungs-fähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum, betrage 75 %

(25 % Arbeitsunfähigkeit). Bei einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit sollte es sich um eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne körperlich schwere Belastung handeln. In einer solchen Tätigkeit wäre die maximale Präsenz des Beschwerdeführers 8 – 8.5 Stunden pro Tag, ohne Leistungseinschränkung. Die Arbeitsfähigkeit betrage dabei 100 %. Die aktuell geschätzten Arbeitsfähigkeiten könnten – nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Juni 2021 – seit Dezember 2021 angenommen werden.

4.2 Das Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Zudem haben die Experten den Beschwerdeführer – jeweils unter Beizug eines [...] sprechenden Dolmetschers (vgl. IV-Nrn. 68.4 S. 2 und 5, 68.5 S. 1 und 3) – zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (IV-Nrn. 68.4 S. 3 ff., 68.5 S. 1 ff.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nrn. 68.4 S. 5 f., 68.5 S. 3 f.) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 68.3). Auf dieser Grundlage nahmen die Experten sodann die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nrn. 68.4 S. 6 ff., 68.5 S. 4 ff.). In der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 68.2), welche vor dem Hintergrund der objektivierten Befunde nachvollziehbar ist. Die formellen Vorgaben sind erfüllt. Auf die diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers wird unter E. II. 5 hiernach eingegangen.

4.3 Es ist nachfolgend auf die beiden Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten den Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

4.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 68.4) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, u.a. fest, es könne beim Beschwerdeführer keine Diagnose gestellt werden (S. 7). Diese Einschätzung vermag aufgrund der festgestellten psychiatrischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten. So hielt der psychiatrische Experte fest (S. 5 f.), der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten voll orientiert. Er wirke normintelligent und es hätten sich im Gespräch keine Hinweise auf klinisch relevante Beeinträchtigungen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis gefunden. Die Stimmungslage habe sich ausgeglichen gezeigt, es sei insbesondere kein depressiver Affekt vorhanden gewesen bei normalem Antrieb und einer guten affektiven Modulationsfähigkeit. Formalgedanklich hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Psychotisches, insbesondere halluzinatorisches oder wahnhaftes Erleben hätten nicht bestanden, das Ich-Erleben sei unbeeinträchtigt gewesen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, seit seiner Kindheit unter Ängsten zu leiden, allein zu sein, was sich jedoch dadurch gebessert habe, dass er sich einen Labrador gekauft habe. Symptome aus dem Spektrum der Angststörungen, respektive frei flotierende Ängste katastrophisierenden Charakters, Zwänge oder Phobien seien negiert worden, ebenso wie lebensmüde Gedanken. Da in der psychiatrischen Exploration nebst diesen unauffälligen Befunderhebungen keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden hätten festgestellt werden können (S. 6), erscheint die Einschätzung von Dr. med. J.\_\_\_\_ nachvollziehbar, wonach der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 8). Das psychiatrische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

4.3.1.1 Nachfolgend zu prüfen ist, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens allenfalls zu schmälern vermögen. Unter dem Titel

«Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus psychiatrischer Sicht» (IV-Nr. 68.4 S. 6 f.) setzte sich Dr. med. J. \_\_\_ mit den relevanten medizinischen Vorakten auseinander. Darauf ist nun einzugehen: Dr. med. J. \_\_\_ befasste sich zunächst mit dem Arztbericht der den Beschwerdeführer seit 8. Februar 2022 behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 20. April 2022 (IV-Nr. 23). Dabei hielt der psychiatrische Experte zunächst fest, es werde im entsprechenden Arztbericht diagnostisch von Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) und einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1) ausgegangen. Dies erweist sich als korrekt. So finden sich die entsprechenden Diagnosestellungen auch in den gemäss vorliegenden Akten weiter dokumentierten medizinischen Berichten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 2. November 2022 und 31. Mai 2023 (IV-Nrn. 40, 52 S. 356 ff., 53). Dr. med. I. \_\_\_ hielt sowohl im Bericht vom 20. April 2022 als auch in den Folgeberichten nebst einigen somatischen Diagnosen (akuter Myokardinfarkt am 8. Juni 2021, infolgedessen STEMI am 9. Juni 2021; Status nach eher infektiös bedingter Raumforderung in der Unter- und Oberlappen den linken Lungenflügel mit Pleuraerguss beidseits im November 2021, unter Antibiotika vollständig regrediert; Status nach Nikotinabhängigkeit [ICD-10 F17.20] seit dem 9. Juni 2021 abstinent; Totale Alkoholabstinenz seit dem 9. Juni 2021; Eosinophilie, unklarer Genese [aus den Akten des Spitals K. \_\_\_]; Status nach multiplen Körperverletzungen verursacht durch die Kriegsbombenexplosion in [...] 1992, ohne Symptome einer PTBS; Vitamin D Mangel [Mai 2022]) eine «Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2)» und eine «ängstlich unsichere Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1)» fest (IV-Nr. 23 S. 1). Da sich Dr. med. I. \_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisiert hat, kommt den durch sie auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezogenen Diagnosestellungen kaum Beweiswert zu. Es ist daher nicht weiter auf diese einzugehen. Die indes von Dr. med. I. \_\_\_ beschriebene «Angst» wird im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J. \_\_\_ bestätigt. So habe der Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Exploration angegeben, seit seiner Kindheit Ängste zu haben, allein zu sein. Dies habe sich indes durch den Kauf eines Hundes deutlich gebessert (IV-Nr. 68.4 S. 6). In diesem Sinn äusserte sich der Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Exploration dahingehend, als es ihm psychisch nicht immer gut gegangen sei. Manchmal kämen Nervosität und Ängste auf. Aber seit Ende 2021 habe sich dies deutlich gebessert. Damals habe er nachts kaum schlafen können (IV-Nr. 68.4 S. 3). Diese, vom Beschwerdeführer geschilderte Verbesserung seines Gesundheitszustandes ist auch dem Verlaufsbericht von Dr. med. I. \_\_\_ vom 31. Mai 2023 (IV-Nr. 53 S. 2) zu entnehmen. So wurde in diesem festgehalten, dass es im Verlauf der Behandlung zu einer Besserung des psychischen Zustandes gekommen sei. Der Beschwerdeführer berichte über eine Besserung des Schlafes, Appetits, Antriebs und über weniger Ängste, besonders im Vergleich mit dem Anfang der Therapie. Unter diesen Umständen ging Dr. med. I. \_\_\_ von einer guten Prognose für die depressive Reaktion aus und hielt zugleich fest, dass die Ängste den Beschwerdeführer eine längere Zeit begleiten könnten, einerseits als Begleiter der Herzerkrankungen, andererseits als Folge einer eher ängstlich veranlagten, zum Teil auch selbstunsicheren Persönlichkeit (IV-Nr. 53 S. 3). Zu dieser Einschätzung der behandelnden Psychiaterin äusserte sich der psychiatrische Experte Dr. med. J. \_\_\_ dahingehend, als sich aus diesen Symptomen allein – wie von der behandelnden Psychiaterin festgestellt – keine ängstliche Persönlichkeitsstruktur ableiten lasse. Zudem finde sich in der aktuellen Untersuchung auch keine depressive Symptomatik mehr. Ferner ging Dr. med. J. \_\_\_ zur im Bericht vom 20. April 2022 von Dr. med. I. \_\_\_

(IV-Nr. 23) weiter enthaltenen Feststellung ein, wonach sich der Beschwerdeführer aus Angst vor einem erneuten Myokardinfarkt nicht traue weiter von zu Hause wegzugehen. So hielt der gutachterliche Experte diesbezüglich fest, dieser Gedanken sei vor einem realen Hintergrund als normalpsychologisch nachvollziehbar und nicht von Krankheitswert zu beurteilen. Zudem habe der Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung als Grund dafür, dass er nicht allzu weit weggehe, angegeben, er habe Mühe mit warmem Wetter und sei rasch erschöpft. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration u.a. an, er könne nicht gut atmen, wenn es draussen warm sei und ihn würden Wetteränderungen stören (IV-Nr. 68.4 S. 9). Unter diesen Umständen erscheint die Tatsache, dass der Beschwerdeführer sich nicht weit von zu Hause entferne, eher mit der nachvollziehbaren Angst vor einem neuen Myokardinfarkt, der jeweiligen Wetterlage und der körperlichen Kondition des Beschwerdeführers zusammenzuhängen, als mit konkreten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Dr. med. J. \_\_\_ setzte sich im Weiteren auch mit dem Verlaufsbericht von Dr. med. I. \_\_\_ vom 31. Mai 2023 (IV-Nr. 53) auseinander. Darin werde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von Angst und Depression gemischt ausgegangen, von einer ängstlich – unsicheren Persönlichkeitsstruktur, einem akuten Myokardinfarkt am 8. Juni 2021, Status nach Nikotinabhängigkeit, totaler Alkoholabstinenz seit dem 9. Juni 2021, Eosinophilie unklarer Genese, Status nach multiplen Körperverletzungen verursacht durch die Kriegsbombenexplosion in [...] 1992 sowie einem Vitamin D-Mangel. Dem kann beigespflichtet werden, wobei als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch ein «Status nach eher infektiös bedingter Raumforderung in der Unter- und Oberlappen den linken Lungenflügel mit Pleuraerguss beidseits im November 2021, unter Antibiotika vollständig regrediert» ausgewiesen wurde. Somit beinhaltet die Diagnosestellung der den Beschwerdeführer behandelnden Psychiaterin etliche somatische Diagnosen. Es kann daher der diesbezüglichen Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. J. \_\_\_ gefolgt werden, wonach der Bericht vom 31. Mai 2023 eine Reihe fachfremder Diagnosen enthalte (IV-Nr. 68.4 S. 7). Dies gilt auch für die weitere Feststellung von Dr. med. J. \_\_\_, dass im entsprechenden Bericht keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht worden seien. So äusserte sich die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_ im entsprechenden Verlaufsbericht vom 31. Mai 2023 lediglich zum Verlauf, zu den therapeutischen Massnahmen und zur Prognose. Indem Dr. med. I. \_\_\_ in Bezug auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 3. November 2022 verändert habe, sowohl das Feld «verschlechtert» als auch «verbessert» ankreuzte, vermag die diesbezügliche Feststellung von Dr. med. J. \_\_\_ zu überzeugen, wonach dies «irritiere» (IV-Nr. 68.4 S. 7). Insgesamt wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. J. \_\_\_ durch die Berichte von Dr. med. I. \_\_\_ nicht verringert. Dr. med. J. \_\_\_ befasste sich ebenfalls mit dem durch den Krankentaggeldversicherer B. \_\_\_ in Auftrag gegebenen, fachpsychiatrischen Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_ vom 20. Juni 2022 (IV-Nr. 52 S. 292 ff.). In Bezug auf die darin ausgewiesene «leichte- bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01)» (IV-Nr. 53 S. 295) wies Dr. med. J. \_\_\_ darauf hin, dass im psychopathologischen Befund insbesondere angegeben werde, es habe keine Depressivität festgestellt werden können, was – so Dr. med. J. \_\_\_ – gegen eine depressive Episode spreche (IV-Nr. 68.4 S. 6 f.). Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So stellte Dr. med. L. \_\_\_ bei seiner Exploration weitgehend unauffällige Befunde fest. Der Beschwerdeführer sei z.B. wach und in allen Achsen orientiert. Auffassungsvermögen,

Aufmerksamkeitsfähigkeit und das Gedächtnis erschienen intakt. Der formale Gedankengang sei unauffällig. Es finde sich eine leichtgradige Einengung des inhaltlichen Denkfanges auf seine unklare berufliche und gesundheitliche Situation. Andere inhaltliche Denkstörungen hätten nicht erhoben werden können. Es fänden sich keine Hinweise auf Wahn, Sinnesstörungen oder Ich-Störungen. Ein affektiver Rapport sei trotz Dolmetschersituation gut herstellbar. Psychomotorisch erscheine der Beschwerdeführer nervös und etwas angetrieben. Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt sodann explizit fest, es könne keine Depressivität festgestellt werden. Unter diesen Umständen erscheint die von Dr. med. L.\_\_\_\_ dennoch diagnostizierte leichte- bis maximal mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) nicht nachvollziehbar. Auch die weitere Einschätzung von Dr. med. J.\_\_\_\_, wonach im Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ von einer um 80 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, was indes in keiner Weise nachvollziehbar sei, überzeugt. So hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lediglich fest, dass sich unter Verweis auf die «obigen Ausführungen bezüglich somatischer Problematik aus psychiatrischer Optik im Moment eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von ca. 80 %» ergäbe (IV-Nr. 52 S. 296 unten). Eine eingehende Auseinandersetzung bzw. Begründung dieser auf 80 % bezifferten Arbeitsfähigkeit findet sich indes nicht. Aus dem Gutachten geht somit nicht klar hervor, worauf sich die 80%ige Arbeitsunfähigkeit konkret stützt. Insgesamt vermag somit das psychiatrische Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2022 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht zu verringern. Daran vermag auch die, auf Nachfrage des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_, durch Dr. med. L.\_\_\_\_ verfasste Stellungnahme vom 29. Juli 2022 (IV-Nr. 52 S. 316 f.) nichts zu ändern. So räumte er darin einerseits einen diagnostischen Fehler ein: Es liege kein somatisches Syndrom vor. Es handle sich im Gutachten um einen Fehler der Transkription bzw. um ein Übersehen bei der Abschlusskontrolle. Die vom Beschwerdeführer angegebene Symptomatik mit gestörtem Schlaf, rascher Ermüdbarkeit, anhaltender Müdigkeit, gestörten Antriebes etc., gehöre aber – so Dr. med. L.\_\_\_\_ – klassischerweise zum depressiven Symptomenbild. Unter diesen Umständen kann zumindest nicht ausgeschlossen werden, dass sich Dr. med. L.\_\_\_\_ im Rahmen der Diagnosestellung im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützte und die bei der gutachterlichen Exploration erhobenen Befunde nicht in hinreichender Weise berücksichtigte bzw. sich damit nicht ausreichend auseinandersetzte.

4.3.1.2 Zusammenfassend vermögen die vor dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2024 verfassten psychiatrischen Berichte und Gutachten den Beweiswert desselben nicht in Frage zu stellen. Das psychiatrische Teilgutachten genießt somit vollen Beweiswert. Da im Lichte des beweismässigen psychiatrischen Teilgutachtens eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt in überzeugender Weise verneint wird, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

4.3.2 Nachfolgend ist auf das kardiologische Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Kardiologie, vom 12. Januar 2024 (IV-Nr. 68.5) einzugehen. Darin hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fest: «Koronare Eingefäss-Erkrankung (ICD-10 I25.1)» (IV-Nr. 68.5 S. 5). Diese Diagnosestellung vermag aufgrund der von Dr. med. M.\_\_\_\_ festgestellten medizinischen Beurteilung einzuleuchten (S. 4): So habe der Beschwerdeführer im Juni 2021 einen inferioren STEMI erlitten, in dessen Folge bei 1-Ast-KHK ein Verschluss der mittleren ACD wieder eröffnet und mit einem DES versorgt worden sei. Es habe sich

echokardiographisch initial eine erhaltene LV-Funktion bei Akinesie mit Aneurysmabildung inferobasal gezeigt, die RV-Funktion sei schwer eingeschränkt gewesen. Der Beschwerdeführer habe eine kardiale Rehabilitation absolviert, in welcher er beim Austritt gute 154 Watt geleistet habe; inzwischen habe sich die RV-Funktion deutlich gebessert. Bei weiteren Kontrollen sei die LV-Funktion um 50 – 55 % stabil gewesen, der Beschwerdeführer habe als Beschwerden eine Dyspnoe NYHA II beklagt, dies bis heute. Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt, da der Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Exploration angegeben habe, seit dem Infarkt immer unter einer Anstrengungsdyspnoe gelitten zu haben, was seitdem nie besser geworden sei (S. 2). Die vom Beschwerdeführer weiter angegebene Problematik, wonach er eigentlich immer beim Laufen keine Kraft und keine Luft mehr habe (S. 2) wurde vom kardiologischen Experten als «allgemeine Kraftlosigkeit» beurteilt (S. 2). Dies erscheint aufgrund der durchgeführten Untersuchungsbefunde mit klinisch und elektrisch negativer Ergometrie bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit durchaus schlüssig (S. 4). In diesem Zusammenhang vermag auch die weitere Einschätzung von Dr. med. M.\_\_\_\_ einzuleuchten, wonach beim Beschwerdeführer eine zunehmende Dekonditionierung bestehe (S. 5). So hielt der kardiologische Gutachter diesbezüglich u.a. fest, der Beschwerdeführer habe seit dem Herzinfarkt im Juni 2021 nicht mehr in seinem Beruf (Maurer Hochbau) gearbeitet, ein zwischenzeitlicher Arbeitsversuch (leichte Holzarbeiten) sei wegen Kraftlosigkeit und Dyspnoe abgebrochen worden (S. 4). In diesem Sinn gab auch der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration an, seit dem Infarkt vom Juni 2021 immer unter einer Anstrengungsdyspnoe gelitten zu haben, was seitdem nie besser geworden sei. Die Lunge sei abgeklärt worden und okay (S. 2). Es kann an dieser Stelle ferner darauf hingewiesen werden, dass sich die Möglichkeit einer beim Beschwerdeführer bestehenden Dekonditionierung auch den übrigen medizinischen Akten entnehmen lässt. So wurde bspw. im Bericht «ambulante kardiale Rehabilitation: Eintrittsbericht vom 7. Juli 2021» (IV-Nr. 12 S. 12 ff.) festgehalten, der Beschwerdeführer habe in der Spiroergometrie mit bis 140 Watt belastet werden können. Hier habe sich eine leicht reduzierte kardiorespiratorische Fitness und leicht reduzierte muskuläre Leistungsfähigkeit gezeigt und es sei auf eine im Vordergrund stehende Dekonditionierung hingewiesen worden (IV-Nr. 12 S. 14). Das kardiologische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig. 4.3.2.1 Es stellt sich die Frage, ob das grundsätzlich beweiswertige kardiologische Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2024 durch die medizinischen Vorakten allenfalls geschmälert wird. Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus kardiologischer Sicht» (IV-Nr. 86.5 S. 5) setzte sich Dr. med. M.\_\_\_\_ mit den relevanten medizinischen Vorakten auseinander. Darauf ist nun einzugehen: Der kardiologische Gutachter befasste sich zunächst mit den «letzten Vorbefunden des behandelnden Kardiologen Dr. med. N.\_\_\_\_, wobei er ausführte, dass die aktuell erhobenen Befunde in der TTE [Transthorakalen Echokardiographie] im Wesentlichen den letzten Vorbefunden von Dr. med. N.\_\_\_\_ entsprächen. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So wurde anlässlich der von Dr. med. N.\_\_\_\_ zuletzt durchgeführten TTE vom 29. Juni 2023 (vgl. Bericht vom 5. Juli 2023, IV-Nr. 55 S. 2 ff.) Folgendes festgestellt: «Es zeige sich ein normal dimensionierter linker Ventrikel mit knapp normaler Funktion (EF 55 %). Inferiores Aneurysma bekannt. Keine relevanten Vitien. Rechter Ventrikel in Form und Funktion normal.» (S. 2 unten). Mit diesen Ergebnissen korrespondieren die anlässlich des kardiologischen Teilgutachtens vom 12. Januar 2024 erhobenen Befunde. So hielt der kardiologische Experte u.a. Folgendes fest: «Normal dimensionierter LV mit normaler globaler Funktion, LVEF visuell

50 – 55 %, Aneurysma mit Akinesie inferobasal, unauffällige diastolische Funktion. Normal dimensionierte Vorhöfe. RV normal gross mit guter Funktion (TAM 20). Trikuspidale Aortenklappe ohne relevantes Vitium. Mitralklappe strukturell unauffällig ohne Vitium. PK zart ohne Vitium. TK ohne relevante Insuffizienz, womit sich der sPAP nicht bestimmen lasse. Aortale Abschnitte normal weit mit A.asc. 35 mm, Sinus valsalvae 34 mm, A.abd. 18 mm, kein Perikarderguss.» (IV-Nr. 68.5 S. 3 f.). Ferner hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, dass nach Diagnose eines inferioren STEMI eine PTCA mit DES der mittleren ACD durchgeführt worden sei. Ob es hierbei zu einer verzögerten Diagnosestellung gekommen sei, wie der Beschwerdeführer dies in seinen Angaben suggeriere, könne der kardiologische Experte indes nicht beantworten. Im Verlauf habe sich – so Dr. med. M.\_\_\_\_ – jedenfalls eine stets erhaltene bis normale globale LV-Funktion gezeigt und die initial eingeschränkte RV-Funktion habe sich wieder erholt. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann unter Verweis auf die obigen Ausführungen betreffend der am 29. Juni 2023 durchgeführten TTE (IV-Nr. 55 S. 2 ff.) gefolgt werden. Folglich vermag der Bericht vom 5. Juli 2023 von Dr. med. N.\_\_\_\_ (IV-Nr. 55 S. 2 ff.) den Beweiswert des kardiologischen Teilgutachtens von Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. 4.3.2.2 Es stellt sich die Frage, ob der Beweiswert des kardiologischen Teilgutachtens von Dr. med. M.\_\_\_\_ durch die im Beschwerdeverfahren durch den Beschwerdeführer eingereichten, am 29. Oktober 2024 übersetzten, medizinischen Akten (Urkunden Nrn. 4 – 7, vgl. E. I. 6 hiervor) allenfalls verringert wird. Dem orthopädisch-traumatologischen Bericht des Krankenhauses [...] vom 3. Juli 1992 (Urkunde Nr. 4) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 20. Juni 1992 wegen durch Explosionen entstandenen Wunden am ganzen Körper ins Spital aufgenommen und sofort operiert worden sei (sog. «Revision vulneris»). Die Operation sei reibungslos verlaufen. Der Beschwerdeführer habe mit gutem Lokalbefund und in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können. Der «Bescheinigung» vom 23. Februar 1995 (Urkunde Nr. 5) ist in diesem Zusammenhang ferner zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer als Mitglied der Armee am 20. Juni 1992 bei der Ausführung von Kampfeinsätzen durch eine feindliche Granate an den Beinen, Armen und am Rücken verletzt worden sei. Dazu lässt sich Folgendes festhalten: Aus den vorliegenden Akten geht in Bezug auf das sich am 20. Juni 1992 – und damit klar zu einer relativ langen Zeit vor dem Herzinfarkt vom 8. Juni 2021 – zugetragenere Ereignis nicht hervor, inwiefern sich die damals erlittenen somatischen Verletzungen des Beschwerdeführers auf die im hier massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) bestehende gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers auszuwirken vermögen. So finden sich insbesondere in den vorliegenden medizinischen Berichten keine Anhaltspunkte, die nach den erlittenen Kriegsverletzungen aus dem Jahr 1992 gesundheitliche Folgeschäden dokumentieren würden. Dies wird auch vom Beschwerdeführer nicht dargetan. Es lässt sich im Übrigen festhalten, dass den Gutachterpersonen der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ die sich im Jahr 1992 zugezogenen Verletzungen des Beschwerdeführers durchaus bekannt waren. So wurde z.B. im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens bei der Diskussion früher verfasster Arztberichte festgehalten, es sei beim Beschwerdeführer ein «Status nach multiplen Körperverletzungen verursacht durch die Kriegsbombenexplosion in [...] 1992» festgestellt worden (IV-Nr. 86.4 S. 7). Unter diesen Umständen und auch aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration weder über Schmerzen an den Extremitäten noch im Rückenbereich klagte (vgl. IV-Nrn. 68.4 S. 3, 68.5 S. 1 f.), ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachterpersonen nicht näher darauf eingegangen sind. Daran vermögen auch die

beiden anderen durch den Beschwerdeführer eingereichten Urkunden Nrn. 6 und 7 nichts zu ändern. So ist dem «Entscheid» des Verteidigungsministeriums der Republik [...] vom 26. Mai 1998 (Urkunde Nr. 6) im Wesentlichen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der erlittenen Verletzungen als wehrdienstuntauglich erklärt worden sei. Es wird jedoch weder durch den Beschwerdeführer dargetan noch ist ersichtlich, inwiefern aus diesem Bericht für den hier zu beurteilenden Fall etwas abgeleitet werden könnte. Dies trifft ferner auch auf die ebenfalls eingereichte Urkunde Nr. 7 mit dem Titel «Befund, Beurteilung und Gutachten» vom 26. Mai 1998 (Urkunde Nr. 7) zu. So geht aus dieser im Wesentlichen hervor, dass der Beschwerdeführer dauerhaft nicht zum Militärdienst fähig sei. Inwiefern sich daraus ein Zusammenhang mit dem heute bestehenden Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergeben soll, ist nicht ersichtlich. Mit diesen Ausführungen sind auch die Einschätzungen der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 23. Oktober 2024 (A.S. 26 f.) vereinbar. So hielt sie fest, es sei dem Beschwerdeführer möglich gewesen, trotz den somatischen Folgen der Kriegsbombenexplosion über viel Jahre schwere Arbeiten als Maurer zu verrichten. Daher sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb nun nach über 30 Jahren hierzu rheumatologische Abklärungen erfolgen sollten. Insgesamt vermögen somit diese durch den Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten Dokumente (Urkunden Nrn. 4 – 7) den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F. \_\_\_ nicht zu schmälern.

4.3.2.3 Ferner ist auf die durch den Beschwerdeführer ebenfalls im Rahmen des Beschwerdeverfahrens am 26. September 2025 (A.S. 49 f.) eingereichten «Sprechstundenberichte Pneumologie» des Spitals G. \_\_\_ vom 3. und 19. Dezember 2024 (Urkunden Nrn. 8 – 9) sowie den auf Deutsch übersetzten Bericht von Dr. med. H. \_\_\_, Internist-Kardiologie, vom 24. Dezember 2024 (Urkunde Nr. 10) einzugehen. Diese Berichte wurden erst nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 13. Juni 2024 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) erstattet. Es ist an dieser Stelle dennoch auf diese einzugehen, soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen resp. Rückschlüsse darauf zulassen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_295/2021 vom 9. August 2021 E. 3.4 m.H.). In den pneumologischen Sprechstundenberichten wurden folgende Hauptdiagnosen ausgewiesen: «1. Ventrikuläre Extrasystolie, Erstdiagnose 26. November 2024; 2. Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktur (HFpEF); 3. Koronare Herzkrankheit, Erstdiagnose Juni 2021; 4. Asthma Bronchiale, Erstdiagnose Juli 2021; 5. Chronischer Alkoholabusus; 6. Passagere, am ehesten infektiöse Raumforderungen, 2021». Im Bericht vom 19. Dezember 2024 (Urkunde Nr. 9) wurde sodann folgende Beurteilung festgehalten: Anlässlich der durchgeführten Computertomographie vom 19. Dezember 2024 habe eine interstitielle Lungenkrankheit ausgeschlossen werden können. Die sich dorsal zeigende Milchglastrübung wurde zudem als physiologische Stauungskomponente und nicht als pathologischer computertomographischer Befund gewertet. Es wurde ferner festgehalten, dass die Kardiomegalie auffällig sei, welche z.T. die grenzwertige lungenfunktionelle Restriktion (auch Adipositas-bedingt) erklären dürfe. Es wurde daher empfohlen, nach kardiologischer Abklärung eine Gewichtsreduktion (zugunsten der funktionellen Restriktion) durchzuführen. Gestützt auf diese vorgenommenen Einschätzungen ist beim Beschwerdeführer im hier massgebenden Zeitpunkt vom 13. Juni 2024 nicht von einer relevanten lungenspezifischen gesundheitlichen Einschränkung auszugehen. In Bezug auf den übersetzten Bericht betreffend die Kontrolluntersuchung von Dr. med. H. \_\_\_, Internist-Kardiologie, vom 24. Dezember 2024 (Urkunde Nr. 10) finden sich keine, sich auf den hier massgebenden Zeitraum bis zum 13. Juni 2024 wesentlich vom Gutachten der

Gutachterstelle F.\_\_\_\_ abweichenden Feststellungen. Die Einschätzungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, wonach der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht nicht in der Lage sei, körperlich zu arbeiten und ihm eine leichte körperliche Arbeit zu 1.5 Stunden pro Tag möglich sei, sind sehr generell gehalten bzw. werden nicht substantiiert begründet und vermögen daher nicht zu überzeugen. Der Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2024 wird somit weder durch die pneumologischen Sprechstundenberichte vom 3. und 19. Dezember 2024 noch durch den Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2024 in Frage gestellt. 5. Nachfolgend ist auf die durch den Beschwerdeführer gegen das grundsätzlich beweismässige Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2024 vorgebrachten Einwände einzugehen: 5.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe trotz der in den Akten enthaltenen Hinweisen für pulmonale Limitierungen auf den Beizug der lungenärztlichen Fachdisziplin verzichtet. So hätten bereits die Bodyplethysmographien vom Juli und November 2021 mittelschwere pulmonale Restriktionen bei leicht eingeschränkter CO-Diffusion ergeben (A.S. 12). Aus den vorliegenden Akten ergibt sich diesbezüglich Folgendes: Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt in seinem kardiologischen Teilgutachten vom 12. Januar 2024 unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus kardiologischer Sicht» (IV-Nr. 68.5 S. 5) fest, dass bei langjährigem Nikotinabusus und pulmonalen Veränderungen (Restriktion, Hyperreagibilität) ein Teil der Beschwerden pulmonal bedingt sein dürfte und zudem wahrscheinlich eine gewisse Dekonditionierung bestehe. Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der kardiologische Gutachter im Rahmen der «medizinischen Beurteilung» (IV-Nr. 68.5 S. 5) ausführte, dass sich bei der letzten durchgeführten Ergometrie im Sommer 2022 bei langjährigem Nikotinabusus eine mittelschwere pulmonale Restriktion, eine leicht eingeschränkte CO<sub>2</sub>-Diffusion und eine leichte bronchiale Hyperreagibilität zeigten. Gestützt auf diese gutachterlichen Feststellungen ist davon auszugehen, dass die eingeschränkte Lungenfunktion des Beschwerdeführers im Wesentlichen auf den bis zum Herzinfarkt im Juni 2021 anhaltenden, relativ starken Nikotinabusus des Beschwerdeführers von ca. 90 py (IV-Nr. 55 S. 3) zurückzuführen ist. Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt auch in Bezug auf den vorzeitig abgebrochenen Arbeitsversuch des Beschwerdeführers in einem holzverarbeitenden Betrieb fest (IV-Nr. 68.5 S. 6), die kardialen Befunde würden die beklagte Beschwerden bei nur leicht belastender Tätigkeit nicht erklären. Es bestehe – so der kardiologische Experte – hier «allenfalls eine relevante pulmonale Einschränkung». In Bezug auf die von Dr. med. M.\_\_\_\_ somit ins Feld geführten, lungenbezogenen Beschwerdeäusserungen, wies der kardiologische Gutachter indes im Weiteren darauf hin, dass sich in der aktuellen Ergometrie keine Hinweise für eine Ischämie ergäben hätten und der Beschwerdeführer ausserdem keine pectanginösen Beschwerden beklage, wie er diese beim Infarkt gehabt habe. Daher könne gemäss dem kardiologischen Experte zur Sicherheit im Verlauf noch eine bildgebende Ischämiesuche durchgeführt werden (IV-Nr. 68.5 S. 6). Gemäss diesen gutachterlichen Einschätzungen ist davon auszugehen, dass der kardiologische Experte die beim Arbeitsversuch aufgetretene Dyspnoe nicht allein aus kardiologischen Gründen zu erklären vermag, sondern pulmonale Gründe ins Feld führt. Wie oben bereits aufgezeigt, liegen beim Beschwerdeführer wegen des langjährigen und relativ starken Nikotinabusus unbestrittenermassen pulmonale gesundheitliche Einschränkungen vor. Der kardiologische Experte empfahl in diesem Zusammenhang aber nicht explizit den Beizug eines auf das medizinische Fachgebiet der Pulmonologie spezialisierten Facharztes. Auch in der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» ist keine konkrete Forderung bezüglich weiterer

pulmonaler Abklärungen enthalten. Dies ist nicht zu beanstanden. Denn eine entsprechende pulmologische Abklärung würde in erster Linie dazu dienen, den Grund für die somatischen Beeinträchtigungen zu finden, deren Auswirkungen indes gestützt auf die bereits durchgeführten Testverfahren schon vorliegen. Eine entsprechende medizinische Untersuchung erübrigt sich daher unter diesem Aspekt. Folglich vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. In diesem Sinn hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 23. Oktober 2024 (A.S. 26 f.) fest, eine relevante pulmonale Einschränkung habe für das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers keine Relevanz. So seien eine leichte pulmonale Hyperreagibilität oder formal Asthma bronchiale gut behandelbar und hätten im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Daher seien zusätzliche pulmonale Abklärungen nicht von Nöten. Diesen Ausführungen kann sodann gestützt auf die durch den Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte der pneumologischen Sprechstunden vom 3. und 19. Dezember 2024 (vgl. E. II. 4.3.2.3 hiervor) gefolgt werden. Somit vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Der Beweiswert des F. \_\_\_-Gutachtens wird dadurch nicht verringert.

5.2 Der Beschwerdeführer rügt im Weiteren (A.S. 13, vgl. auch Protokoll vom 3. Dezember 2025), es sei im Gutachten der Gutachterstelle F. \_\_\_ von einer unvollständigen Feststellung des Sachverhalts durch die Beschwerdegegnerin auszugehen. So seien sowohl der Bericht des Spitals K. \_\_\_, Klinik für Kardiologie, vom 11. Juli 2021, in dem auf die linksthorakalen Schmerzen und passagere Beinschmerzen verwiesen worden sei, als auch der Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ vom 31. Mai 2023, in welchem auf multiple Körperverletzungen, verursacht durch die Kriegsbombenexplosion in [...] 1992 hingewiesen worden sei, nicht berücksichtigt worden. Dieser Ansicht des Beschwerdeführers kann indes nicht gefolgt werden. So werden diese Berichte unter dem Titel «Aktenauszug» im Gutachten der Gutachterstelle F. \_\_\_ aufgeführt (IV-Nr. 68.3 S. 2 f.). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Gutachterpersonen von diesen medizinischen Berichten Kenntnis hatten. Inwiefern sich die gutachterlichen Experten mit diesen beiden medizinischen Berichten bzw. den darin enthaltenen Diagnosestellungen substantiiert hätten auseinandersetzen müssen, ist jedoch weder ersichtlich noch wird dies durch den Beschwerdeführer geltend gemacht. Es kann an dieser Stelle in allgemeiner Weise festgehalten werden, dass die gutachterlichen Experten nicht gehalten sind, sich mit sämtlichen Vorakten eingehend auseinanderzusetzen. Sie haben sich vielmehr auf die relevanten medizinischen Akten zu beschränken, wobei ihnen ein gewisser Ermessensspielraum einzuräumen ist. Das Vorbringen des Beschwerdeführers läuft somit ins Leere.

5.3 Der Beschwerdeführer bemängelt sodann, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 9. Januar 2024 vermöge nicht zu überzeugen (A.S. 13). So habe er keine psychiatrische Diagnose von Krankheitswert genannt, obwohl er gleichzeitig angegeben habe, es habe sich «nach einem Herzinfarkt eine depressive Symptomatik entwickelt, aufgrund derer sich der Beschwerdeführer in ambulante fachpsychiatrische Behandlung begeben habe und unter der sich bis heute eine erhebliche Verbesserung des psychischen Zustandsbildes verzeichnet habe.». Es sei deshalb nicht einzusehen, weshalb der Gutachter keine «depressive Störung, gegenwärtig remittiert», diagnostiziert habe. Dr. med. J. \_\_\_ legte unter dem Titel «Herleitung der Diagnosen» explizit und in schlüssiger Weise dar, weshalb er keine psychiatrische Diagnose feststellen könne (IV-Nr. 68.4 S. 7). So habe sich zunächst in der Untersuchung ein völlig unauffälliger psychopathologischer Befund gezeigt, insbesondere sei keine depressive Stimmungslage vorhanden gewesen.

Ausserdem seien vor dem Herzinfarkt keine pathologisch affektive Symptomatik beschrieben worden, sodass die vorbeschriebene depressive Symptomatik gemäss Dr. med. J. \_\_\_ am ehesten als eine Folge des Herzinfarktes – wie nicht selten vorkommend – anzusehen sei. Eine pathologische affektive Symptomatik, respektive eine depressive Episode, habe sodann zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr festgestellt werden können. Der psychiatrische Experte führte im Weiteren aus, dass sich die Symptomatik bezüglich der vom Beschwerdeführer geschilderten Ängste seit der Kindheit bestehend, allein zu sein, durch den Kauf eines Hundes deutlich gebessert hätten. Gemäss Dr. med. J. \_\_\_ sei allein hieraus keine ängstliche Persönlichkeitsstruktur abzuleiten. Auch lebensgeschichtlich ergäben sich hierfür keine Anhaltspunkte. So sei der Beschwerdeführer dreimal verheiratet gewesen, sei langjährig verschiedenen beruflichen Tätigkeiten nachgegangen, es fänden sich daher keine Anhaltspunkte für eine entsprechende pathologische Symptomatik. Auch die beklagte erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, die beklagte insgesamt Minderbelastbarkeit, sei gemäss psychiatrischem Experten ebenfalls nicht aus einem psychiatrischen Störungsbild heraus zu erklären. Eingehend auf die Angabe des Beschwerdeführers, bis zum Herzinfarkt übermässig Alkohol getrunken und sehr viel geraucht zu haben, was mittlerweile sistiert worden sei, führte Dr. med. J. \_\_\_ aus, dass bei einem nicht mehr erfüllten Zeitkriterium für einen Substanzmissbrauch – es ist seit der Abstinenz mittlerweile über ein Jahr vergangen – dieser Konsum nicht mehr diagnostisch zu benennen sei. Unter diesen Umständen kann der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, wonach keine psychiatrische Diagnose ausgewiesen werden könne, gefolgt werden. Es gilt daher an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer hier seine eigene, laienhafte medizinische Einschätzung derjenigen des psychiatrischen Experten entgegenhält. Daraus vermag er indes nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

5.4 Der Beschwerdeführer lässt ferner vorbringen (A.S. 14), es ergäben sich Unklarheiten und eine Unvollständigkeit, weil die im Gutachten der Gutachterstelle F. \_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit in deutlichem Widerspruch zu den Abklärungsergebnissen im Rahmen des Aufbautrainings stehe, welches vom 16. August bis 30. September 2022 in der Firma D. \_\_\_ durchgeführt worden sei. Dort sei bei einwandfreiem Arbeitseinsatz festgehalten worden, dass die Belastbarkeit bereits bei angepassten Tätigkeiten gering gewesen und eine Verwertbarkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben sei. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers stellt der vorzeitig abgebrochene und somit gescheiterte Arbeitsversuch des Beschwerdeführers die Ergebnisse der bidisziplinären Begutachtung der Gutachterstelle F. \_\_\_ vom 16. März 2024 nicht in Frage. So ist es in erster Linie Aufgabe der Ärzte und nicht der Eingliederungsfachleute, die Arbeitsleistung nach Massgabe eines objektiv feststellbaren Gesundheitsschadens zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_489/2021 vom 12. April 2022 E. 4.2). Aus den vorliegenden Akten geht zudem hervor, dass der am 16. August 2022 begonnene Arbeitsversuch mit dem Ziel der Pensensteigerung von zwei auf vier Stunden täglich, in der Holzwerkstatt der Firma D. \_\_\_ per 30. September 2022 vorzeitig habe abgebrochen werden müssen (vgl. definitiver Bericht vom 4. Oktober 2022, IV-Nr. 37). Der Beschwerdeführer habe erzählt, er sei nach zwei Stunden Präsenzzeit völlig erschöpft gewesen. Zudem habe er befürchtet, die höhere Belastung könnte seinen Gesundheitszustand verschlechtern (S. 2). Diese Darlegungen beruhen somit einzig auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Es wurden indes keine validierten Leistungsmessungen durchgeführt (S. 3). Mit diesen Angaben stimmen die vom Beschwerdeführer im Rahmen des kardiologischen Teilgutachtens der Gutachterstelle F. \_\_\_ vom 12. Januar 2024 geäusserten Darlegungen überein, wonach er den

Arbeitsversuch nach nur vier Wochen habe beenden müssen, da er Mühe mit dem Atmen bekommen habe (u.a. bei Schleifarbeiten, Bücken, IV-Nr. 68.5 S. 3). Darauf ging der kardiologische Experte sodann dahingehend ein, dass er darlegte, die Befunde könnten diese Beschwerden (Dyspnoe) bei nur leicht belastender Tätigkeit nicht erklären. Somit hat sich Dr. med. M.\_\_\_\_ mit dem entsprechenden Aufbautraining in der Firma D.\_\_\_\_ durchaus befasst und das Ergebnis diskutiert. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, ist das Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ somit weder als unklar noch als unvollständig zu qualifizieren.

5.5 Im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 3. Dezember 2025 lässt der Beschwerdeführer u.a. vorbringen (vgl. Protokoll, A.S. 59 f.), seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei im F.\_\_\_\_-Gutachten nicht korrekt erfasst worden. So handle es sich dabei ausschliesslich um eine schwere Tätigkeit. Diesbezüglich lässt sich dem Gutachten vom 16. März 2024 entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab 1. April 2014 als Bauarbeiter auf einer Baustelle in einem 100%-Pensum gearbeitet habe (IV-Nr. 68.2 S. 3). Im Rahmen des kardiologischen Teilgutachtens vom 12. Januar 2024 hielt der kardiologische Experte fest, der Beschwerdeführer habe bis zum Herzinfarkt im Juni 2021 immer zu 100 % gearbeitet (IV-Nr. 68.5 S. 3). Er sei im Hochbau bei der Firma C.\_\_\_\_ als Maurer tätig gewesen, wobei er zum Teil körperlich schwere Arbeiten (Betonieren, Ausschalen, schwere Gewichte heben) habe ausführen müssen. Somit hat sich der kardiologische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ durchaus mit der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers befasst. Seine Einschätzungen entsprechen zudem den Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 17. November 2021 (IV-Nr. 8). So wurde in diesem u.a. festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit manchmal Maurerarbeiten, Schalen, Armieren, Betonieren und selten Reinigungsarbeiten habe ausführen müssen (S. 4). Ferner wird im Bericht darauf hingewiesen, dass die Tätigkeit oft mit Gehen, Stehen, Heben oder Tragen von leichten bis mittelschweren Gewichten (0 – 10 kg und 10 – 25 kg) einhergegangen sei. Arbeiten im Sitzen oder das Heben oder Tragen von schweren Gewichten (über 25 kg) seien selten gewesen. Unter diesen Umständen erweist sich das Vorbringen des Beschwerdeführers als nicht stichhaltig. So ist – wie dies im kardiologischen Gutachten entsprechend festgehalten wird – davon auszugehen, dass die zuletzt vom Beschwerdeführer ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht nur schwere Arbeiten beinhaltete. Inwiefern sich der kardiologische Gutachter mit der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit noch weiter hätte auseinandersetzen müssen, ist nicht ersichtlich. Der Beweiswert des kardiologischen Teilgutachtens wird dadurch jedenfalls nicht geschmälert.

5.6 Somit wird der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2024 durch die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geschmälert.

6. Zusammenfassend erweist sich das Gerichtsgutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 16. März 2024 als voll beweismässig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 13. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) aus medizinischer Sicht auf dieses Gutachten abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten ausgewiesene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden: Folglich ist dem Beschwerdeführer ab Dezember 2021 eine adaptierte Tätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne körperlich schwere Belastung) zu 100 % zumutbar und die bisherige berufliche Tätigkeit zu 75 %.

7. Es stellt sich somit die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

7.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug ging bei der Beschwerdegegnerin am 11. November 2021 ein (IV-Nr. 2). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Mai 2022. Das Wartehjahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu

diesem Zeitpunkt noch nicht verstrichen (Beginn: 8. Juni 2021). Somit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Juni 2022, womit das ab 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 1.3 hiervor). Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

7.2 Da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vom 1. Juni 2022, (vgl. oben) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 75 % arbeitsfähig wäre (vgl. E. II. 6 hiervor), ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin – ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

7.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_528/2021 vom 3. Mai 2022 E. 4.2.2 mit Hinweisen). In den vorliegenden Akten ist zwar kein konkretes Kündigungsschreiben dokumentiert, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass das seit 1. April 2014 bestehende Arbeitsverhältnis bei der Firma C.\_\_\_\_ nicht mehr andauert. So ist dem Protokolleintrag vom 5. Mai 2022 zu entnehmen, dass das Arbeitsverhältnis von Seiten des Arbeitgebers aufgelöst werde, da der Betrieb zu klein sei, um dem Beschwerdeführer eine andere angepasste Arbeit zuteilen zu können. Somit ist überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit bei voller Gesundheit auch weiterhin ausgeübt hätte. Zur Bemessung des Valideneinkommens kann folglich das zuletzt bei der Firma C.\_\_\_\_ erzielte, durchschnittliche Einkommen gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 17. November 2021 (IV-Nr. 8) herangezogen werden. Der Monatslohn beträgt ab 1. Januar 2020 CHF 5'310.00, was einem Jahreseinkommen von CHF 69'030.00 (x 13) entspricht. Auf dieser Grundlage richtete im Übrigen auch die Krankentaggeldversicherung B.\_\_\_\_ ihre Taggelder aus (vgl. IV-Nr. 52 S. 80, 191, 259, 301, 327). Angepasst an die Teuerung von 2020 bis 2022 (Nominallohnindex 2011 – 2024, T1.10, Ziff. 41 – 43, Baugewerbe) entspricht dies einem Valideneinkommen von CHF 69'422.00 (CHF 69'030.00 [: 105.6 x 106.2]).

7.4 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, ist das Invalideneinkommen gestützt auf eine Tabelle der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Gestützt auf den im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 13. Juni 2024 aktuellsten Tabellenlohn ist dabei gemäss LSE 2022, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer, von einem Monatslohn von CHF 5'307.00 auszugehen. Dieser auf 40 Wochenstunden beruhende Betrag ist auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr hochzurechnen. Somit resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 66'390.00.

7.4.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der

Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Diese Grundsätze bleiben auch im Geltungsbereich der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen, einschliesslich der vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung von Art. 26 bis Abs. 3 IVV, weiterhin massgebend (BGE 150 V 410).

7.4.2 Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 50 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Sodann ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2022, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) – wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (IV-Nr. 4 S. 1) – im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 4.2 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 und 9C\_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Da diese Lohndifferenz jedoch praxisgemäss keine überproportionale Lohneinbusse darstellt (SVR 2023 IV Nr. 18 S. 63, 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 8.6), rechtfertigt sich somit kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn. Auch in Bezug auf das dem Beschwerdeführer zumutbare volle Arbeitspensum ist keine Lohneinbusse zu erwarten und somit kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f.). Der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 – der hier heranzuziehen ist – umfasst zudem eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten, die den angeführten Einschränkungen des Beschwerdeführers Rechnung tragen. Angesichts des ärztlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26 bis Abs. 3 IVV zu berücksichtigenden Pauschalabzugs von 10 % entspricht das Invalideneinkommen somit gerundet CHF 59'751.00.

7.5 Bei einem Valideneinkommen von CHF 69'422.00 und einem Invalideneinkommen CHF 59'751.00 beträgt die Erwerbseinbusse CHF 9'671.00 und die Einschränkung somit gerundet 14 %. Dieser IV-Grad berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente. Daran würde sich im Übrigen selbst bei einem maximalen Tabellenlohn-abzug von 25 % nichts ändern. So ergäbe sich diesfalls ein IV-Grad von

gerundet 19 %, der ebenfalls nicht zum Bezug einer IV-Rente berechtigen würde. 8. Damit ist die Verfügung vom 13. Juni 2024 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. II. 4.3.2.3 hiervor) – abzuweisen. Wie bereits unter E. II. 4.3.2.3 hiervor ausgeführt, kann der Sachverhalt vom Gericht nur bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung, d.h. bis zum 13. Juni 2024, beurteilt werden. Dem Beschwerdeführer bleibt es jedoch unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin unter Einreichung sämtlicher medizinischer Berichte allenfalls erneut zum Leistungsbezug anzumelden, wenn sich seine gesundheitliche Situation nach dem 13. Juni 2024 verschlechtert haben sollte. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen sind.

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