

SO_GERICHTE VSBES.2019.221 vom 30. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.221_d20200330

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.221 du 30 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.221 del 30 marzo 2020

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2019 sei abzuändern.

E. 2

Dem Beschwerdeführer sei eine unbefristete Rente zuzusprechen.

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit

demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 3.2

und 3.2.1 m.w.H.).

8.3 Somit ergibt sich aus dem Valideneinkommen von CHF 52'129.00 und dem Invalideneinkommen (nach Vornahme des leidensbedingten Abzuges von 15 %) von CHF 31'230.60 ein Invaliditätsgrad von 40 %.

Damit hat der Beschwerdeführer aufgrund einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 1. September 2015 - 28. Februar 2016 Anspruch auf eine befristete ganze Rente ab 1. Februar 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Da bereits per 1. März 2016 wiederum von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, ist die ganze Rente unter Beachtung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV bis Ende Mai 2016 zu befristen. Hiernach hat der Beschwerdeführer gestützt auf den vorgenannten Invaliditätsgrad von 40 % ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine Viertelrente. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 7. August 2019 aufzuheben.

9. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'541.40 (9.5 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von 174.70 und MwSt) festzusetzen. Der Unterschied zu der eingereichten Kostennote ergibt sich einerseits daraus, dass verschiedene der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand darstellen (Kurzbrief an Klient am 7. November 2019, Einreichung der Kostennote am 21. Januar 2020), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Andererseits wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss nur eine halbe Stunde vergütet.

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 die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

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 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer bereits seit 12. Juni 2009 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit als Lastwagen-Chauffeur eingeschränkt sei. Die angestammte Tätigkeit sei ihm seither nicht mehr zumutbar. Gemäss den medizinischen Abklärungen habe sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert. Vom 14. April 2015 - 31. Mai 2016 habe eine vollständige Erwerbsunfähigkeit bestanden. Ab 1. Juni 2016 sei ihm wiederum eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 55 % möglich. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei dem Umstand der behinderungsbedingt erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und ein Abzug von 10 % vorgenommen worden. Der Rentenanspruch entstehe frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Anmeldung sei am 17. August 2015 eingegangen. Der Beschwerdeführer habe somit ab 1. Februar 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Ab 1. Juni 2016 sei ihm wiederum eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 55 % möglich. Die Rente werde deshalb, drei Monate nach

Verbesserung seines Gesundheitszustandes, das heisse per 31. August 2016, aufgehoben (Art. 88a Abs. 1 IVV). Sodann habe der Beschwerdeführer gegenüber der IV im ersten Eingliederungsgespräch angegeben, einer Tätigkeit nachgehen zu wollen, bei der er mindestens CHF 3'000.00 netto verdiene. Dieses Einkommen benötige er zum Leben. Der Nettolohn aus der Temporärstellung bei der Firma H.____ (über die I.____ AG) habe sich in diesem Rahmen bewegt. Es gebe keinerlei Hinweis darauf, dass er sich während der Temporärstellung um eine Festanstellung bzw. um eine besser bezahlte Anstellung bemüht hätte. Im Gegenteil gehe aus den Akten hervor, dass er ein sehr gutes Arbeitsverhältnis gepflegt und den Geschäftsführer der Firma H.____ seit Kindesalter gekannt habe. Das deute darauf hin, dass er mit seiner Anstellung zufrieden gewesen sei. Zwar verfüge er über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Er habe jedoch seit 1983 in diversen Branchen als Chauffeur gearbeitet (Fahrausweise A, B, C + D) und habe vor dem 1. Unfallereignis im Jahr 2009 über 25 Jahre Berufserfahrung in diesem Bereich gesammelt. Es sei nicht ersichtlich, inwiefern er aus seiner Situation heraus zur Annahme einer Arbeit mit unterdurchschnittlichem Lohn gezwungen gewesen wäre. Die typischen Migrationsprobleme fehlten. Er sei Schweizer, hier aufgewachsen, zur Schule gegangen und die hiesige Sprache sei seine Muttersprache. Es bestünden insgesamt genügend Anhaltspunkte dafür, dass er sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügt habe. Des Weiteren könne dem Einwand des Beschwerdeführers zum Tabellenlohnabzug nicht gefolgt werden. Ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen seien, hänge von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab, welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen seien. Dabei sei ein Abzug von insgesamt höchstens 25 % erlaubt. Unter Berücksichtigung aller Umstände werde seiner leidensbedingten Einschränkung im Umfang vom 10 % Rechnung getragen. Sodann sei bezüglich der Einschätzung des behandelnden Psychiaters zur Arbeitsfähigkeit (aktuell 100 % arbeitsunfähig; mit Hilfe stufenweiser Reintegration in einem geschützten Rahmen 50 % arbeitsfähig) festzuhalten, dass diese doch sehr mit jener des psychiatrischen Gutachters (100%ige Arbeitsfähigkeit seit Dezember 2016 sowohl angestammt als auch adaptiert) divergiere. In diesem Zusammenhang sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Zudem sei der Bericht vom 28. Juni 2017, wonach der Beschwerdeführer aus Sicht der G.____ auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei, sowohl der RAD-Ärztin (vgl. Stellungnahme vom 25. Juli 2017) als auch den Gutachtern (Bericht werde auf S. 27 des Gutachtens aufgelistet) vorgelegen. Wären sie aus medizinischer Sicht gleicher Ansicht, hätte das in die Stellungnahme bzw. ins Gutachten Eingang gefunden. Die Tatsache, dass sich die Gutachter unter Punkt 9.2.2. auf S. 61 nicht explizit zur Arbeit in einem geschützten Rahmen äusserten, lasse darauf schliessen, dass das zumutbare Pensum in der freien Wirtschaft umgesetzt werden könne. Schliesslich basiere die Berechnung der Arbeitsfähigkeit auf der Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden gemäss der Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» vom Bundesamt für Statistik und nicht auf den in der Beschwerde vorgebrachten 40 Stunden. Die 30 Stunden (5 x 6 h) wöchentliche Arbeitszeit gemäss Gutachten reduzierten sich gemäss RAD um 20 % auf 24 Stunden produktive Zeit. Unter Berücksichtigung der Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 55 % in adaptierten Tätigkeiten.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht für den Zeitraum vom 1. Februar 2016 bis 31. August 2016 eine befristete Rente zugesprochen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenverfügung ■ vorliegend am 27. November 2013 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 7. August 2019 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2), respektive hier des Rentenbeginns am 1. Februar 2016. Ebenso hängt die Zulässigkeit der auf den 31. August 2016 erfolgten Befristung davon ab, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_365/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 2.2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen letzten Rentenverfügung vom 27. November 2013 (IV-Nr. 75) erfolgte die Verneinung eines weitergehenden Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf folgende medizinischen Unterlagen:

6.1.1 Im Bericht betreffend die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 30. Oktober 2012 (IV-Nr. 37) führte Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Kreisarzt der Suva, aus, beim Beschwerdeführer bestünden eine Quadricepssehnen-Ruptur rechts, bei erneutem Sturz am 30. November 2009 in Rehabilitation mit frischer LWK-Deckenplattenfraktur, älterer Deckplattenfraktur LWK2. Im Bereich des Rückens habe sich die Situation seit der letzten kreisärztlichen Abschlussbeurteilung nicht verändert, Behandlungen fänden dort keine statt, die Osteoporosebehandlung laufe weiterhin zu Lasten der Krankenversicherung. Das operierte rechte Bein mit Quadricepssehnenplastik zeige eine deutlich bessere Quadricepssehnenfunktion als bei der letzten Untersuchung, die operierte Gegend sei reizlos. Trotz adäquater Physiotherapie falle der Versicherte bei nicht kontrolliertem Gang weiterhin in ein Genu recurvatum, die muskuläre Stabilität sei nicht in jeder Situation gegeben, bei belasteter Situation werde eine Kniebandage mit seitlicher Führung getragen. Mit dieser Bandage sei der Gang deutlich sicherer. Aktuell werde weiterhin aufbauende Physiotherapie durchgeführt, daneben übe der Versicherte eigenständig Kräftigungsübungen für das rechte Bein. Schmerzmedikamente wegen des rechten Beines würden keine mehr eingenommen. In der vorliegenden Situation könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss vorgenommen werden. Selbstverständlich sei das lebenslängliche Rückfallmelderecht gewährt. Bei Fallabschluss sei zur Arbeitsfähigkeit, bei stellenlosen Versicherten zur Zumutbarkeit bezüglich allgemeinem Arbeitsmarkt Stellung zu nehmen. Demnach seien dem Versicherten wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar, immer wieder sitzende Phasen zur Entlastung. Lasten bis 15 kg könnten gehoben, kurzstreckig getragen werden, vereinzelt könnten Lasten bis 25 kg kurzstreckig gehoben und getragen werden. Ein Lasten balancieren sei nicht zumutbar, insbesondere nicht auf Treppen und Leitern, wiederholtes Treppen- und Leiternsteigen, Tätigkeiten auf Gerüsten, abschüssigem und unebenem Gelände seien nicht zumutbar. Zwangshaltungen für das rechte Knie seien ebenfalls nicht zumutbar, Tätigkeiten in kniend oder kauender Position seien nicht zumutbar. Andauernde Sitzpositionen seien ebenfalls ungünstig wegen der ausgeheilten Wirbelfrakturen, welche in der letzten Abschlussuntersuchung beurteilt worden seien, hier seien keine Ergänzungen anzufügen. Bei Beachtung der Zumutbarkeit sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz realisierbar.

6.1.2 Im Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, vom 10. Mai 2015 (IV-Nr. 43) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Bezüglich des Zumutbarkeitsprofils werde auf die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 30. Oktober 2012 von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Kreisarzt der Suva, verwiesen. Nach Ruptur der Kniestreckersehne rechts im Juni 2009 und nachfolgenden Operationen am 13. Juni 2009 und 30. Januar 2012 sei die Belastbarkeit und Stabilität des rechten Knies nur teilweise wieder erreicht worden. Die während der Rehabilitation erlittene Wirbelkörperfraktur sei stabil verheilt und wirke sich seit spätestens April 2010 nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ab 10. August 2012 sei der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig.

6.2 Im Zeitraum bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. August 2019 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das D.____-Gutachten vom 20. März 2018 (IV-Nr. 123.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das D.____-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (S. 29 - 36, 40 - 43, 50 - 53 des Gutachtens) sowie die Vorakten studiert haben (S. 6 - 28 des Gutachtens). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

8.2.1 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). Bislang hat der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare Tätigkeit aufgenommen, weshalb die Beschwerdegegnerin zurecht auf einen Tabellenlohn abgestellt hat. Ebenfalls nicht zu beanstanden und vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten ist der herangezogene Tabellenlohn TA1_tirage_skill_level, Männer 2016, Total, Kompetenzniveau 1. Nach Aufrechnung der wochenüblichen Arbeitszeit von 41.7 und Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 55 % ergibt sich daraus ■ vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. 8.2.2 nachfolgend) ■ ein Invalideneinkommen von CHF 36'741.90.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit

unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist ■ anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs ■ eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Die Bestimmung der Höhe eines leidensbedingten Abzugs stellt zwar weitgehend eine Ermessensfrage dar. Allerdings darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 447/06 vom 5. September 2006 E.

E. 5

Depression

E. 6

St.n.TVT Am 11. August 2016 sei ein ORFI (Open Reduction and Internal Fixation) des Ulnaschafts rechts vorgenommen worden. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Es bestehe vom 10. August bis 23. September 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 6.2.6 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 23. August 2016 (IV-Nr. 84, S. 5) fest, dem Beschwerdeführer sei seine bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit wäre im Ausmass von 6 Stunden pro Tag, 5 Tage pro Woche zumutbar. 6.2.7 Im Bericht der J.____ vom 9. November 2016 (IV-Nr. 86) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei seit dem 14. April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Beim Beschwerdeführer bestehe eine rezidivierende, depressive Störung mit teilweise auftretenden Suizidgedanken. Zudem bestehe ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Komplikationen (periphere Polyneuropathie). Trotz Hochdosieren von Lamotrigin auf 250 mg und regelmässigen psychotherapeutischen Gesprächen sei aktuell keine Zustandsverbesserung eingetreten. Er sei bereits mit der Alltagsgestaltung überfordert, so dass eine berufliche Reintegration aktuell eher nicht realistisch erscheine. Zur Steigerung der Belastbarkeit wäre ein IV-gestütztes Belastbarkeitstraining allenfalls zu erwägen. Die langfristige Prognose sei abhängig vom Erfolg der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, der weiteren Krankheitsentwicklung und dem Gelingen einer allfälligen beruflichen Reintegration, evtl. nur teilweise, evtl. (Teil-)Rente, mit Hilfe von IV-gestützten Massnahmen. Alleine und ohne Unterstützung werde es für den Beschwerdeführer schwierig eine erfolgreiche Reintegration zu meistern und zu gesunden, da ein ausgeprägt niedriges Selbstwertgefühl wegen der gestörten Persönlichkeitsstruktur bestehe. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien erheblich reduziert. Er sei nicht in der Lage, bei wechselnden Situationen sein Verhalten zu ändern oder sich anzupassen. Die fachliche Kompetenz sei ebenfalls beeinträchtigt, weil er bereits seit 6 Jahren nicht mehr als LKW-Fahrer arbeite, und er könne seine alte Tätigkeit auch nicht wieder aufnehmen. Das Durchhaltevermögen sei erheblich beeinträchtigt, da er nicht in der Lage sei, Ausdauer zu entwickeln. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei erheblich reduziert, da er sehr unterwürfig reagiere. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei auch reduziert, da er nur kontaktfähig sei, wenn er die betreffende Person sympathisch finde. Die Gruppenfähigkeit sei erheblich reduziert und eingeschränkt. Familiäre bzw. intime Beziehungen: Der Beschwerdeführer sei

zurzeit geschieden und lebe alleine. Keine genauere Beurteilung möglich. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei ebenfalls erheblich reduziert, da er unter Antriebsschwierigkeiten leide und eine Rückzugstendenz habe. Die Selbstversorgung sei erheblich reduziert. Man empfehle den Start einer Re-Integration mit einer Belastbarkeit und einem Aufbautraining, um die sozialen Kompetenzen zu trainieren und die Belastbarkeit zu steigern, kombiniert mit der Stellensuche und Unterstützung im Eingliederungsprozess. Das Belastbarkeits- und Aufbautraining würde zudem eine genaue Aussage über die effektive Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ermöglichen.

6.2.8 Im polydisziplinären Gutachten der D. ___ vom 20. März 2018 wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 123.1): Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Gangunsicherheit, Einschränkung beim Treppengehen bei - myoligamentäre Insuffizienz nach transossärer Refixation der rechten Quadrizepssehne (OP 13. Juni 09) bei totaler Quadrizeps-Sehnenruptur rechts - nach häuslichem Treppensturz (12. Juni 2009) mit - chronischem femoropatellar-Syndrom bei retropatellarer Chondropathie und - mit rezidivierendem Reizerguss des rechten Kniegelenkes - Chronische Thorakolumbalgie bei WS-Fehlstatik mit - rechtskonvexer Skoliose Lumbal Cobb 17° und leichtgradigen degenerativen Veränderungen bei/mit - Status nach stabilen, traumatischen LWK1 und 2 Frakturen · Sturzunfall am 30. November 2009 im Erstbefund frische LWK-1-Deckplatten Fraktur und ältere LWK-2-Deckplatten Fraktur bei/mit o radiologisch ventraler Höhenminderung um 15 %, Osteochondrose und mittelgradiger Höhenminderung der Zwischenwirbelscheiben BWK 12-LWK 2 - Schwere, fortgeschrittene, längenabhängige sensorische Polyneuropathie · Ätiologisch: Im Rahmen des Diabetes mellitus Typ II · Seit mindestens 10 bis 15 Jahren - St. n. rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) - DD: St. n. längerer depressiven Reaktion auf Belastung und Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - rezidivierende Sturzneigung, unklarer multikausaler Genese - Osteopenie, nachgewiesener Vitamin-D-Mangel - osteosynthetisch versorgte Ulnaschaftfraktur rechts (2. August 2016) Metall einliegend - klinisch asymptomatisch, ohne Funktionseinschränkung knöchern verheilt - symptomatische Rhizarthrose links mit leichtgradigem Funktionsdefizit - Postthrombotisches Syndrom Unterschenkel rechts · Status nach tiefer Beinvenenthrombose rechtes Bein vor 12 Jahren · Status nach Venenstripping 2009 - Probleme mit Bezug auf Berufstätigkeit (Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfähigkeit) (ICD-10: Z56.0) - Diabetes mellitus Typ II (ED 1995) mit/bei · insulinabhängig · Mikroangiopathie mit Mikroalbuminurie, Glukosurie, Polyneuropathie · Aktuell: HbA1c 6,7% - Niereninsuffizienz Stad. II (eGFR 64 mumm.) · DD: diabetisch, vaskulär - Adipositas II (BMI 35.4) - Hyperurikämie - Osteoporose (ED 2010) - Status nach Unterschenkelvenenthrombose - Status nach Nephrolithiasis - Status nach Varizektomie - Leicht erhöhte Leberwerte mit Begleitpankreatitis · DD: medikamentös - Anamnestisch GERD (Refluxkrankheit) - cRF Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Status nach Nikotinabusus, Adipositas, positive Familienanamnese Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur habe bis Ende August 2012 gedauert. Im orthopädischen Bereich bestünden lang andauernde Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Dies sei begründet durch den Zustand nach operativer Revision am rechten Knie sowie durch die Folgen der Kompressionsfrakturen LWK 1 und 2. Es resultiere daraus eine verminderte körperliche Belastbarkeit. Gehen und Stehen seien eingeschränkt möglich. Er bestehe deswegen aus orthopädischer Sicht als Lastwagenchauffeur, bei der zusätzlich der Camion be- und

entladen werden müsse, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Neurologischen bestehe aufgrund der Polyneuropathie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Lastwagenchauffeur. Dies begründe sich durch die Polyneuropathie-begründete Gangunsicherheit. Es bestehe diesbezüglich auch eine erhöhte Sturzgefahr. Im Psychiatrischen und Internistischen bestünden keine Einschränkungen, die das Leistungspotential des Versicherten im Körperlichen oder Psychischen begründeten. Zusammenfassend bestehe in der polydisziplinären Gesamtschau aufgrund der orthopädisch und neurologisch dargestellten Einschränkungen eine mittel- und langfristige Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur von 100 %. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem ersten Trauma-Ereignis vom 12. Juni 2009. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe polydisziplinär eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung gelte frühestens ab August 2012, spätestens ab Gutachtenszeitpunkt. Eine adaptierte Tätigkeit beinhalte ein sechsstündiges Pensum an fünf Tagen pro Woche. Das Heben und Tragen von Lasten sei auf 10 bis 15 kg begrenzt. Die Einnahme von Zwangshaltungen sei nicht möglich. Das regelhafte Treppen-, Leiter- oder Gerüstbesteigen oder das Gehen auf unebenem Gelände sei nicht möglich. Es sollte sich um eine leichte Tätigkeit in wechselbelastender Position handeln. Der Versicherte sollte nicht auf seinen Gleichgewichtssinn angewiesen sein. Optimalerweise würde sich eine sitzende Tätigkeit anbieten. Er sollte keine grösseren Strecken zu Fuss unterwegs sein, damit weitere Stürze vermieden würden. 6.2.9 Dr. med. E. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 15. April 2018 (IV-Nr. 125, S. 5) fest, der Tatsache, dass zweimal operiert worden sei, werde im Gutachten nicht genügend Rechnung getragen. Die orthopädische Expertin erwähne die zweite Operation weder in ihrer Diagnoseliste noch in der weiteren Würdigung. Erstaunlicherweise fänden sich in den Akten fast keine Angaben über die erneute Operation der Quadricepssehne durch ihn, Dr. med. E. ____, am 30. Januar 2012: Damals sei eine Quadricepssehnenplastik durchgeführt worden in der Hoffnung, dadurch eine straffere und somit kräftigere Quadricepssehne sowohl direkt im tendinösen wie indirekt im muskulären Anteil zu erhalten. Leider sei aber auch diese Rehabilitation im Prinzip frustrierend geblieben. Trotz praktisch ununterbrochenem Muskelaufbautraining mit MTT und Physio-therapie seit der Operation am 30. Januar 2018 (recte: 2012), sei das funktionelle Resultat unbefriedigend geblieben. Dass der Beschwerdeführer als Lastwagenchauffeur dauernd nicht mehr arbeitsfähig sei, werde ja von keinem Experten bezweifelt, was sicherlich einer korrekten Einschätzung entspreche. Hingegen werde bei der Definition einer leidensadaptierten Tätigkeit zu wenig auf den Verlauf seit der ersten und zweiten Operation eingegangen. Der Verlauf zeige, dass das rechte Knie trotz zweier Operationen und langer Physiotherapie/MTT (Trainingstherapie) nicht mehr weiter rehabilitierbar sei und sich im Prinzip wegen den unbestrittenen Comorbiditäten nicht mehr verbessern lassen könne, resp. verschlechtern werde. Die Oberschenkelatrophie habe sich ja entgegen der Hoffnung, diese durch die Operationen zu verbessern, eher verstärkt. Eine leidensadaptierte Tätigkeit könne der Beschwerdeführer ausschliesslich sitzend und nicht vorwiegend sitzend auszuführen. Nur im Sitzen könnten Lasten theoretisch angehoben werden bis max. 15 kg. Selbstredend seien keine Lasten im Stehen anzuheben. Bei muskulär instabilem Knie, wie es ja die Experten wiederholt erwähnt hätten, sei ein ununterbrochenes Sitzen unangenehm, führe zu Schmerzen und Verkrampfungen. Gehäufte Pausen würden nötig sein. Somit sei, erneut unter Würdigungen aller Comorbiditäten und der zweimal operierten Quadricepssehne eine zumutbare Arbeitsfähigkeit, wie sie im Gutachten festgehalten werde (6 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche ohne

Leistungseinbusse), nicht möglich. Sicherlich könne dem Beschwerdeführer eine Präsenz an einem leidensadaptierten Arbeitsplatz von 6 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zugemutet werden, aber nur bei reduzierter Leistungsfähigkeit, bedingt durch vermehrte Pausen. Somit resultiere eine globale Arbeitsunfähigkeit aus seiner Sicht von 50 % (30 % zeitlich wie im Gutachten erwähnt plus 20 % Leistungseinbusse). 6.2.10 In der Stellungnahme der J.____ vom 17. April 2018 (IV-Nr. 125, S. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt. - Langjährige, rezidivierende depressive Störung ggw. mittelgradige depressive Episode (F33.1) - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (unterwürfige, selbstunsichere Persönlichkeit – Z731) Im Zeitraum 12. Oktober 2015 - 15. Januar 2016 habe eine tagesklinische Behandlung stattgefunden, die den Zustand des Beschwerdeführers nur mässig stabilisiert habe. Seit 2015 zeige sich keine wesentliche Verbesserung der Symptomatik. Insbesondere habe sich in den therapeutisch bearbeiteten Themen wie Vermeidung, Konfliktfähigkeit, Emotionsregulation oder Minderwertigkeitsgefühle, keine grundlegende Veränderung ergeben. Die Einschränkungen behinderten den Aufbau einer besseren Flexibilität und Umstellungsfähigkeit für die Alltagsbewältigung. Der Beschwerdeführer lebe in der Wohnung seiner Eltern, die 1975 und 1991 verstorben seien. Seine Stimmungslage habe sich in den letzten Monaten erneut verschlechtert. Er gebe an, er fühle sich allein und nutzlos. Schon vor dem Eintritt in der Tagesklinik 2015 habe er über eine massive Antriebslosigkeit geklagt. Vor den Einzelgesprächen mit dem Therapeuten sei er zu dieser Zeit häufig 3 Tage lang im Bett gewesen. Seine Wohnung habe er zunehmend vernachlässigt. In der Zeit nach dem Austritt aus der TK habe er solche Episoden seltener erlebt, obwohl eine Tendenz sich zurückzuziehen und zu isolieren immer noch stark ausgeprägt sei. Besonders schlimm sei es geworden, nachdem er kein eigenes Auto mehr habe fahren dürfen und nur noch per ÖV fahren solle. Zur Beurteilung wurde ausgeführt, der Befund und die Situation hätten sich seit 2016 nicht wesentlich geändert. Der Beschwerdeführer sei mit der Alltagsgestaltung überfordert. Eine berufliche Reintegration erscheine daher aktuell als nicht realistisch. Zur Steigerung der Belastbarkeit wäre ein IV-gestütztes Belastbarkeitstraining zu erwägen. Aus Sicht der Ärzte der J.____ liege aus psychischen Gründen auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Mit Hilfe stufenweiser Reintegrationsmassnahmen in einem angepassten geschützten Rahmen könne das Wiedererlangen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Die langfristige Prognose sei abhängig vom Erfolg der weiteren integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, der weiteren Krankheitsentwicklung und dem Gelingen einer allfälligen beruflichen Reintegration wie mit Hilfe von IV-gestützten Massnahmen oder unterstützt von einer temporären (Teil-)Rente. Alleine und ohne Unterstützung würden für den Beschwerdeführer keine realistischen Chancen für eine erfolgreiche Reintegration und/oder Teil-Reintegration gesehen. 6.2.11 Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 26. Juni 2018 (IV-Nr. 128) aus, in der Stellungnahme zum Gutachten bemängle Dr. med. E.____, dass im orthopädischen Untergutachten die Patellarsehnenoperationen von 2009 und 2012 zu wenig Erwähnung gefunden hätten. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und beim Zumutbarkeitsprofil werde im Gutachten aber die dadurch weiterbestehende Instabilität des Knies durchaus berücksichtigt. Das Argument, dass ein erhöhter Pausenbedarf bestehe, um bei einer (vorwiegend) sitzenden Tätigkeit Schmerzen und Verkrampfungen vorzubeugen, sei nachvollziehbar. Die von Dr. med. E.____ dafür attestierte Leistungsminderung von 20 % (das entspreche 12 Minuten pro Stunde) sei angemessen. Die psychiatrische Stellungnahme der J.____ datiere vom 17. April 2018, im Text fänden sich keine Angaben zur letzten

Konsultation oder aktuelle Untersuchungsbefunde. Die eher allgemein gehaltene und auf Befunden von 2016 basierende Einschätzung vermöge die aktuelle psychiatrische Beurteilung im Gutachten der D.____ nicht zu entkräften. Unter Berücksichtigung der Stellungnahme des behandelnden Orthopäde und gestützt auf die gutachterliche Einschätzung sei die Arbeitsfähigkeit wie folgt zu beurteilen: In der Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei eine dauernde Arbeitsunfähigkeit seit 2009 ausgewiesen. Von April 2015 bis Mai 2016 habe eine Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestanden. Seit Juni 2016 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 55 % in adaptierten Tätigkeiten.

E. 7

Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das D.____-Gutachten vom 20. März 2018 (IV-Nr. 123.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das D.____-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (S. 29 - 36, 40 - 43, 50 - 53 des Gutachtens) sowie die Vorakten studiert haben (S. 6 - 28 des Gutachtens). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt. 7.1 Dem orthopädischen Teilgutachten liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde: Bei der aktuellen klinisch-orthopädischen Untersuchung stünden die eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes nach transossärer Refixation einer kompletten Quadrizepssehnenruptur und die chronischen fehlstatisch bedingten Rückenschmerzen thorakolumbal im Vordergrund der Gesundheitsstörungen. Die beklagte Gangunsicherheit sei komplex. Die Einschränkung beim Treppengehen werde auf ein chronisches Femoropatellar-Syndrom rechts bei Chondropathie mit rezidivierenden Reizergüssen zurückgeführt. Die wiederholten Stürze seien aufgrund der Knieproblematik nur teilweise erklärbar. Internistische und neurologische Ursachen seien differentialdiagnostisch zu diskutieren. Bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung zeige sich der 56-jährige Versicherte in einem guten Allgemein- und einem adipösen Ernährungszustand. Er zeige ein initiales Hinken rechts mit Reklinationstendenz des rechten Kniegelenkes, dabei werde bei jedem Schritt das Kniegelenk nach hinten überstreckt. Die Hockstellung sei inkomplett und könne nur bis maximal 70° Flexion bei beiden Kniegelenken eingenommen werden. Die muskuläre Insuffizienz bei Status nach transossärer Re-Fixation der Quadrizepssehne rechts (13. Juni 2009) sei in den Vorberichten dokumentiert und sei bei einem Kraftgrad von 3/5 leicht-mittelgradig und stelle nur einen Teilaspekt dar. Die Oberschenkelumfangsdifferenz betrage im Vergleich zu den Vorbefunden von 2010 unverändert minus 2 cm. Die muskuläre und ligamentäre Störung führe beim Gehen zur ständigen Überlastung und Fehlbelastung der beteiligten Kniegelenkabschnitte, insbesondere des femoropatellaren Gelenkabschnittes. Es seien daher die wiederholten Reizergüsse bei Knorpeldegenerationszeichen erklärbar. Die Stabilität des rechten Kniegelenkes sei insgesamt deutlich beeinträchtigt. Eine eindeutige Bandläsion lasse sich zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellen, die mögliche DD Kreuzbandläsion erscheine fraglich, bei eingeschränkter Untersuchung wegen Schmerzen. Gestützt auf die Befund- und Anamneseerhebung vermag die sich darauf abstützende, in E. II. 6.2.8 hiervoor aufgeführte Diagnosestellung zu überzeugen. Ebenso erscheint auch die von der orthopädischen Gutachterin daraus gefolgerte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einleuchtend: Der Versicherte sei in seiner Belastbarkeit aufgrund der fehlstatischen Veränderungen der WS nach LWK 1 und 2 Deckplattenkompressionsfrakturen beim Sitzen und längerem Stehen, schwerem Heben und

Tragen von Lasten eingeschränkt. Hinzu komme die Kraftminderung und Unsicherheit beim Gehen und Stehen, die auf Residuen nach der operativ versorgten totalen Quadrizepssehnenruptur rechts (13. Juni 2009) und myoligamentärer Dysfunktion, sowie auf die chronische femoro-patellare Störung zurückgeführt würden. Die oberen Extremitätengelenke seien frei beweglich. Der endgradige Bewegungsschmerz des Daumensattelgelenkes links werde auf die fortgeschrittene Rhizarthrose zurückgeführt. Die Ulnafraktur rechts im distalen Drittel sei knöchern konsolidiert, die Handgelenksfunktion rechts sei nicht eingeschränkt und schmerzfrei. Die wiederholten Stürze seien multikausaler Genese. Eine manifeste Osteoporose könne unter Bewertung der vorliegenden Untersuchungsbefunde nicht festgestellt werden. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit als LKW-Fahrer stark beeinträchtigt. Tätigkeiten mit ständigem Gehen und Stehen, Klettern, Steigen und regelhafte Sitz- und Hockstellungen seien nicht zumutbar. Neben den obengenannten Einschränkungen durch das rechte Kniegelenk kämen ständige Rückenprobleme hinzu. Im Bereich der Wirbelsäule zeige sich klinisch und radiologisch eine Fehlstatik mit Hyperlordose und Skoliose. Die rechtskonvexe Skoliose im unteren LWS-Bereich mit einem Cobb-Winkel von ca. 17 Grad sei moderat. Die alten Kompressionsfrakturen LWK 1 und LWK 2 mit ventraler Höhenminderung der Wirbelkörper um ca. 15 % seien stabil und leichtgradig. Auch die Osteochondrosen im thorakolumbalen Übergang seien moderat. Es zeige sich eine mittelgradige Höhenminderung der Zwischenwirbelscheiben BWK 12-LWK 2, aber keine wesentliche Höhenminderung der Bandscheiben im unteren LWS-Bereich sowie eine leichtgradige Degeneration der Intervertebralgelenke. Die radiologischen Befunde gingen mit leicht- bis mittelgradigen Funktionsstörungen einher. Nervenkompressionszeichen bzw. Hinweise auf radikuläre Defizite fänden sich bei der Untersuchung nicht. Insgesamt werde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten als LKW-Chauffeur bei überwiegendem Sitzen aufgrund der fehlstatischen Probleme bei Status nach LWK1 und 2 Deckplattenkompression als eingeschränkt beurteilt. Ein ständiges Sitzen sei nicht zumutbar. In der Tätigkeit als LKW-Fahrer sei der Versicherte aufgrund der vorliegenden Einschränkungen und Schädigungen von Seiten des rechten Kniegelenkes und der LWS nicht mehr dauerhaft einsetzbar, das heisse, er sei 0 % arbeitsfähig. In einer zumutbaren Tätigkeit, leicht und wechselbelastend, ohne ständiges schweres Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg Gewicht, ohne einseitige Zwangshaltungen der WS, ohne Klettern, Leiter- und/oder Gerüste-steigen, ohne ständiges Gehen oder überwiegendes Sitzen, werde der Versicherte aus rein orthopädischer Sicht zu 70 % als arbeitsfähig beurteilt. Zeitlich werde diese definierte adaptierte Tätigkeit mit ca. 6 Stunden pro Tag, fünf Tage/Woche eingeschätzt. Dieser an sich nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hält der behandelnde Orthopäde, Dr. med. E. ____, in seiner Stellungnahme vom 15. April 2018 jedoch zurecht entgegen, dass die orthopädische Gutachterin die zweite Operation am rechten Bein vom 30. Januar 2012 (Quadrizepssehnen-Prothese) bei ihrer Beurteilung ausser Acht liess und auch nicht im Aktenverzeichnis des Gutachtens aufführte. Die zweite Operation am rechten Bein wurde zwar im Bericht betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung der Suva vom 30. Oktober 2012 (IV-Nr. 37) erwähnt. Der diesbezügliche Operationsbericht von Dr. med. E. ____ und allfällige nachfolgende Verlaufsberichte finden sich dagegen nicht in den IV-Akten. Demnach ist es erklärbar, dass diese Operation im Gutachten der D. ____ nicht berücksichtigt worden ist. Im orthopädischen Teilgutachten wird denn auch auf das Fehlen diesbezüglicher Unterlagen hingewiesen (Ziff. 6.2.1, S. 40 des Gutachtens). Wie Dr. med. F. ____ vom RAD in ihrer Stellungnahme

vom 26. Juni 2018 aber korrekt festhielt, wurde in der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und beim Zumutbarkeitsprofil die dadurch weiterbestehende Instabilität des Knies durchaus berücksichtigt. Zudem schloss sich die RAD-Ärztin in der Folge der Beurteilung von Dr. med. E. ___ an, wonach ein erhöhter Pausenbedarf bestehe, um bei einer (vorwiegend) sitzenden Tätigkeit Schmerzen und Verkrampfungen vorzubeugen, woraus zusätzlich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % resultiere. Dies erscheint aufgrund des bezüglich des rechten Beins sowie des Rückens erheblich eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils nachvollziehbar. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die RAD-Ärztin und in der Folge auch die Beschwerdegegnerin von der ansonsten überzeugenden orthopädischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den D. ___-Gutachter abwichen. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Schliesslich ist anzufügen, dass aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden darf, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Das orthopädische Teilgutachten ist denn auch grundsätzlich beweiswertig und es kann – abgesehen von der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – darauf abgestellt werden. Schliesslich hält die orthopädische Gutachterin zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar fest, der Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit werde ab dem Traumaereignis mit der totalen Quadrizepssehnenruptur (12. Juni 2009) definiert. Verlauf: Der Versicherte sei ab 12. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe Taggelder bis zum 9. August 2012 bezogen. Die Arbeitsstelle sei ihm im August 2012 gekündigt worden. Danach gelte die 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Die 70%ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten werde unterbrochen durch weitere häusliche Unfallverletzungen. Wegen der Ulnaschaftfraktur vom 2. August 2016 bis 23. September 2016 und durch die bei einem Sturz erlittene Rippenfraktur Th10 links 7. Juli 2017 bis 28. Juli 2017 sei jeweils eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden.

7.2 Im neurologischen Teilgutachten werden die diagnostizierte schwere, fortgeschrittene, längenabhängige sensorische Polyneuropathie, ätiologisch im Rahmen des Diabetes mellitus Typ II, seit mindestens 10 bis 15 Jahren, und die daraus resultierenden Einschränkungen nachvollziehbar begründet: Am ehesten handle es sich um eine durch die ausgeprägte längenabhängige sensorische Polyneuropathie im Rahmen des Diabetes mellitus Typ II verursachte Gangunsicherheit. Hierfür sprächen die deutlichen klinischen Befunde mit erloschenen distalen Muskeleigenreflexen und mit Sensibilitätsminderung im Knie abwärts nach distal und mit erloschener Pallästhesie bis zum Knie. Die Polyneuropathie in diesem Ausmass führe zu rezidivierenden Stürzen. Die Polyneuropathie bestehe wahrscheinlich schon seit Jahren, zumal anamnestisch die Sensibilitätsstörungen beider Beine bereits seit mindestens zehn bis fünfzehn Jahren bestünden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Versicherte aus neurologischer Sicht als zu 100 % arbeitsunfähig einzuschätzen. Dies begründe sich in der ausgeprägten, der Polyneuropathie

geschuldeten Gangunsicherheit. Auch das Aufsteigen in die und das Aussteigen aus der Lastwagenkabine dürften dadurch erschwert und die Sturzgefahr erheblich erhöht sein. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte aus neurologischer Sicht dagegen per sofort zu 100 % arbeitsfähig. Eine adaptierte Tätigkeit umfasse Tätigkeiten, in welchen der Versicherte nicht auf einen guten Gleichgewichtssinn angewiesen sei und in dem er optimalerweise sitzende Arbeiten erledigen könne, ohne grössere Strecken zu Fuss unterwegs zu sein und dadurch weitere Stürze zu riskieren.

7.3 Im internistischen Teilgutachten wurde im Wesentlichen und nachvollziehbar begründet, dass aus internistischer Sicht keine Schädigung vorliege, die eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Es bestehe aufgrund der langen Dauer und der beschriebenen Befunde ein progredienter Diabetes mellitus mit Ausbildung einer Mikroangiopathie, welche sowohl die Niereninsuffizienz wie auch die Polyneuropathie begründeten. Aufgrund der Polyneuropathie bestünden Gangunsicherheiten, wie sie im neurologischen Gutachten beschrieben seien. Die Adipositas, welche aktuell einem Stadium II entspreche, belaste nicht nur den Metabolismus, sondern auch das Achsen skelett und somit die Gehfähigkeit. Die Adipositas in sich selbst sei kein IV-relevanter Grund und begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Eine Gewichtsreduktion könnte eine deutliche Verbesserung des Zustandes des Beschwerdeführers bewirken. In der aktuellen Untersuchung seien zusätzlich eine leichte Erhöhung der Leberwerte sowie eine Begleit-Pankreatitis festgestellt worden. Am wahrscheinlichsten sei eine medikamentöse Ursache. Es bestünden eine Vielzahl von kardiovaskulären Risikofaktoren, wie Hyperlipidämie, Adipositas, Diabetes mellitus und positive Familienanamnese. Hingegen bestehe keine Hypertonie. Insgesamt sei aber aus internistischer Sicht die Behandlung der kardialen Risikofaktoren wesentlich für die weitere Entwicklung mit Spätfolgen für den Versicherten. Aus internistischer Sicht bestehe hingegen keine IV-relevante Schädigung, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde.

E. 7.4

7.4.1 Schliesslich vermag auch die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten zu überzeugen, wonach im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr vorlag, bzw. diese remittiert war. Der psychiatrische Gutachter führte aus, wie aktenkundig, lasse sich anamnestic eruiieren, dass der Beschwerdeführer eine erste depressive Phase 1998 nach der Trennung von seiner Frau durchgemacht habe. Er habe damals psychiatrische Hilfe gesucht, die Behandlung jedoch nach einigen Konsultationen abgebrochen. Eine zweite depressive Episode sei Anfang 2015 aufgetreten und zwar in Zusammenhang mit seinen somatischen Beschwerden und mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. Kündigung der letzten Arbeitsstelle auf August 2012. Seit Anfang 2015 befinde er sich in psychiatrischer psychotherapeutischer Behandlung und sein psychopathologischer Zustand sei zurzeit als kompensiert zu sehen. Es bestünden weder mnestiche oder kognitive Störungen, noch Störungen der Affektivität. Er sei emotional ausgeglichen, psychopathologisch unter geeigneter Medikation weitgehend unauffällig. Differenzialdiagnostisch, aufgrund der Entwicklung des depressiven Syndroms nach psychosozialen Belastungen (das erst Mal Trennung und Scheidung, das zweite Mal Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht) komme eine längere depressive Reaktion auf Belastungen und Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) in Frage, derzeit ebenfalls remittiert. In seiner Lebensgeschichte ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsentwicklung ausserhalb der Norm. Aktuell liege keine psychische Störung vor, die ihn in seinen sozialen Gepflogenheiten einschränken würde. Er werde psychiatrisch-psychotherapeutisch lege artis behandelt, sein

Zustand habe sich nicht zuletzt dadurch verbessert, die Symptome der depressiven Störung seien abgeklungen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei er eingliederungsfähig. Aufgrund seines kompensierten psychischen Zustandes sei er gemäss Mini-ICF-APP mehrheitlich nicht bzw. nur leicht beeinträchtigt und es zeigten sich gute und erhaltene Funktionen und Ressourcen. Die Beurteilung, wonach im Gutachtenszeitpunkt keine relevante psychische Einschränkung mehr vorlag, vermag sodann auch angesichts des vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesablaufs zu überzeugen: Er wohne alleine im Elternhaus, das er vor 22 Jahren übernommen habe. Er sei dabei, das Haus zu veräussern, das er weder finanziell noch wegen der anstehenden Arbeiten tragen könne. Wegen seiner Beschwerden sei er eingeschränkt in seiner Tätigkeit im Haushalt und im Garten. Er sei aber ein sturer Mensch, versuche, alles alleine zu machen. Er stehe zwischen 07:30 und 10:30 Uhr auf, je nachdem wie spät er seine Schlafmedikation eingenommen habe. Er nehme seine Mahlzeiten regelmässig zu sich, koche und wasche selber ab. Er gehe nach draussen, gehe einkaufen ins Dorf, mache tagsüber das weitere Anstehende im Haushalt, schaue Fernsehen, Internet, lese die Zeitung. Zwei bis dreimal in der Woche treffe er Leute in einem Restaurant. Er gehe regelmässig in die Heilsarmee, übernehme kleine Ehrentätigkeiten. Er habe einen regelmässigen Kontakt zu einer Schwester und zu zwei Halbgeschwistern, sie sähen sich bei Festlichkeiten, manchmal telefonierten sie miteinander. Motorradfahren sei sein Hobby, er sei früher gerne mit Kollegen unterwegs gewesen, auch im Ausland, er werde es gerne im nächsten Sommer wieder versuchen. Somit ist gestützt auf dieses beweiswertige psychiatrische Teilgutachten davon auszugehen, dass im Gutachtenszeitpunkt keine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag, womit auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist seit der gutachterlichen Beurteilung keine psychische Verschlechterung erstellt. Der Beschwerdeführer weist in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme der J.____ vom 17. April 2018 (IV-Nr. 125, S. 2) hin, wo festgehalten wurde, die Stimmungslage des Beschwerdeführers habe sich in den letzten Monaten erneut verschlechtert. Dies wird in der Stellungnahme der J.____ aber nicht weiter begründet und belegt. Es wird lediglich auf ein Mini ICF-APP von 2016 verwiesen. Damit ist eine relevante psychische Verschlechterung seit der Erstellung des Gutachtens vom 20. März 2018 nicht nachgewiesen. In diesem Zusammenhang ist zudem 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), weshalb dem Bericht der J.____ auch im Lichte dessen wenig Beweiswert zuzumessen ist.

7.4.2 Nicht nachvollziehbar ist dagegen die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit, wonach der Beschwerdeführer gemäss den Vorakten aufgrund einer depressiven Störung sowohl angestammt als auch in einer adaptierten Tätigkeit von April 2015 bis November 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, das depressive Syndrom sei seitdem remittiert und es bestehe seit Dezember 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl angestammt als auch adaptiert. Der psychiatrische Gutachter stützte sich hierbei auf die Berichte der behandelnden Ärzte der J.____: In den Berichten der J.____, Dr. med. M.____, vom 24. März 2015 und 11. Januar 2016 werde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), diagnostiziert und entsprechend begründet. Es werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 1. September 2015 und zwar bis zum Austritt aus der Tagesklinik am 11. Januar 2016 attestiert: «Herr A.____ tritt stabilisiert und frei von suizidalen Absichten aus der Tagesklinik aus.» Im Bericht der J.____ vom 2. August 2016,

Dr. med. N.____, werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der Zeit vom 19. Februar - 11. März 2016 attestiert und zwar wegen geltend gemachten Beschwerden wie schwere Stimmungsschwankungen, schwere Antriebslosigkeit und Schlafstörungen, ausserdem Suizidgedanken, aufgetreten nach dem negativen Vorbescheid der IV-Stelle vom 19. Februar 2016. In einem weiteren Bericht vom

E. 9

November 2016 durch Dr. med. N.____ werde nebst rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) eine unterwürfige, selbstunsichere Persönlichkeit diagnostiziert. Es werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 14. April 2015 bis zum Datum des Berichtes (9. November 2016) attestiert. Dieser Verlauf der Arbeitsfähigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Zwar erscheint es nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer mindestens während der Behandlung in der Tagesklinik vom 12. Oktober 2015 bis 11. Januar 2016 und wohl noch eine gewisse Zeit vorher und nachher vollständig arbeitsunfähig war. Davon ging auch der RAD-Arzt, Dr. med. K.____, in seiner Stellungnahme 17. Mai 2016 (IV-Nr. 81) in nachvollziehbarer Weise aus: Der Versicherte sei ab Oktober 2015 in Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik gewesen. Gemäss Austrittsbericht vom 11. Januar 2016 sei per 15. Januar 2016 der Austritt erfolgt. Der Beschwerdeführer sei stabilisiert und frei von suizidalen Absichten aus der Tagesklinik ausgetreten. Mit Attest vom 15. Januar 2016 (IV-Nr. 69) habe die J.____ eine Arbeitsfähigkeit von 4 ½ Wochen attestiert. Somit sei gemäss Dr. med. K.____ von einer Arbeitsunfähigkeit vom

E. 12

Juni 2009 möglich, als Lastwagenfahrer tätig zu sein, weshalb bereits vorher bestehende relevante Einschränkungen aufgrund des Diabetes nicht überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Demnach ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen von CHF 52'129.00 gestützt auf das bei der letzten Arbeitgeberin erzielte Einkommen festgelegt hat. 8.2 8.2.1 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). Bislang hat der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare Tätigkeit aufgenommen, weshalb die Beschwerdegegnerin zurecht auf einen Tabellenlohn abgestellt hat. Ebenfalls nicht zu beanstanden und vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten ist der herangezogene Tabellenlohn TA1_tirage_skill_level, Männer 2016, Total, Kompetenzniveau 1. Nach Aufrechnung der wochenüblichen Arbeitszeit von 41.7 und Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 55 % ergibt sich daraus – vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. 8.2.2 nachfolgend) – ein Invalideneinkommen von CHF 36'741.90. 8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll

nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist – anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs – eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Die Bestimmung der Höhe eines leidensbedingten Abzugs stellt zwar weitgehend eine Ermessensfrage dar. Allerdings darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 447/06 vom 5. September 2006 E.

E. 15

kg begrenzt. Die Einnahme von Zwangshaltungen sei nicht möglich. Das regelhafte Treppen-, Leiter- oder Gerüstbesteigen oder das Gehen auf unebenem Gelände sei nicht möglich. Es sollte sich um eine leichte Tätigkeit in wechselbelastender Position handeln. Der Versicherte sollte nicht auf seinen Gleichgewichtssinn angewiesen sein. Optimalerweise würde sich eine sitzende Tätigkeit anbieten. Er sollte keine grösseren Strecken zu Fuss unterwegs sein, damit weitere Stürze vermieden würden. Im Lichte dieser beiden Abzugsgründe erscheint der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von 10 % zu tief. Vielmehr scheint ein gesamthafter Abzug von 15 % angemessen. 8.3 Somit ergibt sich aus dem Valideneinkommen von CHF 52'129.00 und dem Invalideneinkommen (nach Vornahme des leidensbedingten Abzuges von 15 %) von CHF 31'230.60 ein Invaliditätsgrad von 40 %. Damit hat der Beschwerdeführer aufgrund einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 1. September 2015 - 28. Februar 2016 Anspruch auf eine befristete ganze Rente ab 1. Februar 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Da bereits per 1. März 2016 wiederum von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, ist die ganze Rente unter Beachtung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV bis Ende Mai 2016 zu befristen. Hiernach hat der Beschwerdeführer gestützt auf den vorgenannten Invaliditätsgrad von 40 % ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine Viertelrente. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 7. August 2019 aufzuheben. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer im vorliegenden Urteil zwar die in der angefochtenen Verfügung für die Dauer vom 1. Februar 2016 bis 31. August 2016 zugesprochene ganze Rente von sieben auf vier Monate gekürzt wird (1. Februar 2016 bis 31. Mai 2016). Jedoch wird ihm ab 1. Juni 2016 eine Viertelrente zugesprochen, womit im Vergleich zur angefochtenen Verfügung gesamthaft keine Schlechterstellung resultiert, weshalb auf die vorgängige Ankündigung einer reformatio in peius verzichtet werden konnte. 9. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'541.40 (9.5 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von 174.70 und MwSt) festzusetzen. Der Unterschied zu der eingereichten Kostennote ergibt sich einerseits daraus, dass verschiedene der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand darstellen (Kurzbrief an Klient am 7. November 2019, Einreichung der Kostennote am 21. Januar 2020), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Andererseits wird für

den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss nur eine halbe Stunde vergütet. 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 die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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