

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.236 vom 1. Dezember 2020**

SO Obergericht, 2020-12-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.236\\_d20201201](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.236_d20201201)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.236 du 1 décembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.236 del 1 dicembre 2020

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 26. August 2019 sei aufzuheben.

### **E. 2**

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Leistungen (Invalidenrente, berufliche Massnahmen) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.

### **E. 3**

Es sei der Beschwerdeführerin [recte: dem Beschwerdeführer] das vollständige Gerichtsgutachten im Beschwerdeverfahren VSBES.2014.234, auf welches die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung verweist, in anonymisierter Form herauszugeben.

### **E. 4**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

### **E. 5**

Es sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt infolge kurzfristiger Mandatierung eine Frist von 20 Tagen zur Beschwerdeergänzung anzusetzen.

### **E. 6**

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bewilligen.

#### **E. 6.1**

hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Syndromen (ICD-10 F32.1)». Es werde aktuell mit Paronex 20 mg (2-0-0-0), Zolpidem 10 mg (0-0-0-1) und Temesta Expidet 1 mg (1 – 2x täglich in Reserve) behandelt (S. 4). Der Beschwerdeführer profitiere von einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung mit einer Behandlungsfrequenz von ein- bis zweimal pro Monat. Es habe eine günstige psychiatrische Entwicklung stattgefunden und eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf 50 %. Die Schwierigkeit sei, dass der

Beschwerdeführer das Selbstbewusstsein verloren habe und denke, er sei den Anforderungen nicht gewachsen. Zudem bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei vom 20. Juli bis 30. September 2015 100 %, vom 1. bis 19. Oktober 2015 zu 50 % und vom 29. Juli 2016 bis 30. Januar 2017 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 31. Januar 2017 bis anhin sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsunfähig. Eine berufliche Tätigkeit wie jene als Verkäufer sei in einem Pensum von 50 % zumutbar. 6.7 Im [...] verfassten medizinischen Zwischenbericht vom 1. September 2017 (IV-Nr. 26) zuhanden des Taggeldversicherers stellte Dr. med. R.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: – Myokardinfarkt, Dezember 2016 – ängstlich-depressiver Zustand Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose «Diabetes Typ II». Im Dezember habe in [...] ein stationärer Aufenthalt stattgefunden. Es gebe keine nichtmedizinischen Faktoren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten. Zurzeit sei die psychologische Erkrankung wichtiger, als der kardio-vaskuläre Zustand. Der Beschwerdeführer sei seit Dezember 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. 6.8 Im Abschlussbericht vom 8. September 2017 (IV-Nr. 25) führte die Eingliederungsfachfrau S.\_\_\_\_ zur Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, dieser sehe sich subjektiv nicht als arbeitsfähig. Nach dem Durchlaufen der vierwöchigen Potentialabklärung im August 2017 im C.\_\_\_\_ werde festgehalten, dass der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt nicht vermittelbar sei. Er würde selbst die Leistung kleiner Pensen nicht längerfristig halten können. Ein Aufbau zum jetzigen Zeitpunkt sei daher nicht möglich. Der Fall werde in der beruflichen Eingliederung abgeschlossen. 6.9 Dr. med. K.\_\_\_\_ und Assistenzärztin L.\_\_\_\_ bestätigten im Arztbericht vom 3. Oktober 2017 (IV-Nr. 27 S. 2 ff.) die Diagnose einer «mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1), seit ungefähr Juli 2015». Die letzte Kontrolle sei am 13. September 2017 erfolgt. Es sei eine ungünstige psychiatrische Entwicklung vorhanden. Der Beschwerdeführer sei zu 80 % arbeitsunfähig, wobei die Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf 80 % angestiegen sei. Er werde psychiatrisch mit integrierter Psychotherapie behandelt. Momentan werde mit Paronex 20 mg (1.5-0-0-0), Symfona forte (1-0-0-0) und Temesta Expidet 1 – 2 pro Tag in Reserve behandelt. Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäufer beim Arbeitgeber B.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2017 [wohl: 2015] bis 30. März 2015 [wohl: 30. September 2015] 100 %, vom 1. Juni 2017 [wohl: 1. Oktober 2015] bis 19. Oktober 2015 zu 50 %, vom 29. Juli 2017 [wohl: 2016] bis 30. Januar 2017 zu 100 %, vom 31. Januar 2017 bis 15. August 2017 zu 50 % und ab 16. August 2017 bis anhaltend zu 80 % arbeitsunfähig gewesen. In seiner beruflichen Tätigkeit würden sich die gesundheitlichen Einschränkungen durch eine schwache Stresstoleranz, leichte Ablenkbarkeit, Ängstlichkeit sowie Müdigkeit auswirken. Die bisher ausgeübte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. 6.10 Der den Beschwerdeführer seit dem 16. März 2017 behandelnde Kardiologe Dr. med. P.\_\_\_\_ bestätigte im Arztbericht vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 29 S. 5 ff.) die bereits im Bericht vom 21. März 2017 (vgl. E. II. 6.4 hiervoor) ausgewiesenen Diagnosen, ergänzte jedoch die Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer «Koronaren 1-Ast-Erkrankung» wie folgt: «4. April 2017, PTCA/DES [Koronarangiographie] Stenting einer kritischen Stenose des Truncus communis / der ostialen und proximalen RIVA, sowie Mitte RIVA (3 Stents)». Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien ergänzende medizinische Abklärungen in Form von kardiologischen Kontrollen angezeigt. Die letzte Untersuchung habe am 16. März 2017 stattgefunden. 6.11

Im von Hand geschriebenen Arztbericht vom 10. Oktober 2017 (IV-Nr. 28) gab der den Beschwerdeführer seit Dezember 2016 behandelnde Dr. med. R. \_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen «Myokardinfarkt, seit Dezember 2016» und ein «konsekutiv ängstlich-depressiver Zustand, seit Januar 2017» an. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein diabetisches Leiden. Der Beschwerdeführer sei seit dem 29. Dezember 2016 bis weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die letzte Untersuchung habe am 3. Juli 2017 stattgefunden.

6.12 Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 29. November 2017 (IV-Nr. 31 S. 2 ff.) fest, die somatische Einschränkung sei gemäss vorliegenden Berichten unbedeutend, zumindest bis im Juli 2017 (letzte Konsultation). Von daher sollten körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten nicht eingeschränkt sein. Lediglich für Schwerarbeit bestehe aufgrund der koronaren Herzkrankheit keine Arbeitsfähigkeit mehr. Diskrepant dazu gehe der Hausarzt des Beschwerdeführers von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten aus. Das Ausmass der aus psychischen Gründen attestierten Arbeitsunfähigkeit, das seit Beginn der Erkrankung im Juli 2015 zwischen 50 % und 100 % gependelt sei und seit August 2017 80 % betragen solle, könne bei offenbar bestehendem mittelgradig ausgeprägtem depressivem Syndrom schlecht nachvollzogen werden, zumal belastende psychosoziale Umstände eine wesentliche Rolle spielen sollten. Es sei an dieser Stelle auch festgehalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Intake-Gesprächs vom 13. März 2017 (vgl. IV-Nr. 12) zwar deutlich vorgealtert erschienen, aber weitgehend euthym gewesen sei. Die affektive Modulation sei nicht eingeschränkt gewesen, der Rapport gut herstellbar. Bei dieser Ausgangslage sei erwartet worden, dass der Beschwerdeführer für körperlich leichte Arbeiten wieder mit einem Pensum von 70 – 80 % eingesetzt werden können sollte. Angesichts der erheblich divergierenden Einschätzungen sei eine bidisziplinäre, internmedizinisch – psychiatrische Begutachtung zu empfehlen. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), DD rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33); Koronare Herzkrankheit». Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die folgenden Diagnosen: «Diabetes mellitus und Nikotin-abusus».

6.13 Im bidisziplinären Gutachten der F. \_\_\_ vom 5. Juni 2018 (IV-Nrn. 41.1 – 41.6) hielten Prof. Dr. med. G. \_\_\_, Innere Medizin FMH, und Dr. med. H. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 5):

1. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) – bei labormedizinisch schwerem Vitamin D-Mangel
2. Soziale Isolation, alleinlebender Patient (ICD-10 Z60.2)
3. Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.0)
4. Koronare 1-Ast-Erkrankung – Status nach subakutem anteriorem Myokardinfarkt am 29. Dezember 2016 – Koronarangiographie 4. Januar 2017: 70%ige Stenose des proximalen RIVA, 80 % des distalen RIVA und des Ostiums des 1. Ramus diagonalis mit initial konservativer Therapie – Echokardiographie 16. März 2017: Normalisierung der linksventrikulären Auswurffraktion, Atheromatose der Karotiden mit 20%iger bis 50%iger Stenose der linken Arteria carotis communis – Status nach PTCA/DES einer kritischen Stenose eines Truncus communis, ostialen RIVA und proximal sowie RIVA-Mitte (Implantation von 3 Stents) am 4. April 2017 – kardiovaskuläre Risikofaktoren: Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Nikotinabusus (mehr als 100 py)
5. COPD Gold Stadium II bis III bei Nikotinabusus

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Intermittierend auftretendes thorakovertebrales Schmerzsyndrom

paravertebral rechts unklarer Ätiologie 2. Unklare Parästhesien Bein links 3. Verdacht auf Karpaltunnel-Syndrom rechts 4. Morbus Dupuytren 4. Strahl beidseits Aufgrund der verminderten Belastbarkeit bei mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung und koronarer Herzkrankheit bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie für Tätigkeiten mit Kälte und Nässe, Staub- oder Rauchexposition. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine verminderte Durchhaltefähigkeit, eine reduzierte Belastbarkeit, eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit und ein gestörtes Sozialleben aufgrund von vermehrtem sozialem Rückzug mit sozialer Isolation bis Einsamkeit (S. 5). Für die bisherige Tätigkeit als Verkäufer in einem Kaufhaus mit Zeit- / Termindruck und hochfrequentem bzw. anspruchsvollem Kundenkontakt sowie der Notwendigkeit, teilweise auch schwere körperliche Tätigkeiten auszuüben, bestehe sowohl aus internistischer wie auch aus psychiatrischer Sicht seit Dezember 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sowie ohne zusätzliche externe Stressoren wie erheblichem Zeit- / Termindruck, häufigem bzw. anspruchsvollem Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts, ohne koordinative oder Leitungsfunktion, bestehe gegebenenfalls bereits ab Mitte oder Ende 2016 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Hinweise für eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit würden Tätigkeiten, welche eine grosse Sorgfalt erfordern bzw. eine geringe Fehlertoleranz aufweisen, aktuell für ungeeignet erachtet. Aus internistischer Sicht sei nicht davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit durch medizinische Massnahmen verbessern liesse. In erster Linie empfehle sich ein sofortiger Nikotinstopp und der Beginn einer Inhalationstherapie, am ehesten kombiniert Laba / Lama. Diese Massnahmen dienen v.a. der Vorbeugung einer Exazerbation der pulmonalen Symptomatik. Ob durch diese Massnahmen eine Ausweitung des zumutbaren Tätigkeitsprofils erreicht werden könne, sei fraglich. Auch für die Reduktion des kardiovaskulären Risikos sei ein Nikotinstopp dringend notwendig, zudem sollte die Behandlung des Diabetes mellitus bei aktuell unzureichender Blutzuckereinstellung (HbA1c 8.4 %) intensiviert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durchaus möglich. Hierzu notwendig sei eine Intensivierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen (mit angemessen dosierter Psychopharmakotherapie unter Serumspiegel-Kontrolle), höherfrequenter und störungsspezifischer Psychotherapie unter Einbezug einer Gruppentherapie und Substitution des Vitamin-D-Mangels. Es sei ein initial mindestens 2 bis 4-wöchiger stationärer psychiatrischer Aufenthalt vorzuschlagen, wo die notwendigen Abklärungen, eine Anpassung bzw. stabile Einstellung der Psychopharmaka sowie die Einleitung einer intensivierten ambulanten Behandlung und nötigenfalls Tagesstruktur erfolgen könnten. Anschliessend empfehle sich eine Reevaluation der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in 1 – 2 Jahren (S. 6 f.). 6.14 Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, hielt in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2018 (IV-Nr. 50 S. 2 f.) Folgendes fest: Das bidisziplinäre, internmedizinische und psychiatrische Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) beruhe auf den zur Verfügung gestellten Akten, die gewürdigt würden, sowie eigenen Untersuchungen in den genannten Fachgebieten. Die erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde seien ausreichend detailliert festgehalten. Die daraus gezogenen diagnostischen und versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Auf das Gutachten könne abgestellt werden, wobei die von den Gutachtern diagnostisch integrierten

psychosozialen Belastungsfaktoren doch abzugrenzen seien. Zudem sei beim zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Akten der Beginn etwas früher anzusetzen. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (psychosoziale Faktoren ausgeklammert) seien: 1. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) – bei labormedizinisch schwerem Vitamin D-Mangel – soziale Isolation, alleinlebender Patient (ICD-10 Z60.2) und Arbeitslosigkeit 2. Koronare 1-Ast-Erkrankung – Status nach subakutem anteriorem Myokardinfarkt am 29. Dezember 2016 – Koronarangiographie 4. Januar 2017: 70%ige Stenose des proximalen RIVA, 80 % des distalen RIVA und des Ostiums des 1. Ramus diagonalis mit initial konservativer Therapie – Echokardiographie 16. März 2017: Normalisierung der linksventrikulären Auswurffraktion, Atheromatose der Karotiden mit 20%iger bis 50%iger Stenose der linken Arteria carotis communis – Status nach PTCA/DES einer kritischen Stenose eines Truncus communis, ostialen RIVA und proximal sowie RIVA-Mitte (Implantation von 3 Stents) am 4. April 2017 – kardiovaskuläre Risikofaktoren: Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Nikotinabusus (mehr als 100 py) 3. COPD Gold Stadium II bis III bei Nikotinabusus Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Aufgrund der verminderten Belastbarkeit bei mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung und koronarer Herzkrankheit bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie für Tätigkeiten mit Kälte und Nässe, Staub- oder Rauchexposition. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine verminderte Durchhaltbarkeit, eine reduzierte Belastbarkeit, eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit und ein gestörtes Sozialleben aufgrund von vermehrtem sozialem Rückzug mit sozialer Isolation bis Einsamkeit. Für die bisherige Tätigkeit als Verkäufer in einem Kaufhaus mit Zeit- / Termindruck und hochfrequentem bzw. anspruchsvollem Kundenkontakt sowie der Notwendigkeit, teilweise auch schwere körperliche Tätigkeiten auszuüben, bestehe sowohl aus internistischer wie auch aus psychiatrischer Sicht seit Dezember 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2). In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sowie ohne zusätzliche externe Stressoren wie erheblichem Zeit- / Termindruck, häufigem bzw. anspruchsvollem Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts, ohne koordinative oder Leitungsfunktion bestehe gegebenenfalls bereits ab Mitte oder Ende 2016 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Hinweise für eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit würden Tätigkeiten, welche eine grosse Sorgfalt erfordern bzw. eine geringe Fehlertoleranz aufweisen würden, aktuell für ungeeignet erachtet. Die 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei rein psychiatrisch bedingt (S. 3). 7. Es ist zunächst auf das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 26. August 2018 (A.S. 2) zu Recht auf dieses abgestellt hat. 7.1 Das von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, erstellte bidisziplinäre Gutachten (IV-Nrn. 41.1 – 41.6) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) gerecht. So wurde der Beschwerdeführer je einer ausführlichen internmedizinischen Exploration in [...] Sprache und einer psychiatrischen Exploration unter Beizug eines [...] übersetzenden Dolmetschers unterzogen (IV-Nrn. 41.3 S. 4 ff., 41.4 S. 5 ff., 8 f.). Damit sind auch die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden am 5. Februar 2018 eine labormedizinische Untersuchung und

eine Bodyplethysmographie / Spirometrie / Diffusionskapazität durchgeführt (IV-Nrn. 41.1 S. 2, 41.5 und 41.6) und nebst der Erhebung sowohl des klinischen als auch des psychiatrischen Untersuchungsbefundes (IV-Nrn. 41.3 S. 6 f., 41.4 S. 9 f.) wurde eine testpsychologische Zusatzuntersuchung mittels Rey Memory Test (RMT) zur Detektion von Aggravation / Simulation (IV-Nr. 41.4 S. 10) durchgeführt. Durch das Aufführen der medizinischen Vorakten ab dem 31. Oktober 2016 unter dem Titel «Aktenzusammenfassung» (IV-Nr. 41.2 S. 1 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Es verweisen denn auch beide Gutachter in ihren jeweiligen Teilgutachten auf diese Zusammenstellung (IV-Nrn. 41.3 S. 3, 41.4 S. 4). Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So führte der internmedizinische Gutachter Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, es sei eine obstruktive Ventilationsstörung entsprechend einer COPD Gold Stadium II bis III bei fortgesetztem Nikotinkonsum schädlichen Gebrauch festgestellt worden (IV-Nr. 41.3 S. 8). Diese Befunderhebung leuchtet ein, da der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration angab, pro Tag fünf bis sechs Zigaretten zu rauchen und bei den am 5. Februar 2018 durchgeführten Untersuchungen (Bodyplethysmographie / Spirometrie / Diffusionskapazität, IV-Nr. 41.6) eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung ohne akute Reversibilität nach Bronchospasmyse, keine restriktive Ventilationsstörung und eine relative und absolute Überblähung objektiviert werden konnten. Es ist in diesem Zusammenhang weiter nachvollziehbar, dass der internmedizinische Gutachter in erster Linie einen sofortigen Nikotinstopp und den Beginn einer Inhalationstherapie, am ehesten kombiniert Laba / Lama, empfohlen hat (IV-Nr. 41.3 S. 9 unten). Ferner vermag aufgrund der festgestellten klinischen Untersuchungsbefunde auch die gutachterliche Einschätzung zu überzeugen, wonach sich der Beschwerdeführer in der klinischen Situation kardiopulmonal kompensiert darstelle. So hätten im Bereich Thorax / Lungen eine symmetrische Thoraxform, eine normale Atemfrequenz, ein normales Vesikuläratmen über sämtlichen Lungenfeldern, keine Dämpfung und im Bereich des Herzens / Gefässe ein arterieller Blutdruck des linken Arms sitzend von 137 / 87 mmHg, ein regelmässiger Puls 76 pro Minute, eine unauffällige Herzauskultation und Palpation, keine pathologischen Herzgeräusche und palpable Gefässe ohne pathologische Strömungsgeräusche festgestellt werden können (IV-Nr. 41.3 S. 6). Im Weiteren erscheint die gutachterliche Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer aktuell keine pectanginösen Beschwerden angebe (IV-Nr. 41.3 S. 8 Mitte), schlüssig, denn der Beschwerdeführer berichtete anlässlich der gutachterlichen Exploration spontan einzig über eine Schwäche und gab an, beim schnellen Gehen Atemnot und Schmerzen im Bereich der BWS rechts paravertebral zu verspüren (IV-Nr. 41.3 S. 4). Diesbezüglich wies Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen, intermittierend auftretenden Beschwerden im Bereich der BWS rechts paravertebral (zwei- bis dreimal pro Woche), bei denen der Beschwerdeführer den Eindruck habe, sie würden eher bei hohem Blutzucker auftreten, aus allgemeininternistischer Sicht nicht einer eindeutigen Pathologie zugeordnet werden könnten (IV-Nr. 41.3 S. 8 f.). Auch die weitere gutachterliche Beurteilung des internmedizinischen Experten, wonach die bei Aufregung auftretenden Druckgefühle auf der Brust, die aber nicht bei körperlicher Belastung verspürt würden, am ehesten psychogen bedingt seien (IV-Nr. 41.3 S. 9 oben), erscheint mit Blick auf das psychiatrische Teilgutachten plausibel. So habe der Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Exploration u.a. spontan angegeben (IV-Nr. 41.4 S. 5), er sei viel alleine und «studiere»

viel. Ein Tag sei gut, ein Tag sei schlecht. Das Alleinsein mache ihm auch Angst. Er habe keine Ziele mehr und richtiggehend Angst vor der Zukunft. Wenn er Angstgefühle habe, merke er das auch körperlich, er werde unruhig und laufe in seiner Wohnung hin und her. Wenn er dann eine Tablette Temesta® einnehme, werde er ruhiger. Er fühle sich insgesamt sehr müde und kraftlos. Aufgrund der bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung festgestellten niedergedrückten bis deprimierten Stimmung, teils mit dem Gefühl der Perspektivlosigkeit, Freudlosigkeit, sowie einer leichten Reizbarkeit und innerlichen Unruhe, Müdigkeit bzw. reduziertem Antrieb und Kraftlosigkeit sowie der subjektiv wahrgenommenen Konzentrations- und Merkschwierigkeiten (IV-Nr. 41.4 S. 12 Mitte), erscheint die durch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. H. \_\_\_ u.a. diagnostizierte mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 F32.1 (IV-Nr. 41.4 S. 10) nachvollziehbar. Dies insbesondere auch aufgrund der anschliessenden gutachterlichen Ausführungen, wonach mit der deprimierten Stimmung, dem Interessens- und Freudverlust, dem verminderten Antrieb, dem geminderten Selbstwertgefühl, den wiederkehrenden Gedanken an den Tod (ohne akute Suizidalität) sowie den (subjektiven) Konzentrationsstörungen und gelegentlicher psychomotorischer Unruhe, sechs bis sieben diagnostische Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), DD im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1), erfüllt seien. Diese diagnostische Einschätzung vermag auch aufgrund des bei der Exploration festgestellten psychiatrischen Untersuchungsbefundes (IV-Nr. 41.4 S. 9 f.) zu überzeugen. So wurde u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer sei affektiv niedergestimmt, anamnestisch auch deprimiert, fühle sich perspektiv- und freudlos, sei leicht gereizt – «nervös», innerlich unruhig. Eine gewisse Ängstlichkeit mit Unruhe insbesondere angesichts der als perspektivlos empfundenen Zukunft und Einsamkeit würden beschrieben, ohne typische vegetative Begleitsymptomatik. Der Antrieb sei reduziert. Es werde ein eingeschränktes Aktivitätsspektrum mit weitgehendem Rückzug in die Wohnung und weitgehender Inaktivität (viel fernsehen, ab und zu spazieren gehen, essen und schlafen) beschrieben und insgesamt ein Gefühl von Müdigkeit, Kraftlosigkeit. Subjektiv berichte der Beschwerdeführer von einer reduzierten Merkfähigkeit und von Konzentrationsschwierigkeiten (Vergessen und Verwechseln von Terminen beim Arzt etc.). Aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers, dass er praktisch keine Freunde und Hobbies mehr habe und keine sozialen Aktivitäten pflege, da er einfach keine Lust mehr habe und er – im Gegensatz zu früher, wo er noch geschreiner habe – jetzt nur noch schlafe, esse und spazieren gehe (IV-Nr. 41.4 S. 7), leuchtet ein, wenn Dr. med. H. \_\_\_ von einem erheblichen sozialen Rückzug bis zu einer sozialen Isolation mit belastender Einsamkeit ausgeht. Im Weiteren lässt sich gestützt auf die Ergebnisse der durchgeführten Laboruntersuchung vom 5. Februar 2017 (IV-Nr. 41.5 S. 5, 7) mit einem 25-Hydroxy-Vitamin D-Wert von < 12.5 der durch die Psychiaterin festgestellte «schwergradige Vitamin D-Mangel» nachvollziehen. Diesbezüglich wies die Gutachterin zudem darauf hin, dass in vielen Studien die Müdigkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten und deprimierte Stimmung als mögliche Allgemeinsymptome eines Vitamin-D-Mangels beschrieben würden (IV-Nr. 41.4 S. 12). Daher erscheint die entsprechende Empfehlung der psychiatrischen Gutachterin, wonach der schwere Vitamin D-Mangel abzuklären und nötigenfalls zu kompensieren sei (IV-Nr. 41.4 S. 13), was möglicherweise zusätzlich einen günstigen Einfluss auf die psychische Symptomatik haben könne, plausibel. Gestützt auf den bei den durchgeführten Laboruntersuchungen im Weiteren festgestellten Paroxetin-Wert von < 0.01 mg/l

(Wertebereich: 0.030 – 0.120 mg/l; IV-Nr. 41.5 S. 4) ist auch die gutachterliche Einschätzung schlüssig, wonach das ärztlich verordnete Antidepressivum Paroxetin labormedizinisch nicht nachweisbar sei (IV-Nr. 41.4 S. 12). Damit kommt dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 grundsätzlich Beweiswert zu. 7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ durch die übrigen Arztberichte allenfalls geschmälert wird. Einzugehen ist zunächst auf das internmedizinische (vgl. E. II. 7.2.1 hiernach) und anschliessend auf das psychiatrische Teilgutachten (vgl. E. II. 7.2.2 hiernach). 7.2.1 In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich in den vorliegenden medizinischen Akten keine sich widersprechenden diagnostischen Befunde finden. Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 29. September 2016 in [...] einen Myokardinfarkt erlitt und im Rahmen der anschliessenden Untersuchungen eine koronare 1-Ast-Erkrankung festgestellt wurde (vgl. E. II. 6.3 ff., 6.7,

### **E. 6.3**

hiervor) die Diagnose eines «Diabetes mellitus» gestellt. Diese wurde sodann in den Berichten der Kardiologen Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 21. März 2017 und 23. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.4, 6.10 hiervor) sowie Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 5. April 2017 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) bestätigt und zusammen mit dem Nikotinabusus und dem Bluthochdruck unter den Hauptbegriff «kardiovaskuläre Risikofaktoren» subsumiert. Auch die weitere durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ ausgewiesene Diagnose einer «COPD Gold Stadium II bis III bei Nikotinkonsum» findet sich bereits in den medizinischen Vorakten. So wies bereits Dr. med. P.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. März 2017 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) eine «nicht quantifizierte COPD» aus, welche er sodann im Bericht vom 23. Oktober 2017 bestätigte (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Damit ergeben sich aufgrund der medizinischen Vorakten in Bezug auf die somatische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers insgesamt keine vom internmedizinischen Gutachten abweichenden fachmedizinischen Einschätzungen und Beurteilungen. In Bezug auf den am 19. November 2020 eingereichten Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, vom 9. März 2020 (A.S. 52 ff.), ist festzuhalten, dass dieser erst nach dem hier zu beurteilenden Zeitpunkt vom 26. August 2019 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) erstattet wurde. So basieren die durch den Lungenspezialisten gestellten Diagnosen denn auch auf konsiliarischen Untersuchungen vom 6. Februar und 2. März 2020. Dr. med. I.\_\_\_\_ stellte aufgrund der am 18. Februar 2020 durchgeführten CT des Thorax u.a. ein «ausgeprägtes zentrilobuläres Lungenemphysem» fest, welches er der Hauptdiagnose einer «chronisch obstruktiven Lungenkrankheit Stadium 3/B» unterordnete. Daraus lässt sich – entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (vgl. Verhandlungsprotokoll der öffentlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2020) – rückwirkend auf den hier massgebenden Zeitpunkt vom 26. August 2019 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ableiten. So ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer erst im Frühjahr 2020 in lungenärztliche Abklärung begab. Denn es kann weder aus dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) noch aus den zeitlich nachfolgend verfassten Akten auf eine ärztliche bzw. lungenärztliche Behandlung des Beschwerdeführers geschlossen werden. Jedenfalls ist eine solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Folglich lässt sich aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Frühjahr 2020 einen Lungenarzt aufsuchte, der zwar seit dem

Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 ein klinisch verändertes Bild feststellte, sich jedoch weder mit vorangehenden medizinischen Berichten befasste noch ein zeitnahes weiteres medizinisches Vorgehen ins Auge fasste, sondern eine Verlaufskontrolle im Februar 2021 empfahl, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Rückschluss betreffend eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers auf den hier massgebenden Zeitpunkt vom 26. August 2019 ableiten. Ein solcher ist auch mit weiteren Abklärungen nicht zu erwarten. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass in Bezug auf die durch Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellte Hauptdiagnose einer «chronisch obstruktiven Lungenkrankheit Stadium 3/B» bereits im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 eine «COPD Gold Stadium II bis III bei Nikotinabusus» diagnostiziert worden war. Somit lässt sich auch diesbezüglich nicht auf einen erheblich veränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers schliessen. Der Beweiswert des internmedizinischen Teilgutachtens von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ wird somit durch die übrigen medizinischen Akten nicht eingeschränkt. In der Gesamtbetrachtung der vorliegenden medizinischen Akten und der jeweiligen fachärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist erstellt, dass aufgrund der «koronaren 1-Ast-Erkrankung» mit aktuell normaler linksventrikulärer Funktion und fehlender Angina pectoris-Symptomatik eine Unzumutbarkeit für körperlich schwere Tätigkeiten (vgl. IV-Nr. 41.3 S. 8) besteht. Weiter kann nachvollzogen werden, dass aufgrund der «mittel bis schweren COPD» eine Unzumutbarkeit für sämtliche körperlich schweren bis mittelschweren Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit Nässe, Kälte, Rauch oder Staubexposition gegeben ist (vgl. IV-Nr. 41.3 S. 8). Folglich ist – wie im bidisziplinären Gutachten der F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 nachvollziehbar dargelegt – davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer sowohl die bisher ausgeübte Tätigkeit als Verkäufer bei der Firma B.\_\_\_\_, welche oft körperlich schwere bis mittelschwere Arbeiten umfasst (vgl. Arbeitgeberbericht vom 28. März 2017, IV-Nr. 16 S. 4), als auch andere körperlich schwere bis mittelgradig schwere berufliche Tätigkeiten mit Nässe, Kälte, Staub-, oder Rauchexposition seit dem erlittenen Myokardinfarkt im Dezember 2016 nicht mehr zumutbar sind.

7.2.2 Eingehend auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 21. Juli 2015 in den Psychiatrischen Diensten M.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung befindet (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Der Beschwerdeführer bestätigte dies im Rahmen der gutachterlichen Exploration, indem er angab, vor 2015 nie psychiatrische bzw. psychologische Probleme gehabt und sich auch nie in psychiatrischer Behandlung befunden zu haben (IV-Nr. 41.4 S. 6). Im Bericht der Psychiatrischen Diensten M.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) wurde eine «mittelgradige depressive Episode mit somatischen Syndromen (ICD-10 F32.1)» diagnostiziert und darauf hingewiesen, dass beim Beschwerdeführer ein distanzierter Kontakt zu seinen Kindern, v.a. zu seiner Tochter, bestehe und er nach der Scheidung ein einsames Leben führe, Sehnsucht nach seinem Heimatland habe sowie eine Änderung am Arbeitsplatz anstehe. Folglich wurden bereits im Bericht vom 31. Oktober 2016 psychosoziale Belastungsfaktoren erhoben. Entsprechende Hinweise finden sich sodann auch in den weiter dokumentierten Berichten von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2017 und 3. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.6 und 6.9 hiervor). Auch der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. N.\_\_\_\_ wies in seiner psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 29. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) auf das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren hin. So stellte er als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit u.a. einen «Status nach Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation (Einsamkeit, finanzielle Sorgen,

Kündigung der Arbeitsstelle) gemäss ICD-10 F43.21». Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.10)» an und führte diesbezüglich aus, da bereits 2015 eine depressive Episode bestanden habe, sei beim Beschwerdeführer die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu stellen. Diese Einschätzung lässt sich aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers im Rahmen der gutachterlichen psychiatrischen Exploration nachvollziehen. So gab der Beschwerdeführer an (IV-Nr. 41.4 S. 6 Mitte), es sei ihm im Verlauf des Jahres 2015 zunächst wieder besser gegangen, im Sommer 2016 habe sich die Depression aber erneut eingestellt. Es sei ihm im Juli 2016 gekündigt worden, wobei er den Eindruck gehabt habe, dass die Kündigung von seiner Vorgesetzten vorangetrieben worden sei. Mit ihr habe es nämlich Konflikte gegeben und er habe das Gefühl gehabt, sie habe ihn «loswerden» wollen. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte in diesem Zusammenhang fest, das Alleinleben sei als deutliche Belastung anzusprechen. So beschreibe sich der Beschwerdeführer als isoliert, wobei unklar bleibe, weshalb seine Kinder ihrerseits den Kontakt zum Vater (gemäss dessen Selbstbericht) völlig abgebrochen hätten (IV-Nr. 41.4 S. 13 Mitte). Dem Bericht der Psychiatrischen Dienste M.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) ist im Weiteren zu entnehmen, dass die Therapie des Beschwerdeführers zu Beginn ungefähr einmal monatlich stattgefunden habe und es später zu grösseren Behandlungsintervallen gekommen ist. So wurden als Konsultationsdaten die Folgenden angegeben: 21. Juli 2015, 27. August 2015, 30. September 2015, 30. Oktober 2015, 22. Dezember 2015, 4. Februar 2016, 29. Juli 2016, 24. August 2016, 28. September 2016, 14. Oktober 2016 und 7. November 2016. In der psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 29. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) hielt Dr. med. N.\_\_\_\_ dafür, dass aufgrund der Schwere der Symptomatik die aktuelle Behandlungsfrequenz unzureichend und daher dringend eine Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einer Sitzungsfrequenz von mindestens einmal pro Woche vorzunehmen sei (IV-Nr. 8 S. 22 f.). Die aktuelle Behandlungsfrequenz entspreche aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht den Therapieleitlinien. Ausserdem sei aufgrund der ausgeprägten Tagesmüdigkeit des Beschwerdeführers eine Umstellung der Behandlung mit Mirtazapin (Remeron 30 mg) von morgens auf abends vorzunehmen. Gestützt auf die vorliegend dokumentierten medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass in der Folge keine entsprechende Anpassung der Therapiefrequenz stattfand. So führte Dr. med. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Mai 2017 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) aus, die Behandlung finde ein- bis zweimal pro Monat statt. Daher vermag die Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_ einzuleuchten, wonach die ein- bis zwei monatlichen Therapiesitzungen nicht als angemessene Behandlungsfrequenz bezeichnet werden könnten (IV-Nr. 41.4 S. 13 oben), dies insbesondere, wenn der diagnostizierten Störung invalidisierende Wirkung zugesprochen werde. Eingehend auf die durch Dr. med. N.\_\_\_\_ empfohlene Umstellung der Therapie von Remeron (vgl. oben) hielt die psychiatrische Gutachterin weiter fest, es sei auf Paroxetin (ein eher antriebssteigerndes Antidepressivum) umgestellt worden. Aufgrund der Ergebnisse der im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 5. Juni 2018 durchgeführten labormedizinischen Kontrolle vom 5. Februar 2018 (IV-Nr. 41.5) gab Dr. med. H.\_\_\_\_ an, bei der aktuellen Serum-Spiegelkontrolle liege der Wert des Paroxetin unterhalb der Nachweisgrenze (IV-Nr. 41.4 S. 13 oben). Daraus leitete sie die Möglichkeit ab, dass das Medikament nicht oder nicht regelmässig eingenommen werde. Differenzialdiagnostisch wies sie darauf hin, dass eine Malcompliance (eine zu geringe

Dosis) bestehen könnte. Dr. med. H. \_\_\_ hielt explizit fest, dass ein antidepressiv wirksamer Serumpiegelbereich nicht erreicht werde. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen kann die gutachterliche Schlussfolgerung nachvollzogen werden, dass die Behandlungsmöglichkeiten insgesamt nicht ausgeschöpft seien und bei angemessen intensiver Behandlung die Möglichkeit einer deutlichen Besserung durchaus gegeben sei (IV-Nr. 41.4 S. 13). Die Differenz besteht primär in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, die angesichts der tiefen Frequenz und der Spiegelkontrolle nicht überzeugt. Folglich vermögen die medizinischen Vorakten den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

7.2.2.1 Im grundsätzlich beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. H. \_\_\_ wurde eine «mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10)» diagnostiziert. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sämtliche psychischen Erkrankungen dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt werden, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich die geforderte Indikatorenprüfung (BGE 143 V 409 sowie 143 V 418) anhand des Gutachtens vornehmen lässt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) – Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) – Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) – Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) – gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) – behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Zunächst sind im Rahmen der Kategorie « funktioneller Schweregrad » die Indikatoren zum Komplex « Gesundheitsschädigung » näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In Bezug auf die « Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde » ist dem Gutachten zu entnehmen, dass eine verminderte Durchhaltefähigkeit, eine reduzierte Belastbarkeit, eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit sowie ein gestörtes Sozialleben aufgrund von vermehrtem sozialem Rückzug mit sozialer Isolation bis Einsamkeit bestünden (IV-Nr. 41.1 S. 5). Mit der deprimierten Stimmung, dem Interessen- und Freudverlust, dem verminderten Antrieb, dem geminderten Selbstwertgefühl, den widerkehrenden Gedanken an den Tod (ohne akute Suizidalität) sowie (subjektiv) den Konzentrationsstörungen und der gelegentlich psychomotorischen Unruhe seien 6 bis 7 diagnostische Kriterien erfüllt und es sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F33.1) zu stellen (IV-Nr. 41.4 S. 12). Die kursorische Prüfung kognitiver Funktionen habe indes keine Hinweise auf gravierende Defizite betreffend die Auffassung, die Merkfähigkeit, das Gedächtnis oder die Konzentration ergeben. Im 3-Wörter-Test seien nach 10 Minuten 2 / 3 der Wörter richtig memoriert worden und die fortlaufende Subtraktion von 7 ab 100 sei bis auf einen fehlerfrei und ohne Latenzzunahme gelungen. Zudem seien Gemeinsamkeiten und Unterschiede prompt richtig genannt worden. Der Beschwerdeführer sei formalgedanklich flüssig und geordnet gewesen (IV-Nr. 41.4 S. 9). Auch am Ende der knapp 1 3 / 4 Stunden dauernden Exploration sei keine störende Ermüdung zu konstatieren gewesen. Der Beschwerdeführer sei affektiv niedergestimmt,

anamnestisch auch deprimiert. Der Antrieb sei reduziert, es sei ein eingeschränktes Aktivitätsspektrum mit weitgehendem Rückzug in die Wohnung und weitgehender Inaktivität gegeben (viel fernsehen, ab und zu spazieren gehen, essen und schlafen). Es bestehe ein erheblicher sozialer Rückzug bis soziale Isolation mit Einsamkeit, unter der der Beschwerdeführer auch leide. Eine gewisse Verdeutlichungstendenz sei festzustellen (IV-Nr. 41.4 S. 10). Der Beschwerdeführer gehe jeden zweiten Tag am Nachmittag spazieren. Er schaue oft Fernsehen, lese eine Zeitung und besuche selten Kollegen, dies in der Garage oder im Restaurant (IV-Nrn. 41.3 S. 5, 41.4 S. 8 oben). Zusammenfassend kann im Lichte der gemachten Ausführungen auf ein ausgeprägtes Leiden geschlossen werden. Betreffend den «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» ist festzustellen, dass zwar seit 2015 eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung stattfindet, die Behandlungsfrequenz jedoch nicht als angemessen bezeichnet werden kann (vgl. E. II. 7.2.2 hiervor). Dies gilt auch in Bezug auf die medikamentöse Behandlung. So hält die psychiatrische Gutachterin fest, die Behandlungsmöglichkeiten seien insgesamt «nicht ausgeschöpft» (IV-Nr. 51.4 S. 14). Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch eine angemessene und dafür deutlich zu intensivierende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (inkl. angemessen dosierter Psychopharmakotherapie mit Serumspiegelkontrolle, höherfrequenter und störungsspezifischer Psychotherapie, möglichst unter Einbezug einer Gruppentherapie, somatischer Abklärung und nötigenfalls Substitution des Vitamin D-Mangels, sowie mit – v.a. so lange der Beschwerdeführer noch keine Arbeitsstelle gefunden habe – Massnahmen, wie insbesondere einer externen Tagesstruktur zur Förderung z.B. von Sozialkontakten und Sinnfindung) verbessert werden könne. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen kann somit nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe die Therapie- und Eingliederungsoptionen bereits erfolglos ausgeschöpft. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der «Komorbidität» ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der mittelgradigen depressiven Episode zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im vorliegenden Fall werden beim Beschwerdeführer auch eine koronare-1-Ast-Erkrankung und eine COPD festgestellt. Obschon eine Wechselwirkung zwischen diesen somatischen Diagnosen und der mittelgradigen depressiven Episode nicht explizit ausgewiesen wird, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich diese somatischen Gesundheitsprobleme, aufgrund deren der Beschwerdeführer u.a. für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar ist, im Rahmen der mittelgradigen depressiven Episode ressourcenhemmend auswirken. Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» zählt u.a. der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen). Dem Gutachten lässt sich diesbezüglich entnehmen, dass keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder

akzentuierter Persönlichkeitszüge bestünden (IV-Nr. 41.1 S. 5 unten). Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex « sozialer Kontext » mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Dem bidisziplinären Gutachten ist ein weitgehender sozialer Rückzug des Beschwerdeführers zu entnehmen. So gebe dieser im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung an, zu seinen beiden Kindern praktisch keinen Kontakt mehr zu haben. Zur Tochter bestehe gar kein und zum Sohn einmal jährlich Kontakt. Der Vater des Beschwerdeführers sei bereits verstorben und seine Mutter habe er seit sechs Jahren nicht gesehen. Sie lebe, ebenso wie sein Bruder, in [...]. Zudem habe er praktisch keine Freunde und pflege keine sozialen Aktivitäten (IV-Nr. 41.4 S. 7). Das als gestörtes Sozialleben aufgrund von vermehrtem sozialem Rückzug mit sozialer Isolation bezeichnete Alleinleben des Beschwerdeführers wird durch die psychiatrische Gutachterin als deutliche Belastung angesehen (IV-Nr. 41.1 S. 5). Daran vermag auch die Angabe des Beschwerdeführers anlässlich der internmedizinischen Exploration, wonach er selten einmal Kollegen besuche, entweder in der Garage oder in einem Restaurant (IV-Nr. 41.3 S. 5), nichts zu ändern. Insgesamt kann aufgrund des sozialen Lebenskontextes des Beschwerdeführers von ressourcenhemmenden Faktoren ausgegangen werden. Der Indikator einer « gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen » der Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen (IV-Nr. 41.1 S. 6 oben), dass sich keine Hinweise auf eine Einschränkung der Beschwerdevalidität etwa im Sinne von Aggravation oder Simulation fänden, wobei eine gewisse leichte Beschwerdeverdeutlichung nicht ausgeschlossen werden könne. Für die vom Beschwerdeführer beklagten Rückenschmerzen bei Blutzuckeranstieg habe kein organisches Korrelat gefunden werden können. Die angegebenen Einschränkungen des Alltagsaktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (also auch Alltag und Freizeit) wirkten glaubhaft und authentisch. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des « behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks » betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt die psychiatrische Gutachterin aus, die Behandlungsintensität sei in mehrerer Hinsicht unzureichend, was aber nicht, oder zumindest nicht ausschliesslich dem Beschwerdeführer anzulasten sei (IV-Nr. 41.4 S. 13). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So hat sich zum einen anhand der im Rahmen

der psychiatrischen Begutachtung durchgeführten Laborkontrolle ergeben, dass der Beschwerdeführer das ihm ärztlich verschriebene Antidepressivum Paronex® (Paroxetin) nicht, oder jedenfalls nicht in der angegebenen Dosierung von 30-0-0-0 mg (IV-Nr. 41.4 S. 8) einnimmt. So lag der Medikamentenspiegel mit  $< 0,01$  mg/l deutlich unter der Nachweisgrenze, wobei der therapeutische Bereich bei 0,030 – 0,120 mg/l liegt (IV-Nr. 41.4 S. 10). Zum anderen ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Durchführung der psychotherapeutischen Behandlungen nicht intensiviert worden ist. Dies zumindest seit Dr. med. N.\_\_\_\_ in seiner psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 29. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) eine Intensivierung der psychiatrisch / psychotherapeutischen Behandlung mit einer Sitzungsfrequenz von mindestens einmal pro Woche empfohlen und gar darauf hingewiesen hat, dass die aktuelle Behandlungsfrequenz aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht den Therapieleitlinien entspreche. Die im weiteren Verlauf durchgeführten, ein- bis zweimal monatlich stattfindenden Therapiesitzungen bei den Psychiatrischen Diensten M.\_\_\_\_ können gemäss plausibler gutachterlicher Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht als angemessene Behandlungsfrequenz bezeichnet werden, insbesondere, wenn der diagnostizierten Störung invalidisierende Wirkung zugesprochen werde (IV-Nr. 41.4 S. 13). Aufgrund des Gesagten ist zwar von einem erheblichen Leidensdruck des Beschwerdeführers auszugehen, der seitens der behandelnden Fachärzte indes nicht in der erforderlichen Art und Weise behandelt wird.

7.2.2.2 Zusammenfassend lassen sich im Rahmen des durchgeführten bidisziplinären Gutachtens vom 5. Juni 2018 eine ganze Reihe von Informationen entnehmen, die es erlauben, die massgebenden Indikatoren zu beurteilen. Die Indikatoren wurden daher bei der Begutachtung hinreichend berücksichtigt. Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers als erstellt. Eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie Dr. med. H.\_\_\_\_ in einer angepassten Tätigkeit ohne zusätzliche externe Stressoren, wie erheblichen Zeit- / Termindruck, häufigen bzw. anspruchsvollen Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts sowie ohne koordinative oder Leitungsfunktion formuliert, kann nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nachvollzogen werden.

7.3 Damit erweist sich das bidisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 als voll beweismässig. Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. August 2019 auf dieses gestützt hat (A.S. 2). Es kann aber – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (A.S. 2 f.) – auch in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit den gutachterlichen Beurteilungen gefolgt werden: So ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Verkäufer ab Dezember 2016 voll arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit (körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sowie ohne zusätzliche externe Stressoren wie erheblichen Zeit- / Termindruck, häufigen bzw. anspruchsvollen Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts, ohne koordinative oder Leitungsfunktion) hingegen ist dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitstätigkeit zumutbar.

7.4 Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die Beschwerdegegnerin bei der Indikatorenprüfung eine tendenziöse Rosenpickerei vorgenommen habe, getragen vom offensichtlichen Willen, der versicherten Person ja keine Leistung ausrichten zu müssen (A.S. 11), kann nicht gefolgt werden. So ist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 26. August 2019 (A.S. 2) auf sämtliche Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.1.3 eingegangen, wenn auch nicht in der hier hierzu üblichen Reihenfolge gemäss der Indikatorenprüfung (vgl. E. II. 2.2.1 hiervor). Im Weiteren kann

auch dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die Indikatorenprüfung der Beschwerdegegnerin der Begutachtungsstelle zur Stellungnahme vorzulegen sei (A.S. 11), nicht gefolgt werden. So lassen sich – wie oben dargelegt (vgl. E. II. 7.2.2.1 hiervor) – dem Gutachten ohne Weiteres Angaben zu sämtlichen Indikatoren entnehmen (vgl. E. II. 7.2.2.1 hiervor). 8. Der Beschwerdeführer lässt anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2020 u.a. vorbringen, die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit sei fraglich (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2020). 8.1 Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_650/2015 vom 11. August 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar (Urteile des Bundesgerichts 8C\_442/2019 vom 20. Juli 2019 E. 4.2 und 9C\_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2019 vom 11. September 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460 mit weiteren Hinweisen). 8.2 Massgeblicher Zeitpunkt für die verbleibende berufliche Aktivitätsdauer ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit der Teilerwerbstätigkeit. Vorliegend kann dieser Zeitpunkt frühestens auf den 5. Juni 2018, mit dem Erstellen des bidisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_, festgelegt werden. Damals war der Beschwerdeführer 56jährig. Es ist vorliegend im Weiteren davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines bisherigen beruflichen Werdeganges, seiner Ausbildung zum Schreiner, den beruflichen Erfahrungen als Sanitärinstallateur, Schreiner, Geschäftsführer und Angestellter in Restaurants und Cafés, Sommelier und Verkäufer (vgl. IV-Nrn. 11 ff., 16, 41.3 S. 5, 41.4 S. 7) seine Restarbeitsfähigkeit bei einfachen Hilfsarbeitertätigkeiten grundsätzlich zu verwerten vermag. Dies bestätigen auch die Gutachter, indem sie davon ausgehen, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Verweistätigkeit zu 50 % zumutbar sei (vgl. E. II. 6.13 hiervor). Daher besteht im vorliegenden Fall grundsätzlich die Möglichkeit der Ausübung von Hilfsarbeiten. Es ist auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zudem nicht ausgeschlossen, dass es eine Stelle mit den dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Tätigkeiten mit entsprechenden Einschränkungen (körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sowie ohne zusätzliche externe Stressoren wie erheblicher Zeit- / Termindruck, häufiger bzw. anspruchsvoller Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts, ohne koordinative oder Leitungsfunktion) gibt. Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass es auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine, dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeit gibt. 9. Nachfolgend ist

der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 2.4 hiervor). 9.1 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). 9.1.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 7.3 hiervor), ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine körperlich leichte bis mittelschwere, leidensadaptierte Tätigkeit zu 50 % auszuüben. Da der Beschwerdeführer bisher keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen ist, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'340.00 auszugehen (LSE 2016 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen ( $\text{CHF } 5'340.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41,7] = \text{CHF } 66'803.40$ ) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2017 anzupassen ( $\text{: } 104,4 \text{ [2016]} \times 104,8 \text{ [2017]}$ ). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 50 % ein Invalideneinkommen von CHF 33'529.70 (50 % von CHF 67'059.35). 9.1.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – 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 pflichtgemässen 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). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 56 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). So lag im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 26. August 2019 noch eine 8-jährige berufliche Aktivitätsdauer vor ihm, weshalb sich das Alter nicht auf die Lohnhöhe auswirken dürfte. Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Schweizer Staatsbürgerschaft verfügt (IV-Nr. 5 S. 1) und somit im Kompetenzniveau 1 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen. Aufgrund der vorliegenden Akten ist beim Beschwerdeführer zwar von mangelnden deutschen Sprachkenntnissen auszugehen, welche jedoch nicht geeignet sind, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da dem Beschwerdeführer Arbeitstätigkeiten nur noch in sehr eingeschränkten Rahmen möglich sind (leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeiten ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition, ohne Zeit- / Termindruck, häufigem bzw. anspruchsvollen Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts, ohne koordinative oder Leitungsfunktion) rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug von 10 %. Das

Invalideneinkommen beträgt somit CHF 30'176.70 (90 % von CHF 33'529.70). 9.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab August 2017 (vgl. E. II. 2.2 hiervor) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

9.2.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

9.2.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 11 ff., 16, 41.3 S. 5, 41.4, S. 7) besuchte der Beschwerdeführer von 1969 bis 1977 die Grundschule in [...] und absolvierte dort von 1978 bis 1982 die Ausbildung zum Schreiner. Zwischen 1983 und 1985 war er in [...] als Schreiner tätig und kam 1986 in die Schweiz. Hier arbeitete er zunächst bis 1988 als Sanitärinstallateur bei der Firma T.\_\_\_\_ und von 1988 bis 1992 als Schreiner. Von 1992 bis 1994 war der Beschwerdeführer bei der Firma U.\_\_\_\_ in [...] angestellt. Von 1994 bis 1997 war als Geschäftsführer im Restaurant V.\_\_\_\_ in [...], von 1997 bis 2001 als Geschäftsführer des Cafés / Restaurants im W.\_\_\_\_ in [...], von 2001 bis 2002 als Sommelier im Restaurant X.\_\_\_\_ in [...] tätig. Anschliessend war er von 2002 bis 2003 als Angestellter im Restaurant Y.\_\_\_\_ in [...], dann von 2003 bis 2005 als Angestellter im Restaurant Z.\_\_\_\_, [...], beschäftigt. Von 2005 bis 2006 führte der Beschwerdeführer ein Restaurant in [...]. Vom 1. März 2012 bis 31. Dezember 2016 war er sodann als Verkäufer bei der Firma B.\_\_\_\_ in [...] und [...] im Vollzeitpensum tätig. Der Vertrag wurde aufgrund krankheitsbedingter Absenzen des Beschwerdeführers durch den Arbeitgeber aufgelöst. Es folgte vom 31. Juli 2017 bis 25. August 2017 eine Potenzialabklärung beim C.\_\_\_\_ in [...]. Im Bericht vom 27. August 2017 (IV-Nr. 24) wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt nicht vermittelbar sei und selbst die Leistung kleiner Pensen nicht längerfristig halten könne. Seither ist der Beschwerdeführer arbeitslos.

9.2.3 Da dem gelernten Schreiner die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Verkäufer bei der Firma B.\_\_\_\_ aus gesundheitlichen Gründen per 31. Dezember 2016 gekündigt wurde, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Daher hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht das bei der Firma B.\_\_\_\_ erzielte Erwerbseinkommen von jährlich CHF 53'300.00 herangezogen (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 28. März 2017, IV-Nr. 16) und dieses unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2017 (: 103,3 [2014] x 104,8 [2017]) auf insgesamt CHF 54'073.95 festgelegt.

9.2.4 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches

Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c / bb S. 157; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts 696/01 vom 4. April 2002 E. 4). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.4 S. 225). Die Grundüberlegung dieser Rechtsprechung ist die folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässig) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3).

9.2.5 Im vorliegenden Fall erzielte der Beschwerdeführer in seiner zuletzt in unbefristeter Anstellung ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Verkäufer in der Holzabteilung bei der Firma B.\_\_\_\_ im Jahr 2017 ein Jahreseinkommen von CHF 54'073.95 (vgl. E. II. 8.2.3 hiervor). Dies ist im Vergleich mit den diesbezüglichen statistischen Löhnen relativ tief. Daher stellt sich die Frage eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei der Frage, ob ein Einkommen unterdurchschnittlich ist, auf die branchenspezifischen, gesamtschweizerischen Zahlen abzustellen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_683/2009 vom 26. Februar 2010, 8C\_744/2011 vom 24. April 2012 E. 5.2, 8C\_534/2012 vom 4. Februar 2013), wäre hier der Tabellenlohn gemäss LSE 2016 im Wirtschaftszweig 47, «Detailhandel» heranzuziehen. Dabei ist auf das Kompetenzniveau 2 («Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst / Fahrdienst), Männer, von CHF 4'894.00 abzustellen. Aufgerechnet auf die betriebsüblichen Wochenstunden von 41.9 Stunden im Jahr 2017 (vgl. «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen», T 03.02.03.01.04.01, Detailhandel) und angepasst an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2017, entspricht dies einem Jahreslohn von CHF 59'035.75 (CHF 4'894.00 x 12 [: 41.8 x 41.9] {: 105.6 [2016] x 105.9 [2017] «T1.10 Nominallohnindex, 2011-2018, Detailhandel»). Folglich beträgt die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst des Beschwerdeführers und dem LSE-Tabellenlohn (CHF 59'035.75 – CHF 54'073.95) total CHF 4'961.80, was 8,4 % entspricht.

9.2.6 Da ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, erst dann in Frage kommt, wenn – unter anderem – der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.3 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 6.1.1) und eine Parallelisierung nur in dem Umfang vorzunehmen ist, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.3), hat vorliegend eine Parallelisierung im Umfang von 3,4 % (8,4 % – 5 %) zu erfolgen.

9.2.7 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 54'073.95 und einem Invalideneinkommen von CHF 29'150.70 (CHF 30'176.70 – 3,4 %) eine Erwerbseinbusse von CHF 24'923.25, die einem IV-Grad von 46 % entspricht und zum Bezug einer Viertelsrente berechtigt (vgl. E. II. 2 hiervor). Dem Beschwerdeführer ist somit ab dem 1. August 2017 rückwirkend eine Viertelsrente auszurichten.

10. Es stellt sich

somit die Frage nach beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. II. 2.5 hiervor). In diesem Zusammenhang ist dem bidisziplinären Gutachten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühlt. So wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, der Beschwerdeführer finde nicht, dass er zurzeit arbeiten könne, höchstens eine Stunde pro Tag sei möglich (IV-Nr. 41.4 S. 8). Bei längerer Arbeitszeit werde er nervös und könne sich nicht konzentrieren. Er wünsche sich eigentlich, wieder zu «schaffen». Im internmedizinischen Teilgutachten wird zudem festgehalten (IV-Nr. 41.3 S. 6), der Beschwerdeführer vermöge sich mit seinen aktuell verspürten Beschwerden keine berufliche Tätigkeit vorzustellen. Dem durch den Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2020 eingereichten Bericht der Firma J.\_\_\_\_ vom 7. November 2019 (Urkunde 5) lässt sich demgegenüber betreffend die Arbeitseinsätze des Beschwerdeführers vom September und Oktober 2019 entnehmen, dass dieser das soziale Umfeld genutzt und soziale Kontakte gepflegt habe. Er sei interessiert gewesen und habe nachgefragt, zudem sei er die Aufträge motiviert angegangen, habe selbstständig gearbeitet und mitgedacht. Demzufolge kann nicht von einer fehlenden Motivation des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Folglich hat die Beschwerdegegnerin berufliche Massnahmen zu prüfen und anschliessend durchzuführen.

11. Damit ist die Verfügung vom 26. August 2019 in dem Sinne aufzuheben und die dagegen erhobene Beschwerde teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab dem 1. August 2017 rückwirkend eine Viertelsrente zusteht und die Beschwerdegegnerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

12. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiervor).

12.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Bei teilweisem Obsiegen ist die Entschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3). Dies trifft hier indes nicht zu. Es ist daher eine volle Parteientschädigung zu gewähren. Da hinsichtlich der Beschwerdegegnerin von Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege.

12.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung).

12.3 Der unentgeltliche Rechtsbeistand, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, hat am 23. Januar 2020 und 1. Dezember 2020 je eine Kostennote eingereicht (vgl. E. II. 6 und 11 hiervor), womit er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 5'250.90 (CHF 3'561.10 + CHF 1'689.80) geltend macht. Dabei werden ein Aufwand von insgesamt 18,64 Stunden (12,68 + 5,96 Std.) und Auslagen von total CHF 215.50 (CHF 136.50 + CHF 79.00) ausgewiesen. Darin enthalten ist ein Kanzleiaufwand für elf Klientenbriefe (20., 24., 5. September, 1., 4. Oktober, 4. November, 4. Dezember 2019 und 23. Januar, 11. März, 30. Juli, 19. November 2020) à je 0,17 Stunden (total: 1,87 Std.), die im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen sind. Aufgrund des Ausgangs des vorliegenden Verfahrens (teilweises Obsiegen) ist der mit 1,00 Stunden geltend gemachte nachprozessuale Aufwand praxismässig auf 0,5 Stunden zu reduzieren. Nach Abzug von insgesamt 2,37 Stunden

beträgt der Aufwand noch total 16,27 Stunden. Dieser Aufwand ist im Quervergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als hoch zu bezeichnen und daher ermessensweise auf 14 Stunden zu reduzieren. Damit beträgt die Entschädigung bei einem Honoraransatz von CHF 250.00 CHF 3'500.00. Was die Auslagen von CHF 215.50 anbelangt, so sind die insgesamt 109 Kopien (92 + 17) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 54.50 auf CHF 161.00. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2020 von 45,4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]) und betragen daher CHF 31.80. Somit betragen die Auslagen insgesamt CHF 147.40. Somit beläuft sich die Parteientschädigung unter Einbezug der MwSt von 7,7 % auf total CHF 3'928.25 (CHF 3'500.00 + CHF 147.40 + 7,7 %). Unter Berücksichtigung der mit Verfügung vom 9. April 2020 (vgl. E. I. 8 hiervor) bereits erfolgten Akonto-Zahlung von CHF 1'638.20, beträgt die Parteientschädigung total noch CHF 2'290.05. Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Dazu hat die Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht die Akonto-Zahlung von CHF 1'638.20 zu erstatten. 12.4 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

#### **E. 6.10**

f. hiervor). In diesem Sinn führte der Gutachter Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, es bestehe aufgrund der zur Verfügung stehenden Dokumentation kein Zweifel daran, dass der Beschwerdeführer unter einer koronaren 1-Ast-Erkrankung leide (IV-Nr. 41.1 S. 4). Dieser Einschätzung entspricht auch die Diagnosestellung des den Beschwerdeführer seit Dezember 2016 behandelnden Hausarztes Dr. med. R.\_\_\_\_. So hielt er in den Berichten vom 1. September 2017 und 10. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.7 und 6.11 hiervor) die Diagnose eines «Myokardinfarktes, Dezember 2016» fest. Auch die weitere Ausführung des internmedizinischen Gutachters Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer eine Ansammlung kardiovaskulärer Risikofaktoren mit arterieller Hypertonie, unzureichend eingestelltem Diabetes mellitus, Nikotinabusus und fortgesetztem Nikotinkonsum mit schädlichem Gebrauch bestehe, lässt sich anhand der vorangehenden medizinischen Akten verifizieren. So wurde bereits in dem in [...] verfassten Bericht betreffend den erlittenen subakuten Myokardinfarkt des Beschwerdeführers vom 29. Dezember 2016 (vgl. E. II.

#### **E. 7**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 3. Mit Verfügung vom 29. Oktober 2019 (A.S. 28 f.) stellt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, der Beschwerdeführer habe auf das Einreichen einer Beschwerdeergänzung innert Frist verzichtet. 4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 17. Januar 2020 (A.S. 36) auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 20. Januar 2020 (A.S. 37 f.) bewilligt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche

Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) und bestellt Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 6. Das Doppel der am 23. Januar 2020 beim Versicherungsgericht eingereichten Kostennote (A.S. 40 ff.) geht mit Verfügung vom 24. Januar 2020 (A.S. 44) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Mit Verfügung vom 10. März 2020 (A.S. 45) weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts den Antrag des Beschwerdeführers, es sei das vollständige Gerichtsgutachten im Beschwerdeverfahren VSBES.2014.234, auf welches die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung verweise, in anonymisierter Form herauszugeben, ab. 8. Aufgrund der Eingabe des Vertreters des Beschwerdeführers vom 8. April 2020 (A.S. 46), worin um Überweisung von zwei Drittel des Honorars gemäss Kostennote vom 23. Januar 2020 ersucht wird, bewilligt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 9. April 2020 (A.S. 47) gestützt auf die Beschlüsse der GVK [Gerichtsverwaltungskommission] vom 24. März 2020 eine Akonto-Zahlung an das amtliche Honorar von zwei Dritteln des geltend gemachten Aufwandes, d.h. 8.45 Stunden (von 12.68 Stunden) zu einem Stundenansatz von CHF 180.00 zzgl. MwSt von 7.7 %, total CHF 1'638.20. Die Kostennote vom 23. Februar 2020 gilt damit noch nicht als genehmigt. 9. Mit Vorladung vom 29. Juli 2020 (A.S. 48 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 1. Dezember 2020, 14.00 Uhr, vorgeladen. 10. Der durch den Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. November 2020 eingereichte Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_[...] [...] vom 9. März 2020 (Urkunde 3, A.S. 51 ff.), geht mit Verfügung vom 20. November 2019 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 11. Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 1. Dezember 2020 (vgl. Protokoll, A.S. 61 ff.) gestellten Beweisanträge, wonach die Medikamentenliste vom 17. Juni 2019 und das Qualifikationsblatt der Firma J.\_\_\_\_ vom 7. November 2019 als Urkunden 4 und 5 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen seien, werden gutgeheissen. Der Beschwerdeführer lässt an seinen bisherigen Rechtsbegehren festhalten, wobei Ziff. 2 wie folgt modifiziert wird: c) Eventualiter: Es sei eine erneute medizinische Begutachtung in Form eines Gerichtsgutachtens in Auftrag zu geben (Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Kardiologie, Psychiatrie). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht anlässlich der öffentlichen Verhandlung eine ergänzende Kostennote vom 1. Dezember 2020 und eine Honorarvereinbarung mit dem Beschwerdeführer vom 20. September 2019 ein (A.S. 56 ff.). 12. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. 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 streitigen Verfügung (hier: 26. August 2019) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn

die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Juni 2016 (IV-Nr. 2) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Juni 2017 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 1. Februar 2017, IV-Nr. 7), was hier im August 2017 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. August 2017 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2017 geltenden Bestimmungen des IVG massgebend.

2.3 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 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).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

2.5 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3. 3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale

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

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. 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. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 26. August 2019 (A.S. 1 ff.) fest, dass die im bidisziplinären Gutachten vom 5. Juni 2018 getroffene Einschätzung einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % ohne nachvollziehbare Begründung bleibe. Eine Depression habe zwar grundsätzlich immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, aber nicht immer auch auf die Arbeitsfähigkeit. Mit Verweis auf den anonymisierten Auszug aus dem gerichtlichen Aktengutachten vom 7. Februar 2018 im Beschwerdeverfahren VSBES.2014.234 wurde weiter festgehalten, dass eine leichte bis mittelgradige Depression durch Konzentrationsstörungen, Verlust an Antrieb, Interessen, Selbstvertrauen und an Durchhaltevermögen höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit, z.B. mit Führungsfunktionen oder hohen Anforderungen an Kreativität und Flexibilität, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken könne. Es könne dahingestellt bleiben, ob es sich bei der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers um eine solche mit erhöhten Anforderungen handle. Denn es könne mit Sicherheit gesagt werden, dass es sich bei den in

Frage kommenden Verweistätigkeiten nicht um derartige hochqualifizierte Arbeiten handle. Mit Blick auf den Indikator «Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen» komme hinzu, dass die nicht angemessene Frequenz der psychiatrischen Behandlung und das nicht oder nicht regelmässig eingenommene ärztlich verordnete Antidepressivum (Serum-Spiegelkontrolle unterhalb der Nachweisgrenze) den Leidensdruck relativierten, v.a. wenn man berücksichtige, dass bereits in der psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 29. Dezember 2016 dringend eine Intensivierung der psychiatrisch / psychotherapeutischen Behandlung empfohlen worden sei. Im Zusammenhang mit dem Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» sei festzustellen, dass dem Grundsatz nach von einer guten Prognose auszugehen sei. Trotz einer (zumindest) teilweisen Arbeitsfähigkeit hätten die beruflichen Eingliederungsbemühungen eingestellt werden müssen, da sich der Beschwerdeführer subjektiv nicht arbeitsfähig gefühlt habe (vgl. Abschlussbericht vom 8. September 2017). Unter dem Indikator «Komorbiditäten» sei anzumerken, dass sich bei einer Verweistätigkeit Limitierungen einzig aus der diagnostizierten Depression ergäben. Was den Komplex «Persönlichkeit» angehe, seien dem Gutachten keine Störungen der komplexen Ich-Funktionen zu entnehmen. Diese Funktionen bezeichneten in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zuließen. Aus der Persönlichkeitsstruktur seien somit keine Faktoren ersichtlich, die die Ressourcen des Beschwerdeführers einschränkten. Bezüglich dem «sozialen Kontext» sei zwar im Gutachten von einem erheblichen sozialen Rückzug die Rede («praktisch keine Freunde»; «zu ihm [gemeint: Sohn] habe er einmal jährlich Kontakt»), jedoch hätte die dem Beschwerdeführer angebotene Unterstützung durch die berufliche Eingliederung zu einer verbesserten Tagesstruktur, persönlicher Bestätigung und Kontakten führen können. Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» sei zu sagen, dass der Beschwerdeführer zwar angegeben habe, die Konzentration habe deutlich abgenommen, sich aber anlässlich der psychiatrischen Untersuchung keine Hinweise auf gravierende Defizite hinsichtlich Auffassung, Merkfähigkeit, Gedächtnis oder Konzentration ergeben hätten (im 3 Wörter-Test seien nach

## **E. 10**

Minuten 2 / 3 der Wörter richtig memoriert worden, die fortlaufende Subtraktion von 7 ab 100 gelinge bis auf einen fehlerfrei und ohne Latenzzunahme; Gemeinsamkeiten und Unterschiede seien prompt richtig benannt worden). Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer flüssig und geordnet gewesen. Auch nach der knapp 1 3 / 4 Stunden dauernden Exploration sei am Ende der Untersuchung keine störende Ermüdung zu konstatieren gewesen. Es sei aber eine gewisse Verdeutlichungstendenz festzustellen gewesen. Alles in allem betrachtet sei nicht einzusehen, weshalb dem Beschwerdeführer die attestierte Verweistätigkeit nicht in einem vollen Pensum zumutbar sein soll. In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sollte eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen. Aufgrund des vorgenommenen Einkommensvergleichs mit einem errechneten IV-Grad von 0 % sei es dem Beschwerdeführer möglich, ein Renten ausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. 4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerdeschrift vom 30. September 2019 (A.S. 5 ff.) entgegenhalten, es liege eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör und der Vorschriften über das Vorbescheidverfahren durch die Beschwerdegegnerin vor. So habe ihm diese noch mit Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 mitgeteilt, bei der Invaliditätsbemessung werde die gutachterliche Einschätzung einer Arbeits(un)fähigkeit von 50 % in Verweistätigkeiten

herangezogen. Davon sei sie verfügungsweise, für den Beschwerdeführer völlig überraschend, abgewichen und habe ihm mitgeteilt, die gutachterliche Beurteilung müsse rechtlichen Vorgaben weichen und gemäss diesen liege psychiatrisch keine Arbeitsunfähigkeit vor. Erstmals überhaupt sei in der Verfügung eine Indikatorenprüfung durchgeführt und die Ergebnisse derselben dem Beschwerdeführer kommuniziert worden (A.S. 8). Die Indikatorenprüfung sei derart wesentlich, dass sie dem Beschwerdeführer vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung mit einem neuen Vorbescheid hätte mitgeteilt werden müssen. Die Beschwerdegegnerin hätte dem Beschwerdeführer also mitteilen müssen, dass und warum sie aufgrund der Indikatorenprüfung von einer fehlenden IV-Relevanz in Bezug auf die psychischen Beschwerden ausgehe. Indem die Beschwerdegegnerin dies unterlassen habe, habe sie es dem Beschwerdeführer verunmöglicht, sich zum Ergebnis der Indikatorenprüfung zu äussern. Unter diesen Umständen seien die Voraussetzungen zur Heilung der Gehörsverletzung nicht erfüllt. Die Angelegenheit müsse daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden (A.S. 9). Die Beschwerdegegnerin habe in materieller Hinsicht eine unzulässige juristische Parallelwertung vorgenommen, indem sie aus einem anderen Fall eines anderen Versicherten eine gutachtliche Meinung auf den vorliegenden Fall übertrage. Die Aussage des IV-Juristen mit dem nichtssagenden Hinweis auf die Äusserung eines Gerichtsexperten, bis mittelgradige Depressionen könnten sich höchstens bei «hochqualifizierten Arbeit» auswirken, sei Unsinn, da sich z.B. Konzentrationsstörungen auch in Produktionsarbeiten negativ auswirkten und mit dem Erfordernis der Einzelfallbegutachtung nicht in Einklang zu bringen seien. Der Beschwerdegegnerin sei zudem zu empfehlen, das Gutachten doch wenigstens zu lesen. Denn wie im Gesamtgutachten auf S. 6 ausgeführt, wirke sich die depressive Störung bei allen Arbeiten in einer verminderten Leistungsfähigkeit aus. Hingegen seien Tätigkeiten, welche eine grosse Sorgfalt erfordern bzw. eine geringe Fehlertoleranz aufwiesen, ungeeignet. Diese differenzierte Einschätzung sei mangels anderer fachärztlicher Stellungnahme heranzuziehen (A.S. 10). Die Einschätzung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit werde im psychiatrischen Gutachten nachvollziehbar bejaht. Es werde hierzu eine verminderte Durchhaltefähigkeit, eine reduzierte Belastbarkeit, eine reduzierte Konzentrationsstörung [recte: Konzentrationsfähigkeit] und ein gestörtes Wirken mit Dritten (gestörtes Sozialleben mit sozialer Isolation usw.) ausgeführt. Daher sei für die Invaliditätsbemessung die 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit gemäss Gutachten heranzuziehen (A.S. 10 f.). Für den Fall, dass eine Indikatorenprüfung durchzuführen sei, sei eine Gesamtsicht aller Indikatoren notwendig. Davon könne bei der Prüfung der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung keine Rede sein. Sie sei vielmehr eine tendenziöse Rosinenpickerei, getragen vom offensichtlichen Willen, der versicherten Person ja keine Leistung ausrichten zu müssen. Mit Verweis auf das Urteil des Bundesgericht 9C\_504/2018 vom 3. Dezember 2018 E. 5.4 liess der Beschwerdeführer weiter darlegen, dass es entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Frage der Therapieresistenz sehr wohl nachvollziehbar sei, einem Versicherten mit geschwächten Ressourcen und mittelschwerem depressiven Geschehen eine reduzierte Arbeitsfähigkeit zuzugestehen, auch wenn die therapeutischen [Möglichkeiten] nicht vollends ausgeschöpft seien. Dies umso mehr als es sich gemäss dem Gutachten um einen Beschwerdeführer mit schwerer sozialer Isolation handle, die Prognose offen sei und eine gutachtliche Re-Evaluation der Arbeitsfähigkeit «in 1 – 2 Jahren» empfohlen werde, was einen Rentenanspruch umso weniger ausschliesse. Zu den weiteren Indikatoren sei sinnvoller Weise erst nach der Durchführung eines Klientengesprächs im Rahmen der

Beschwerdeergänzung Stellung zu nehmen. Auch sei die Indikatorenprüfung der Beschwerdegegnerin der Begutachtungsstelle zur Stellungnahme zu unterbreiten, da der Jurist Feststellungen treffe, die nicht direkt dem Gutachten zu entnehmen seien. Die psychiatrische Expertin sei insbesondere zu fragen, ob eine (ressourcenhemmende) Dynamik zwischen der Depression und den Komorbiditäten (koronare 1-Ast-Erkrankung, COPD) bestehe oder nicht (A.S. 11 f.). Es werde weiter eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen gefordert. Vorliegend betrage die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst (CHF 54'074.00) und dem LSE-Tabellenlohn (CHF 67'059.00) CHF 12'985.00, oder 19 %. Bei einer solchen Differenz sei die Parallelisierung nicht einmal zu diskutieren und beweise abermals wie tendenziös der IV-Jurist an den Fall herangegangen sei, denn die Rechtsprechung sei ihm sehr wohl bekannt. Die Parallelisierung sei durchzuführen, zumal keine Anhaltspunkte dafür bestünden, dass sich der Beschwerdeführer aus freien Stücken mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen begnügt habe (A.S. 12 f.). Es stelle auch eine Ermessensunterschreitung dar, wenn die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Invalideneinkommens keinen Tabellenlohnabzug gewähre. Denn der Beschwerdeführer vermöge gemäss dem Gutachten nur noch leichte Tätigkeiten auszuüben, welche ausserdem ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sowie externen Stressoren durchzuführen seien, oder eine grosse Sorgfalt resp. geringe Fehlertoleranz erforderten. Diese Häufung von Einschränkungen fielen erheblich ins Gewicht und führten rechtsprechungsgemäss zu einem Abzug vom Tabellenlohn. Es komme hinzu, dass der Beschwerdeführer bereits über 50 Jahre, resp. im Verfügungszeitpunkt bereits 57 Jahre, alt sei. Wenn auch mit der Beschwerdegegnerin aufgrund der diesbezüglichen Rechtsprechung noch von grundsätzlicher Verwertbarkeit (im engen Zumutbarkeitsprofil) auszugehen sei, so führe dieser Umstand dennoch zu einem Abzug. Der Beschwerdeführer verfüge nur über einen schmalen Bildungsrucksack und sei qualitativ erheblich eingeschränkt, weshalb er in diesem fortgeschrittenen Alter mit empfindlichen Lohnneinbussen zu rechnen habe. Schliesslich sei der Beschwerdeführer gemäss den gutachtlichen Einschätzungen (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, S. 14) zu 50 % resp. 4 – 4,5 Stunden täglich) arbeitsfähig. Er könne die Arbeitsfähigkeit mithin nur in Teilzeit umsetzen. Weil Teilzeitarbeit statistisch gesehen weniger gut entlöhnt werde als eine Vollzeittätigkeit, sei auch aus diesem Grund ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Gesamthaft rechtfertige sich daher ein Abzug von mindestens 15 % (A.S. 13 f.). 5. Es ist vorab auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung vom 26. August 2019 bei der Invaliditätsbemessung nicht – wie noch im Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 (IV-Nr. 51) – der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % gefolgt, sondern habe erstmals eine Indikatorenprüfung durchgeführt und gestützt darauf eine Invalidität aus psychischer Sicht verneint (A.S. 7). Da die Indikatorenprüfung derart wesentlich sei, hätte sie dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung mitgeteilt werden müssen, damit er sich zum Ergebnis hätte äussern können. 5.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Schweizerische Bundesverfassung [BV, SR 10] haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Dieser ist formeller Natur. Seine Verletzung führt ungeachtet der materiellen Begründetheit des Rechtsmittels zur Gutheissung der Beschwerde und zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (BGE 144 I 11 E. 5.3 S. 17 mit Hinweis auf 137 I 195 E. 2.2 S. 197). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende

Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 135 I 279 E. 2.6.1 S. 285). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 143 IV 408 E. 6.3.2 S. 417, 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197 f., 133 I 201 E. 2.2 S. 204).

5.2 Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen (BGE 144 I 11 E. 5.3 S. 17 mit Hinweisen).

5.3 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht hinsichtlich behördlicher Entscheide ist ein Teilaspekt des Verbots formeller Rechtsverweigerung, das zwar in erster Linie durch die Verfahrensordnungen des Bundes oder der Kantone umschrieben ist, jedoch im Sinne eines minimalen Standards den verfassungsmässigen Schutz genießt und auch in der Sozialversicherungsrechtspflege zu beachten ist. Die Pflicht zur Begründung soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 142 I 135 E. 2.1 S. 145, 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 134 I 83 E. 4.1 S. 88 mit Hinweisen). Es entspricht allgemeinen rechtsstaatlichen Prinzipien, dass die Entscheidungsgründe der betroffenen Person bekannt sein sollen. Denn ohne Kenntnis der Tatsachen und Rechtsnormen, welche für die verfügende Behörde massgeblich waren, kann sie sich oft kein Bild über die Tragweite der Verfügung machen. Sie vermag die Gründe, welche für oder gegen eine Beschwerdeerhebung sprechen, nicht richtig abzuwägen und kann die Verfügung gegebenenfalls nicht sachgemäss anfechten. Dies führt zu Rückfragen bei der Verwaltung oder zu provisorischen Beschwerden, um die Entscheidungsgründe auf diesem Weg zu erfahren (SVR 2000 UV Nr. 10 S. 35 E. 4a; ZAK 1990 S. 396 E. 2 mit Hinweisen).

5.4 Im Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 (IV-Nr. 51) hielt die Beschwerdegegnerin u.a. fest, dem Beschwerdeführer sei aus medizinisch-theoretischer Sicht eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit ohne Nässe, Kälte, Staub- oder Rauchexposition sowie ohne zusätzliche externe

Stressoren wie erheblichem Zeit- / Termindruck, häufigem bzw. anspruchsvollem Kundenkontakt, Arbeiten spätabends oder nachts, ohne koordinative oder Leitungsfunktion, weiterhin in einem Pensum von 50 % zumutbar. Sie stützte sich dabei auf die Einschätzungen im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018. In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. August 2019 (A.S. 1 ff.) führte die Beschwerdegegnerin dann aus, die im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ bemessene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen sei ohne nachvollziehbare Begründung (A.S. 2). Sie nahm sodann die Indikatorenprüfung vor und hielt zusammenfassend fest, es sei nicht einzusehen, weshalb dem Beschwerdeführer die attestierte Verweistätigkeit nicht in einem vollen Pensum zumutbar sein soll. Obschon es sich beim Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 einzig um eine Vorinformation für den Beschwerdeführer betreffend den vorgesehenen Endentscheid handelt (Art. 57a IVG) und die Beschwerdegegnerin anschliessend im Rahmen der Verfügung nicht gehalten ist, den bereits erlassenen Vorbescheid bzw. die darin enthaltene Begründung zu übernehmen, oder zu bestätigen, erweist sich das Vorgehen der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall als nicht korrekt. So wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 eine gänzlich andere Ausgangs- bzw. Entscheidungsgrundlage präsentiert, als jene, auf die dann im Rahmen der Verfügung vom 26. August 2019 abgestellt wurde. Immerhin blieb das Ergebnis, wonach dem Beschwerdeführer weder weitere berufliche Massnahmen noch eine IV-Rente zuzusprechen seien, gleich. Der Beschwerdeführer hatte jedoch im Vorbescheidverfahren somit weder die Möglichkeit, sich zur – erst im Rahmen der Verfügung vom 26. August 2019 vorgenommenen – Indikatorenprüfung noch zu den entsprechenden Ausführungen zu äussern. Durch dieses Vorgehen wurde der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens untergraben, der darin besteht, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Folglich wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, anstelle der Verfügung vom 26. August 2019 einen neuen Vorbescheid zu erlassen und dem Beschwerdeführer dadurch nochmals das rechtliche Gehör zu gewähren. Aufgrund des sich präsentierenden Sachverhalts ist jedoch lediglich von einer leichtgradigen Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren als geheilt zu betrachten ist. Der Beschwerdeführer hatte im Beschwerdeverfahren über sämtliche Gesichtspunkte der Beurteilung der Beschwerdegegnerin (auch bez. der Indikatorenprüfung) Kenntnis und war daher in der Lage, sich dazu im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor dem über eine umfassende Kognition verfügenden Versicherungsgericht zu äussern. So wurde im Rahmen der Beschwerdeschrift vom 30. September 2019 denn auch eine Frist zur Beschwerdeergänzung beantragt (A.S. 11 unten), um nach Durchführung eines Klientengesprächs zu den Indikatoren Stellung nehmen zu können (vgl. E. I. 2 Ziff. 5 hiervor). Obschon dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. Oktober 2019 (A.S. 25 f.) eine entsprechende Frist eingeräumt worden ist, hat er davon in der Folge keinen Gebrauch gemacht (vgl. Verfügung vom 29. Oktober 2019, A.S. 28 f.). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 26. August 2019 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und / oder weitere berufliche Massnahmen zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant: 6.1 Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt, und die Assistenzärztin L.\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste M.\_\_\_\_, hielten in dem an die Krankentaggeldversicherung adressierten und auf [...] verfassten medizinischen

Bericht vom 31. Oktober 2016 (IV-Nr. 8 S. 26 ff.) die Diagnose einer «mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Syndromen (ICD-10 F32.1)» fest. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 21. Juli 2015 in Behandlung. Bei der aktuellen Tätigkeit seien folgende Einschränkungen gegeben: geringe Stressresistenz, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, starke Müdigkeit, Fehlzeiten bei der Arbeit und Produktivitätsverlust. Es werde zurzeit eine psychiatrische Therapie mit integrierter Psychotherapie durchgeführt. Diese ambulante psychiatrische Therapie sei weiterzuführen. Es werde mit Paronex 20 mg (2-0-0-0), Zolpidem 10 mg 1 x täglich in Reserve und Temesta Expidet 1 mg (1 – 2x täglich in Reserve) behandelt. Der Beschwerdeführer sei vom 20. Juli bis 30. September 2015 100 %, vom 1. bis 19. Oktober 2015 zu 50 % und ab 29. Juli 2016 bis anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. 6.2 In der psychiatrischen Kurzbeurteilung (Low-Level Assessment) vom 29. Dezember 2016 (IV-Nr. 8 S. 8 ff.) stellte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.10) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Status nach Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation (Einsamkeit, finanzielle Sorgen, Kündigung der Arbeitsstelle) (ICD-10 F43.21) 2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabakkonsum, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.24) Als fachfremde Diagnose wurde ein «nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus» aufgeführt. In der Selbsteinschätzung erlebe sich der Beschwerdeführer gegenwärtig als zu maximal vier Stunden pro Tag arbeitsfähig, wobei er wegen plötzlich auftretenden aggressiven Ausbrüchen Bedenken habe. Der Selbstbeurteilung der Leistungsfähigkeit könne aufgrund der im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung erhobenen medizinischen Befunde gefolgt werden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäufer mit Kundenkontakt sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit dem Erkrankungsbeginn und gegenwärtig zu 100 % arbeitsunfähig. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeiten ohne direkten Kundenkontakt und ohne Tätigkeiten, die hohe kreative Fertigkeiten oder höhere kognitive Leistungen erforderten, wäre der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch zu 50 % arbeitsfähig. Es werde jedoch empfohlen, mit der Wiedereingliederung nach Anpassung der Therapie (Intensivierung der Psychotherapie) frühestens Ende Januar 2017 zu beginnen. Aus psychiatrischer Sicht werde dringend eine Intensivierung der psychiatrisch / psychotherapeutischen Behandlung mit einer Sitzungsfrequenz von mindestens einmal pro Woche empfohlen. Darüber hinaus sollte aufgrund der ausgeprägten Tagesmüdigkeit eine Umstellung der Behandlung mit Mirtazapin (Remeron 30 mg) von morgens auf abends erfolgen. Im Weiteren sei der Beschwerdeführer über die Möglichkeit einer Suchtentwicklung unter einem regelmässigen Gebrauch von Temesta (Lorazepam) und Zolpidem aufgeklärt worden (S. 23). Die angestammte berufliche Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer in Zukunft nach der Entaktualisierung der Symptomatik bei einem anderen Arbeitgeber mit Sicherheit wieder zugemutet werden. Es werde davon ausgegangen, dass nach Remission der Symptomatik spätestens ab Februar 2017 mit der Wiedereingliederung begonnen werden könne. Die aktuelle Behandlungsfrequenz entspreche aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht den Therapieleitlinien (S. 24). 6.3 Dem undatierten und in [...] Sprache verfassten Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ (IV-Nr. 14), ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 29. Dezember 2016 einen Myokardinfarkt erlitten hatte und bis am 6. Januar 2017

hospitalisiert war. Es wurden folgende Diagnosen ausgewiesen: – subakuter Myokardinfarkt – durchgeführte Koronarangiografie – kongestive Herzinsuffizienz – dilatative Kardiomyopathie – apikales Ventrikelaneurysma links – Diabetes mellitus 6.4

Im [...] verfassten Bericht vom 21. März 2017 (IV-Nr. 29 S. 10 f.) führte Dr. med. P.\_\_\_\_, Kardiologie FMH, folgende Diagnosen auf: 1. Koronare 1-Ast-Erkrankung – seit ungefähr einem Jahr belastungsbedingte Angina pectoris – 29. Dezember 2016, Hospitalisation aufgrund eines subakuten anterioren Myokardinfarkts ([...]) – 30. Dezember 2016, Echokardiographie: antero-septal-apikale Akinesie mit Eindruck eines Aneurysmas, LVEF [= linksventrikuläre Auswurffraktion] 44 % – 4. Januar 2017, Koronarangiographie: 70%ige Stenose des proximalen RIVA, 80 % des distalen RIVA und des Ostiums des ersten Ramus diagonalis. Konservative Therapie. Aufgeschobene Angioplastie empfohlen. – residuelle Angina pectoris CCS II – III unter antianginöser Behandlung – 16. März 2017, EKG und Echokardiografie ohne signifikante Anomalie. Normalisierung der linksventrikulären Auswurffraktion (LVEF). Normale Aorta. Atheromatose der Karotiden mit 20 – 50%iger Stenose der linken Arteria carotis communis – 16. März 2017: klinisch und elektrisch auffällige Ergometrie mit Verdacht auf eine Myokardischämie. Sehr schwache Anstrengungstoleranz mit anormaler Spannungskurve (fallen mit der Anstrengung). Eingeschränkte Leistungsfähigkeit (5,2 METs) 2. Kardiovaskuläre Risikofaktoren – seit 7 – 8 Jahren unregelmässig behandelte Diabetes – Nikotinabusus > 100 py, aktuell 6 – 8 Zigaretten pro Tag 3. Anderes – Nicht quantifizierte COPD [Chronisch obstruktive Lungenerkrankung] – Status nach Blinddarmentfernung und chirurgischem Eingriff aufgrund eines Leistenbruchs Behandlungsvorschläge: Perkutane Rekoronarographie und Revaskularisation der RIVA (Dr. med. Q.\_\_\_\_, 4. April 2017, vgl. E. II. 6.5 hiernach); labormedizinische Untersuchung durch Dr. med. R.\_\_\_\_, Optimierung des Blutzuckerprofils falls notwendig und Übermittlung der Resultate an Dr. med. Q.\_\_\_\_; Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren und falls notwendig, Anpassung der Behandlung; Kardiologische Kontrolle in 6 – 12 Monaten und anschliessend in einen jährlichen Rhythmus; Unterstützung und Motivation zum vollständigen Rauchstopp. 6.5

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Kardiologie FMH, führte im [...] erstatteten Bericht vom 5. April 2017 (IV-Nr. 29 S. 12 f.) folgende Diagnosen auf: 1. Ischämische Kardiomyopathie – belastungsbedingte Angina pectoris, seit ungefähr einem Jahr – subakuter anteriorer Myokardinfarkt am 29. Dezember 2016 ([...] – RIVA proximal 70 % – distal 80 % – ohne Behandlung (Koronarangiographie 4. Januar 2017) – gute Funktion der gesamtheitlichen und segmentären Auswurffraktion (Echokardiografie 16. März 2017) – Positive Ergometrie (16. März 2017) – 50%ige Stenose des Truncus communis – 95%ige ostiale und proximale Stenose des RIVA – in Mitte der RIVA 75%ige Stenose (Koronarangiographie 4. April 2017) – Stenting des Truncus communis – der ostialen / proximalen RIVA – Mitte der RIVA 75 % am 4. April 2017 (3 DES) 2. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: – Bluthochdruck – Diabetes Die am 4. April 2017 durchgeführte Koronarangiographie zeige eine 50%ige Stenose des Truncus communis. Der RIVA [Ramus interventricularis anterior] zeige eine ostiale und proximale Stenose von mehr als 95 %, in der Mitte von 70 – 80 %, mit einem noch normalen Fluss. Sehr kleine diagonale Arterie mit einer signifikanten ostialen Stenose. Kleine Arterie des Ramus circumflexus von weniger als 2 mm, ohne Läsion. Das rechte Herzkranzgefäss sei noch gut kalibriert und berühre diskret den RIVA. Die Ventrikulographie zeige eine gute Allgemeinfunktion, aber trotz allem eine apikale Bewegungseinschränkung im unteren Teil. Unter Berücksichtigung des Alters und der Diabetes werde eine Revaskularisation eine mögliche Option sein, aber in Anbetracht

der diffusen und peripheren Schädigung, habe sich Dr. med. Q.\_\_\_\_ vielmehr für eine perkutane Behandlung entschieden, obwohl voraussichtlich auf Dauer ein Stent notwendig sein werde. Gleichzeitig sei der Truncus communis gesamthaft gedehnt und ein Stent gesetzt worden. Sowohl der ostiale und proximale RIVA, als auch der mittlere RIVA mit drei aktiven Prothesen hätten ein gutes Gesamtergebnis. Die doppelte Thrombozyten-Antiaggregation sei während mindestens einem Jahr weiterzuführen. Bei guter Verträglichkeit werde vorgeschlagen, damit zwei bis drei Jahre entsprechend den letzten Tendenzen des akuten Koronarsyndroms fortzuführen. Die Nitroderivate von Corvaton ® könnten natürlich unterbrochen werden, vielleicht auch die Diuretika. 6.6 Im [...] verfassten psychiatrischen Bericht vom 9. Mai 2017 (IV-Nr. 17) an den Krankentaggeldversicherer bestätigte Dr. med. K.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom 31. Oktober 2016 (vgl. E. II.

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