

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.162 vom 6. August 2004**

SO Obergericht, 2004-08-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.162)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.162 du 6 août 2004

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.162 del 6 agosto 2004

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 21. Juli 2020 betreffend Invalidenrente sowie Invalidenkinderrente seien aufzuheben.

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2019 eine ganze Invalidenrente inkl. einer ganzen Invalidenkinderrente zu entrichten.

### **E. 2.8**

cm messender wandständiger Thrombus ·

### **E. 3**

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

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

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des

Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

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

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

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

4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die

geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers hätten die Abklärungen des Bundesverwaltungsgerichts ergeben, dass ein Teilgutachter durch die Führung der E. \_\_\_ aufgefordert worden sei, sein Gutachten grundlegend und fundamental abzuändern und, als er dies verweigert habe, sei erheblicher Druck zur Änderung seiner Kernaussagen ausgeübt worden. Er habe dann die Tätigkeit für dieses Institut niedergelegt. Danach solle das Institut der IV wahrheitswidrig mitgeteilt haben, dass der Gutachter schwer erkrankt sei, weshalb keine Konsenskonferenz habe stattfinden können. Ein Gerichtsgutachten habe sodann fachliche Mängel im damaligen E. \_\_\_-Gutachten, aber auch Hinweise auf mangelnde Neutralität und Unabhängigkeit ergeben. Eine Gutachterstelle, die sich in derartiger Weise gebärde, dass sich ein Bundesverwaltungsgericht zu einer Aufsichtsbeschwerde veranlasst sehe, sei inakzeptabel. Selbst wenn man formal nicht von Befangenheit ausginge, wäre das Gutachten kritisch auf Anhaltspunkte zu prüfen, dass die E. \_\_\_ vorurteilsbehaftet und versicherungsnah exploriere. Dies wirke sich dann auch auf die Beweiskraft des Gutachtens in materieller Hinsicht aus, indem diese abzusprechen sei. In der Aufsichtsbeschwerde werde im Übrigen ein psychiatrischer Gutachter Dr. [...] genannt. Im vorliegenden Fall sei Dr. F. \_\_\_ der psychiatrische Gutachter. Nachdem zumindest auf der Homepage der E. \_\_\_ kein weiterer psychiatrischer Gutachter mit Nachnamen [...] geführt sei, sei davon auszugehen, dass im, die Aufsichtsbeschwerde betreffenden Fall ebenfalls Dr. med. F. \_\_\_ involviert gewesen sei, dessen Beurteilung letztendlich als fachlich mangelhaft und nicht hinreichend neutral qualifiziert worden sei. Im Übrigen habe ein «F. \_\_\_» auf Google der E. \_\_\_ fünf Sterne gegeben mit der Bemerkung «freundliche Mitarbeiter, kompetente Ärzte». Es sei davon auszugehen, dass es sich dabei um den deutschstämmigen Dr. F. \_\_\_ mit Praxis in [...] handle. Auch hieraus manifestiere sich gerade die Weisungsgebundenheit des Gutachters zur Gutachterstelle und dessen Bedürfnis, sich dieser anzudienen, womit zwangsläufig eine fehlende Objektivität einhergehe. Bereits aus vorgenannten Gründen sei auf das E. \_\_\_-Gutachten nicht abzustellen. Sodann sei bezüglich des kardiologischen Gutachtens Folgendes festzuhalten: Wenn der Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiere und gleichzeitig eine maximale Präsenz von 50 % als zumutbar erachte, würden den zusätzlichen von ihm zu Recht rapportierten Einschränkungen wie der verminderten Leistungsfähigkeit und dem Risiko weiterer Komplikationen keine Rechnung getragen. Bei den entsprechenden zusätzlichen Einschränkungen seien vermehrte Pausen innerhalb der attestierten Präsenzzeit sowie ein vermindertes Arbeitstempo zwingend. Zudem sei mit Totalausfällen zu Folge weiterer Verwirklichung der gesundheitlichen Risiken auszugehen. Entsprechend sei das Gutachten entweder dahingehend zu interpretieren, als von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit mit 50%iger zusätzlicher Leistungseinschränkung innerhalb derselben auszugehen sei oder aber das Gutachten sei in diesbezüglicher Hinsicht widersprüchlich und unvollständig. Gleiches sei festzuhalten zum internistischen Gutachten. Auf Seite 47 werde eine verminderte Belastbarkeit und ein vermehrter Ruhebedarf postuliert und die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % eingeschätzt. Auf Seite 48 werde demgegenüber wie bereits beim kardiologischen Gutachter die maximale Präsenzzeit auf 4.25 Stunden festgesetzt und die Leistungsfähigkeit auf 50 %. Hieraus sei auch hier nach korrekter Lesart von einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, denn die Arbeitsfähigkeit betrage ja nur 50 % im Rahmen der zumutbaren Präsenzzeit von 50 %. Dies sei angesichts der postulierten Notwendigkeit vermehrter Pausen, eines verminderten Arbeitstempos sowie dem Risiko von Totalausfällen auch nur folgerichtig. Des Weiteren

sei auch das neurologische Gutachten beweisuntauglich. Beim Versicherten sei eine massive diabetische Polyneuropathie in Kombination mit einer Neuropathie bei arterieller Verschlusskrankheit und ein Restless-Legs-Syndrom ausgewiesen. Wie der Versicherte vor diesem Hintergrund noch 70 % arbeitsfähig sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Dass der Versicherte an Schmerzen und Dysästhesien leide, werde vom Gutachter zwar erkannt, diese jedoch bezogen auf die Arbeitsfähigkeit kaum und unzutreffend gewichtet. Unzutreffend sei auch die Feststellung, dass der Versicherte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit nur geringem Gehen ausüben könnte. Aufgrund der Polyneuropathie sei gerade auch vermehrtes Sitzen unmöglich. In der Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_ vom 26. August 2019 werde eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und zu Recht ausgeführt, dass der Versicherte aufgrund der Neuropathie weder länger auf flachem Boden stehen oder gehen noch länger sitzen könne, da das ausgeprägte Fussbrennen ihn immer wieder zum Aufstehen zwingt. Ebenfalls beweisuntauglich sei das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F. \_\_\_. Dieser beuge sich in diametrale Diskrepanz zur psychiatrischen Einschätzung von Dr. med. H. \_\_\_, welcher den Versicherten seit 2012 behandle. Gesamthaft würden die zu diskutierenden Befunde zur Diagnose einer Depression vom Gutachter verharmlosend wiedergegeben. Eine Depression werde verneint mit der Begründung, es bestehe kein vollständiger Interesse- und Freudverlust und kein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen, keine psychomotorische Hemmung, keine Suizidalität und auch kein Antriebsverlust. Diesbezüglich sei aber festzuhalten, dass nach ICD-10 F 32 ff gerade kein vollständiger Interesse- und Freudverlust und kein sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen vorhanden sein müsse und teilweiser Interesse- und Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm gewesen seien und ein sozialer Rückzug in Teilen der Lebensbereiche bereits ausreichend sei. Hinsichtlich der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten Persönlichkeitsstörung halte auch Dr. med. F. \_\_\_ fest, es bestünden einzelne emotional instabile, dependente passive Züge, die weit in die Biografie zurückreichen und auch die Adipsitas mit Essattacken sei als Ausdruck einer gewissen Selbstschädigung aufzufassen. Dennoch verneine der Gutachter dann aber eine Persönlichkeitsstörung. Dies indessen mit völlig unzureichender Begründung. Hinzuweisen sei noch einmal auf die Aufsichtsbeschwerde des Bundesverwaltungsgerichts. Es dränge sich auch hier wie bereits im Fall der Aufsichtsbeschwerde vor Bundesverwaltungsgericht der Eindruck auf, als hätte Dr. med. F. \_\_\_ den Beschwerdeführer beschönigend zugunsten der IV eingeschätzt und nicht lege artis exploriert. Angesichts der vom Gutachter postulierten psychischen Beschwerdefreiheit erstaune es sodann ausserordentlich, dass der Gutachter gleichzeitig eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung und den Einsatz eines Antidepressivums postuliere. Hier sei das Gutachten in sich widersprüchlich. Eine engmaschige psychiatrische Begleitung mit antidepressiver Medikation wäre bei einer Dysthymie klarerweise nicht angezeigt. Zudem erfolge die Kritik von Dr. med. H. \_\_\_ am Gutachten zu Recht. Die Diskrepanzen innerhalb der Einschätzungen seien nicht hinzunehmen. Sodann bestehe der Verdacht, dass der kardiologische Gutachter und die internistische Gutachterin im Rahmen der Teilbegutachtungen von höheren Arbeitsunfähigkeiten ausgegangen seien, in der Gesamtkonklusion dann aber bearbeitet worden seien, die Einschätzungen zu Gunsten der IV zu korrigieren. Zumal beide von maximal 50 % sprächen. Dieser Verdacht bestehe umso mehr, als sich die E. \_\_\_, wie bereits ausgeführt, in einem anderen Fall mit einer Aufsichtsbeschwerde des Bundesverwaltungsgerichts konfrontiert gesehen habe, wo ebensolches praktiziert worden sei. Des Weiteren sei bezüglich der Stellungnahmen des RAD-Arztes, Dr. med. I. \_\_\_,

festzuhalten, dass dieser eine Aktenbeurteilung abgegeben habe. Er verfüge sodann offensichtlich über keinerlei Weiterbildungstitel («praktischer Arzt»). Seine Stellungnahmen seien schon hieraus beweisuntauglich. Mit seiner Interpretation des E. \_\_\_-Gutachtens vom 5. Februar 2020 zeige er zudem seine fehlende Objektivität und seine Parteistellung zugunsten der IV In qualifiziertem Ausmass. Sollte das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf das Ausgeführte abstellen, so wäre der Sachverhalt entweder mittels einer gerichtlichen polydisziplinären Expertise zu klären oder die Angelegenheit in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hinzuweisen, dass der Einkommensvergleich der IV unzutreffend sei. Die IV habe in der Verfügung nun zwar auf Kompetenzniveau 2 statt Niveau 1 abgestützt ■ wobei angesichts der abgeschlossenen Ausbildungen und Berufslehre des Beschwerdeführers sowie der langjährigen Berufserfahrung zu prüfen sei, ob nicht gar Kompetenzniveau 3 angezeigt sei ■ jedoch dann zu Unrecht die LSE Tabellen 2018 herangezogen, wogegen sie im Vorbescheidverfahren noch auf die Tabelle 2016 abgestellt gehabt habe. Die LSE Tabellen 2016 wiesen in den Ziff. 49 ■ 53, Kompetenzniveau 2 und 3, höhere Einkommen aus als jene von 2018. Wie im Einwandverfahren dargelegt worden sei, sei die Teuerung sodann geringfügig gestiegen. Die tieferen Zahlen 2018 würden daher keinen Sinn machen und seien anzuzweifeln. Es sei daher bei Bestimmung des Valideneinkommens auf folgende Parameter abzustellen: Bei Kompetenzniveau 2 würde das Valideneinkommen gemäss LSE Tabellen 2016 CHF 5710.00 x 12, aufgerechnet auf 42.4 Stunden, aufindexiert durch Teuerung von 102.3 auf 102.6 Punkte = CHF 72'500.00 betragen. Bei Kompetenzniveau 3 würde beim Betrag von CHF 7■384.00 das Valideneinkommen CHF 94'200.00 betragen. Beim Invalideneinkommen sei sodann zu Unrecht lediglich ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorgenommen worden. Nach Massgabe des E. \_\_\_-Gutachtens sei dem Versicherten lediglich noch eine (im Sinne der vorangehenden Ausführungen bestrittene) Teilzeittätigkeit von max. 50 % zumutbar. Zudem befinde sich der Beschwerdeführer im fortgeschrittenen Alter. Aufgrund der ausgeprägten Polymorbidität sei der Versicherte, soweit überhaupt von einer Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei, auf eine Tätigkeit ausgewiesen, die wechselbelastend zwischen gehen, stehend und sitzend ausgestaltet sei und bei der eine freie Zeiteinteilung und genügend Zeit für Pausen notwendig sei. Jegliche mittelschweren und schweren Tätigkeiten gingen nicht mehr. Ebenfalls gehe die langjährige Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr. Zudem sei das Bedienen von Staplern nicht mehr möglich, weshalb eine Logistiktätigkeit ebenfalls ausser Betracht falle. Sodann habe ein potenzieller Arbeitgeber, wie bereits ausführlich dargelegt, mit Komplettausfällen von mehreren Tagen bis mehrere Wochen zu rechnen. Gesamthaft rechtfertige sich nach Massgabe der vorangehenden Ausführungen der höchstmögliche leidensbedingte Abzug von 25 %.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass die Gutachter des E. \_\_\_ ihre Beurteilung nicht objektiv und vorurteilsbehaftet vorgenommen hätten. Die Einwände gegen das Gutachten würden vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) nachvollziehbar widerlegt. Auch das psychiatrische Teilgutachten vermöge zu überzeugen. Dr. med. F. \_\_\_ sei seiner Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen. Seine Diagnosestellung wie auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vermöchten zu überzeugen. Auf das E. \_\_\_-Gutachten könne abgestellt werden. Ergänzend werde festgestellt, dass der im Vorbescheidverfahren eingereichte Bericht von Dr. med.

H.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2020 keine Zweifel an der Beurteilung im interdisziplinären Gutachten der E.\_\_\_\_ [...] vom 23. Juli 2019 zu erwecken vermöge. Der Bericht enthalte im Vergleich zum früheren Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 keine wesentlichen neuen Aspekte. Dr. med. F.\_\_\_\_ habe seine psychiatrische Beurteilung in Kenntnis des früheren Berichts von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 vorgenommen. Der Gutachter begründe schlüssig und nachvollziehbar, weshalb beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Mit Blick auf die von den Gutachtern erhobene Anamnese und Befunde lasse sich die von Dr. H.\_\_\_\_ aufgrund der multiplen psychischen und körperlichen Erkrankungen attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Erwerbstätigkeiten nicht begründen. Sodann rechtfertige es sich in Anbetracht der langjährigen Berufserfahrung als Chauffeur und dem erworbenen Fähigkeitszeugnis als Logistikassistent beim Valideneinkommen auf das Kompetenzniveau 2 der LSE-Tabelle TAI\_tirage\_skill\_level Ziffer 49 ■ 53 abzustellen. Unter Berücksichtigung der zum Verfügungszeitpunkt aktuellsten LSE-Tabelle 2018 und bei Abstellen auf das Kompetenzniveau 2 resultiere ein Valideneinkommen von CHF 69'566.00. Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes und den daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen sowie dem Umstand, dass eine Leistung von 50 % eine freie Zeiteinteilung mit genügend Zeit für Pausen erfordere (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.2 mit Hinweisen), sei es zudem angezeigt, beim auf der Grundlage der LSE ermittelten Invalideneinkommen einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Ein höherer Abzug lasse sich nicht rechtfertigen. Es lägen keine weiteren abzugsrelevanten Faktoren vor. Insbesondere das Alter von 54 Jahren wirke sich nicht lohnmindernd aus. Hilfsarbeiten würden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.S.4 mit Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Juli 2020 zu Recht ab 1. Januar 2019 eine halbe Rente zugesprochen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 19. Mai 2016 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügungen vom 21. Juli 2020 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen letzten Verfügung vom 19. Mai 2016 erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf folgende medizinischen Unterlagen:

6.1.1 Im Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2015 (IV-Nr. 46) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Komplikationsloser intraoperativer Verlauf. Am dritten postoperativen Tag habe der Beschwerdeführer bei guter Hämodynamik auf die Abteilung verlegt werden können. Da sich unter der oralen antidiabetischen Kombinationstherapie eine insuffiziente Einstellung mit HbA1c von 11.4 % gezeigt habe, sei während der Hospitalisation die Insulin-Therapie angepasst und die empfohlene Austrittstherapie verordnet worden. Der Kostenaufbau sowie die Anpassung der kardialen Medikation seien problemlos durchgeführt worden, sodass der Beschwerdeführer am 16. Oktober 2015 in gutem Allgemeinzustand, mit reizlosen

Wundverhältnissen nach Hause habe entlassen werden können. Eine ambulante kardiologische Rehabilitation in [...] sei geplant.

6.1.2 Mit Bericht vom 23. Dezember 2015 (IV-Nr. 52) attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 21. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2018 (IV-Nr. 67, S. 39) betreffend eine angiologische Katheterintervention vom 23. Januar 2018 wurden eine Aspiration Verschluss A poplitea 11/111, Truncus tibiofibularis, proximale A. tibialis anterior und fibularis links diagnostiziert. In der Nacht auf den 22. Januar 2018 sei es zu einer kritischen Ischämie beider Unterschenkel mit möglicherweise vorbestehender Claudicatio gekommen.

6.2.2 Im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2018 (IV-Nr. 67, S. 33) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Selbstzuweisung aufgrund von progredienten Wadenschmerzen seit den frühen Morgenstunden. Bei Eintritt habe sich ein 51-jähriger Patient in reduziertem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand gefunden, hypertensiv, tachykard und mit einer SpO<sub>2</sub> von 92 % unter Raumluft. In der klinischen Untersuchung hätten sich zyanotische Zehen gezeigt, die Fusspulse seien beidseits nicht tastbar gewesen. Laborchemisch habe sich ein leicht erhöhtes CRP bei normaler Leukozytenzahl sowie eine Hyperglykämie von 25 mmol/l gefunden. Stationäre Aufnahme zur weiteren Therapie. Ad 1 ■ 4: Zuzug der Kollegen der Angiologie, die eine akute, kritische Ischämie beider Unterschenkel diagnostiziert und bei ausgeprägten Ruheschmerzen gleichentags eine Katheterintervention durchgeführt hätten. Hier sei eine Rekanalisierung / Rotarex-Aspiration der rechten Unterschenkelarterien und am nächsten Tag der linken Unterschenkelarterien erfolgt. Zur Ursachenabklärung sei eine Echokardiographie erfolgt, in welcher sich ein Thrombus im linken Ventrikel im Bereich des Apex habe darstellen lassen. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer eine Thrombophlebitis cubitalis links im Bereich der Venflon-Einstichstelle entwickelt. Trotz afebrilem Patienten seien 2 x 2 Blutkulturen abgenommen worden, welche alle positiv auf Staphylococcus aureus gewesen seien. Im TEE Nachweis einer Vegetation auf dem anterioren Mitralklappensegel, so von einer Endokarditis ausgegangen worden sei. Im Re-TEE vom 7. Februar 2018 hätten sich eine zunehmende, mittelschwere Mitralinsuffizienz sowie eine mässige Trikuspidalinsuffizienz gezeigt. Beginn einer diuretischen Therapie mit Torasemit bei mässiggradiger kardialer Dekompensation. Hierunter regelrechte Gewichtsabnahme und rückläufige Ödeme. Im Verlaufs-TEE vom 20. Februar 2018 habe sich die Mitralinsuffizienz noch leicht bis mittelschwer gezeigt, die Vegetation und der Thrombus im Apex seien nicht mehr nachweisbar gewesen. Wiederaufnahme der vom Beschwerdeführer selbstständig gestoppten Insulin-Therapie, worunter sich die Blutzuckerwerte stabilisiert hätten. Der bei Eintritt bestimmte HbA<sub>1c</sub> sei bei 15.7 % gelegen. Im Verlauf der Hospitalisation hätten sich die Blutzuckerwerte stabilisiert.

6.2.3 Im Bericht vom 7. November 2018 (IV-Nr. 76) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende psychiatrische Diagnosen:

Chronisch rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F33.2) bei kombinierten Persönlichkeitsstörungen mit emotional instabilen-, abhängigen-, passiven- und selbstschädigenden Zügen (ICD-10: F61.0)

Das Zustandsbild sei durch folgende Symptomatik gekennzeichnet: Anhaltende depressive Grundstimmung, Niedergeschlagenheit, Energielosigkeit, Motivationslosigkeit, anhaltende innere Unruhe und Nervosität, allgemein stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, stark verminderte Beweglichkeit, die Gehstrecke liege unter 100 Meter und der Beschwerdeführer bekomme dann zunehmende Schmerzen in beiden Waden, anhaltende Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit, Schlafstörungen mit häufigen Alpträumen, diffuse Schmerzbeschwerden, Stress- und Frustintoleranz, sinnlose und strukturlose Alltagsbewältigung, stark verminderte Leistungsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit u.Ä.. Vor allem sei die katastrophale körperliche Situation für die eindeutige zunehmende Invalidisierung des Beschwerdeführers verantwortlich (seine Lebenserwartung sei stark eingeschränkt). Er zeige seit mindestens Anfang 2018 eine aus multifaktoriellen Gründen stark beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten. Die Zukunftsprognose bezüglich erneuter (Teil)Arbeitsfähigkeit müsse aus ärztlich-psychiatrischer Sicht aufgrund der bisherigen Krankheits- und Behandlungsentwicklung als eindeutig ungünstig beurteilt werden. Irgendwelche berufliche Eingliederungsmassnahmen seien gegenwärtig nicht indiziert und nicht erfolgsversprechend. Beim Beschwerdeführer bestünden gar keine hilfreichen Eingliederungsressourcen. Er sei gar nicht in der Lage, sich adäquat diabetesgerecht zu ernähren, die Haushaltführung sei mangelhaft, er wirke allgemein leicht verwahrlost.

6.2.4 Im Austrittsbericht vom 11. April 2019 (IV-Nr. 88) bezüglich der kardiovaskulären Rehabilitation vom 27. Februar bis 19. März 2019 wurden unter anderem folgende Diagnosen gestellt:

Die Zuweisung sei zur kardialen Rehabilitation und Diabetestherapie-Einstellung bei Verschlechterung des Allgemeinbefindens bei bekannter koronarer 3-Gefäss-Erkrankung mit stattgehabter ACB-OP und Status nach Endokarditis sowie Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen erfolgt (V.a. diabetische Polyneuropathie). Herr A.\_\_\_\_ berichte über eine deutliche Leistungsminderung, Wadenschmerzen beidseitig bei Laufen nach ungefähr 200 m und verstärkte Erschöpfung. Herr A.\_\_\_\_ sei leistungsadaptiert in das kardiale Rehabilitationsprogramm aufgenommen worden, an welchem er motiviert teilgenommen habe. Im Verlauf der Rehabilitation habe sich allerdings eine Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit mit Abnahme der Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest von 370 m bei Eintritt auf 240 m bei Austritt mit einer schlechteren Anstrengungseinschätzung gezeigt. In der Austrittsergometrie seien 69 Watt (31.8 %) erzielt worden, im Vergleich zur Eintrittsergometrie mit 80 Watt (36 %). Herr A.\_\_\_\_ sei am 19. März 2019 in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

6.2.5 Im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 90.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, es bestünden die oben beschriebenen Gesundheitsschäden mit daraus resultierenden deutlichen funktionellen Einschränkungen.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei aufgehoben. Es bestehe in der zuletzt ausgeübten angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Aus kardiologischer Sicht sei in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % denkbar. Diese Beurteilung gelte seit Januar 2018, dem Zeitpunkt des akuten Verschlusses der A. poplitea bds. Der Versicherte könne Tätigkeiten, die aus wechselnder Körperposition heraus verrichtet werden könnten und keine Zwangspositionen erforderten, ausüben. Auszuschliessen seien Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten. Der Versicherte könne schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr verrichten. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei unzumutbar, ebenso das Gehen auf unebenem Grund. Vermehrtes Treppensteigen sei dem Versicherten ebenfalls nicht zumutbar. Ein freier Wechsel zwischen gehender, stehender und gelegentlich sitzender Tätigkeit müsse möglich sein. Es sollte darüber hinaus eine freie Zeiteinteilung mit genügend Zeit für Pausen vorhanden sein. Das Bedienen von Staplern sei aufgrund der fehlenden Sensibilität der Füße nicht mehr möglich. Das Führen von gewerblichen Kraftfahrzeugen bzw. zur Personenbeförderung sei ausgeschlossen.

6.2.6 In seiner Stellungnahme vom 26. August 2019 (IV-Nr. 110, S. 15) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, aus, im Gutachten des E.\_\_\_\_ sei die ausgeprägte Neuropathie zu wenig berücksichtigt worden, welche nicht nur ■ wie im Gutachten erwähnt ■ zur Unmöglichkeit von Stehen auf Leitern führe, sondern auch zur Unmöglichkeit länger auf flachem Boden zu stehen oder zu gehen, wie auch länger zu sitzen, da ausgeprägtes Fussbrennen immer wieder zum Aufstehen zwingt. Die Einschränkungen auf Grund der Polyneuropathie sei seines Erachtens nicht mit 50 %, sondern mindestens mit 80 % Arbeitsunfähigkeit zu gewichten.

6.2.7 Im Bericht betreffend die interdisziplinäre Fussprechstunde vom 29. November 2019 (IV-Nr. 118, S. 3) wurde ausgeführt, anlässlich der angiologischen Beurteilung wegen bilateraler Wadenclaudicatio (welche erneut nicht makrovaskulär habe erklärt werden können) seien vor 3 ½ Monaten beidseits eingeblutete Blasen plantar aufgefallen. In der Zwischenzeit appliziere Herr A.\_\_\_\_ regelmässig Allpresan-Schaum, darunter zeigten sich nun deutlich bessere Hautverhältnisse plantar, keine Rhagaden mehr, keine Einblutungen. Ebenfalls fehlten relevante Druckstellen.

6.2.8 Dr. med. I.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2020 (IV-Nr. 115) fest, die in der Stellungnahme des Hausarztes thematisierten Beschwerden und Einschränkungen durch die Polyneuropathie seien im Gutachten umfassend gewürdigt und bei der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits mit einbezogen worden. Die Gewichtung dieses Teilaspekts des hier vorliegenden komplexen Beschwerdebildes sei Aufgabe der Gutachter im Rahmen der Konsensbesprechung und obliege nicht dem subjektiven Erachten des Hausarztes. Bezüglich der nach dem Verständnis des Rechtsvertreters in seiner Einwandbegründung sowohl unter Punkt 4 (kardiologisches Gutachten) als auch unter Punkt 5 (internistisches Gutachten) beklagten angeblich falschen Berechnung der Arbeitsfähigkeit sei festzustellen: Die im kardiologischen Gutachten beschriebene verminderte Belastbarkeit beziehungsweise deutlich eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit beziehe sich dort ausdrücklich darauf, dass der Versicherte keine schweren und sehr schweren Arbeiten ausführen dürfe, also kein regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 25 kg. Die im internistischen Gutachten genannte verminderte Leistungsfähigkeit und der erhöhte Ruhebedarf bezögen sich auf einen ganzen (8,5-Stunden) Arbeitstag. Dem sei Rechnung getragen worden, indem

die maximale Arbeitszeit auf 4.25 Stunden begrenzt worden sei. Die Frage «besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?» sei dementsprechend vom Gutachter explizit mit «Nein» beantwortet worden (Seite 48). Die Angaben im Gutachten seien also nicht inkonsistent oder widersprüchlich, und rechtfertigten keinen Zweifel an der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Verweistätigkeit.

6.2.9 Im Sprechstundenbericht Endokrinologie vom 25. Mai 2020 (IV-Nr. 118, S. 16) wurde ausgeführt, Herr A. \_\_\_ stelle sich zur Verlaufskontrolle seines Diabetes mellitus vor. Aktuell zeige sich eine nahezu unveränderte Stoffwechsellage mit einem HbA1c von 8.5 % und einer Spontanglukose von 7.9 mmol/L. Die Therapie mit Competact habe keine wesentliche Veränderung bezüglich des HbA1c-Wertes gezeigt. Das Blutzuckertagesprofil sei jedoch insgesamt sehr flach und ausgeglichen geworden. Einzig sei die Basis noch zu hoch. Besorgniserregend seien weiterhin das Gewicht und die massive Gewichtszunahme. Der Beschwerdeführer habe seit der letzten Konsultation bereits wieder 7 kg zugenommen.

6.2.10 Mit Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 120) hielt Dr. med. I. \_\_\_, RAD, fest, dem 7 Monate alten Bericht der interdisziplinären Fussprechstunde vom 29. November 2019 sei zu entnehmen, dass 3.5 Monate zuvor eingeblutete Blasen im Bereich beider Fusssohlen aufgefallen seien. Unter regelmässiger Anwendung von Allpresan-Schaum (frei verkäuflich, rückfettend, gegen Hornhaut und Ulzerationen) sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Hautverhältnisse gekommen, sodass bei der Kontrolle keine Rhagaden oder Einblutungen mehr vorhanden gewesen seien. Dementsprechend sei die fixe Mitbetreuung abgeschlossen worden. Es handle sich hier also nicht um eine neue Diagnose mit anhaltendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sondern um eine vorübergehende, und im vorliegenden Fall gut behandelbare, vermeidbare Komplikation bei Nichteinhaltung elementarer Basisregeln im Rahmen des bekannten Diabetes mellitus Typ II. Sodann seien die in den endokrinologischen Sprechstundenberichten vom 2. März 2020 und 22. Mai 2020 gestellten Diagnosen bekannt. Neue Diagnosen seien nicht genannt worden. Der Versicherte selbst könnte hier zu einer wesentlichen Befundbesserung beitragen, wenn er wollte. Des Weiteren sei dem Austrittsbericht des B. \_\_\_ vom 2. Mai 2020 zu entnehmen, dass beim Versicherten eine «Oxynorm-Unverträglichkeit (Erbrechen)» bestehe. Dabei handle es sich um eine sehr häufig auftretende unerwünschte Nebenwirkung dieses Opioids. Bei Unverträglichkeit könne Oxynorm durch andere Wirkstoffe ersetzt werden. Die Diagnose «Oxynorm-Unverträglichkeit» habe somit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

6.2.11 Mit Stellungnahme vom 17. Juli 2020 (IV-Nr. 124, S. 42) führte Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, Herr A. \_\_\_ leide unter schweren kombinierten Persönlichkeitsstörungen mit emotional instabilen-, abhängigen-, passiven- und selbstschädigenden Zügen, sowie unter rezidivierenden depressiven Störungen und therapieresistenten schweren psychogenen Essattacken mit morbidem Übergewicht (BMI 42, Übergewicht als Ursache von schweren psychischen Störungen). Die komplexen therapieresistenten psychischen Störungen mit schweren nichtkontrollierbaren Essattacken und morbidem Übergewicht seien die Hauptursache für die multiplen schwer invalidisierenden körperlichen Erkrankungen des Beschwerdeführers (Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Polyneuropathie, multiple Schmerzbeschwerden u.Ä.). Die gestellte

psychische Diagnose des Begutachtungspsychiaters Dysthymia F34.1 stelle eine inakzeptable absolut bagatellisierende Diagnose dar. Die sehr wichtige Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers werde in der GA-Gesamtbeurteilung praktisch überhaupt nicht berücksichtigt. Herr A. \_\_\_ zeige jedoch seit längerer Zeit starke Krankheitsgefühle, starke Insuffizienzgefühle, starke innere Selbstverunsicherung, stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, multiple belastungsabhängige kaum behandelbare invalidisierende Schmerzbeschwerden, ausgeprägte Stress- und Frustintoleranz u.Ä.. Die Lebensqualität und die Lebenserwartung des Beschwerdeführers müssten als eindeutig schlecht und absolut ungünstig beurteilt werden. Herr A. \_\_\_ müsse aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bus- / Carfahrer als 100 % arbeitsunfähig betrachtet werden. Wegen der zusätzlichen multiplen schweren lebensgefährlichen körperlichen Erkrankungen sehe er, Dr. med. H. \_\_\_, aus psychiatrischer Sicht gar keine ideal leidensangepasste Tätigkeit für den Beschwerdeführer. Die multiplen psychischen und körperlichen Erkrankungen seien stark fortgeschritten, chronifiziert und praktisch nicht mehr erfolgreich behandelbar, es handle sich in diesem Fall nur um eine erleichterte Lebensführung auf dem Niveau einer sehr passiven Lebensvegetierung. Herr A. \_\_\_ müsse zusammenfassend eindeutig als 100 % arbeitsunfähig für alle Erwerbstätigkeiten beurteilt werden, es gebe gar keine Restarbeitsfähigkeit und eindeutig eine ganz eingeschränkte Lebenserwartung des Beschwerdeführers.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E. \_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Die Begutachtungsstelle wurde nach dem Zufallsprinzip ausgesucht und die Expertise von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt. Diese waren im Besitz der gesamten, der Beschwerdegegnerin zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Akten und sie haben den Beschwerdeführer allesamt eingehend untersucht. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden dabei berücksichtigt. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Der Beschwerdeführer lässt aber hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Begutachtungsstelle vorbringen, diese begutachte nicht ergebnisoffen. Er nimmt hierbei offenbar Bezug auf die Mitteilung des Bundesverwaltungsgerichts an die Aufsichtsbehörde im Bereich Invalidenversicherung vom 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 110, S. 13). Bei dieser Mitteilung geht es um einen Sachverhalt, der in das Jahr 2011 zurückreicht. Daraus kann für die im Jahr 2019 durchgeführte Begutachtung aber weder auf Befangenheit der involvierten Gutachter noch auf fehlende Ergebnisoffenheit geschlossen werden. Die sonstigen in diesem Zusammenhang eingereichten Unterlagen lassen ebenso keine Rückschlüsse auf die vom Gericht im Einzelfall zu klärende Frage, ob die gutachterlichen Ausführungen plausibel erscheinen, zu. Im Übrigen lässt eine allfällige positive Google-Rezension für die E. \_\_\_ durch einen dort beschäftigten Gutachter ■ sollte es sich denn um den betreffenden Gutachter handeln ■ nicht auf dessen Befangenheit schliessen, zumal der betreffende Google-User «[...]» unter seinem Account noch viele andere Unternehmen positiv bewertet hat. Zusammenfassend liegen demnach keine relevanten Hinweise vor, die auf eine fehlende Ergebnisoffenheit der Gutachterstelle bzw. der involvierten Gutachter schliessen liesse.

Sodann ist zu prüfen, ob das E. \_\_\_-Gutachten auch die übrigen Anforderungen an ein beweiswertiges Gutachten zu erfüllen vermag.

7.1 Im kardiologischen Teilgutachten (IV-Nr. 90.6) wurde festgehalten, unter kardiologischem bzw. kardiovaskulärem Gesichtspunkt finde sich eine extrem komplexe Situation. Es finde sich eine schwere koronare 3-Gefäss-Erkrankung mit Zustand nach vielfachen Katheterinterventionen bereits in den 90-er Jahren, also in noch jungem Alter der versicherten Person, und schliesslich eine 4-fach AC-Bypass-OP am 8. Oktober 2015 auf dem Boden eines umfassenden Risikoprofils, hier vor allem hervorzuheben ein sekundär insulinpflichtiger Typ-2 Diabetes mellitus. Neben der wesentlichen Risikokomponente des Diabetes für die Entstehung der Arteriosklerose fänden sich hier auch bereits Komplikationen, wie eine diabetische Nephropathie und Neuropathie. Ausserdem sei eine komplexe periphere arterielle Gefässerkrankung mit Zustand nach subakutem Gefässverschluss im Bereich der Beinarterien mit entsprechenden Interventionen bekannt. In der aktuellen kardiologischen Untersuchung zeige sich eine mittelschwere bis schwere Einschränkung der Belastungsfähigkeit. Die kardiale Einschätzung werde dabei limitiert durch die nur kurze Belastungsstufe von 3 min 32 sec bzw. nur 99 Watt. Abgesehen von den extrakardialen Ursachen sei die eingeschränkte Belastbarkeit aber bei aktuell zwar nur leicht eingeschränkter LV-Funktion, bei allerdings ausgeprägter Narbe im Vorderwandbereich mit entsprechenden Wandbewegungsstörungen nachvollziehbar. Die funktionellen Einschränkungen resultierten folgerichtig aus der Krankheitsgeschichte. Auch der Verlauf im Längsschnitt sei typisch und geprägt von immer wieder auftretenden Komplikationen. Die Narben infolge der durchgemachten Herzinfarkte implizierten Rhythmusstörungen, die bislang nicht nachgewiesen seien. Auch wenn die versicherte Person derzeit wenig über kardiale Probleme klage und die Beschwerden im Rahmen der anderen Gefäss-Manifestationen im Vordergrund stünden, seien die geschilderten Funktionseinschränkungen konsistent und plausibel. Gestützt auf die vorstehenden nachvollziehbaren gutachterlichen Befunderhebungen und Diagnosestellungen vermag sodann auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt vom Beschwerdeführer angegebenen Tätigkeit als Bus-Chauffeur sei aus kardiologischer Sicht nicht gegeben. Der komplexe Befund mit wiederholten Komplikationen, das fortbestehende Risikoprofil sowie die hohe Wahrscheinlichkeit weiterer Komplikationen, hier insbesondere von Herzrhythmusstörungen, sowie die aktuell deutlich eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit führten zu diesem Schluss. Die verkehrsmedizinische Relevanz bzw. verkehrsmedizinische Beurteilung einer Person im Personenverkehr werde an dieser Stelle ausdrücklich nicht beurteilt. Die Arbeitsfähigkeit in der dokumentierten Tätigkeit als Lagerist bzw. Logistikassistent im Sinne einer angestammten Tätigkeit sei aus kardiologischer Sicht gegenwärtig zu 50 % zumutbar, sofern folgende Einschränkungen im Belastungsprofil gegeben seien: Keine schweren und sehr schweren Arbeiten, keine regelmässige Arbeiten über 25 kg Gewicht, keine Gerüstarbeiten (z.B. in Lagerhallen, Sturzgefahr), 4,25 Stunden pro Tag als maximale Belastungsgrenze zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

7.2 Im neurologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, bei dem Versicherten bestehe ein ausgeprägtes sogenanntes metabolisches Syndrom mit offenbar ungenügender Einstellung des seit vielen Jahren bestehenden insulinpflichtigen Diabetes mellitus II, der vor allem und zusätzlich in Kombination mit der bei dem Versicherten bekannten arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und chronisch venösen Insuffizienz (CVI) in erster Linie die klinisch und elektrophysiologisch diagnostizierte Polyneuropathie verursacht habe. Die hier anzunehmende hyperalgetische Form beinhalte auch die Symptomatik, die als

Restless-legs-Syndrom differenzialdiagnostisch erwägenswert sei, wofür jedoch u. a. auch angesichts eines unzureichenden imperativen Bewegungsdranges, einer fehlenden Besserung bzw. Verschlechterung nach Einnahme bzw. Absetzen der medikamentösen Therapie mit Dopaminantagonisten und L-Dopa nach Einschätzung des Unterzeichners zu wenig spreche. Bei der jetzigen neurologischen Untersuchung zeigten sich typische Symptome der symmetrischen, vorwiegend distalen diabetischen Polyneuropathie ohne klinisch relevante Paresen, ohne Hirnnervenausfälle, jedoch mit Hinweisen auf eine autonome Störung der Sexualfunktionen. Gestützt auf die vorstehende Befunderhebung und Diagnosestellung erscheint die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Die bisherige Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht mehr zumutbar. Aus neurologischer Sicht könnten entsprechend der Kenntnisse und Fähigkeiten des Versicherten alle Tätigkeiten ausgeübt werden, die im Sitzen möglich seien und nur ein geringes Gehen beinhalteten. Rein neurologisch bestehe bei dem multimorbiden Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %.

7.3 Sodann vermag auch das internistische Teilgutachten bezüglich Befunderhebung, Diagnosestellung sowie Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Gemäss der gutachterlichen Beurteilung leide der Versicherte an einem schweren metabolischen Syndrom. Er habe eine morbide Adipositas Grad III mit einem BMI von 43 kg/m<sup>2</sup>. Obwohl seit vielen Jahren bekannt und therapiert, sei diese Erkrankung progredient (BMI 37.4 kg/m<sup>2</sup> 2015). Der Diabetes mellitus sei eine Folgeerkrankung der morbiden Adipositas. Trotz aller Bemühungen sei es nicht gelungen, diesen auf einen Normwert zu senken. Seien 2015 noch Werte von HbA1c 11.1 % gemessen worden, so sei er heute nach erneuter stationärer kardialer Rehabilitation bei HbA1c 8.8 % zwar immer noch zu hoch, jedoch verbessert. Es sei zu einer Makroangiopathie mit schwerer koronarer Dreifässerkrankung und mehreren Herzinfarkten gekommen, der erste bereits in jungen Jahren. Die kardiale Situation sei im kardiologischen Fachgutachten beurteilt worden. Es habe sich aber auch eine Dyslipidämie entwickelt, welche aktuell medikamentös behandelt werde. Sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit mit St. n. kritischer Ischämie bei Verschluss der A. poplitea bds. 01/2018. Die aktuell bestehende Problematik mit Beinschmerzen und Missempfindungen beidseits, welche sich negativ auf die Gehfähigkeit des Versicherten auswirke, sei in der aktuellen Gesamtsituation mit peripherer Polyneuropathie, diabetischem Fussyndrom und peripherer arterieller Verschlusskrankheit objektiv nachweisbar und die Beschwerdesymptomatik sei gut nachvollziehbar. Eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur sei aufgrund der Gefässsituation und der daraus entstandenen irreversiblen Schädigungen an den Beinen und dem Herzen nicht mehr möglich. Die Fahrfähigkeit des Versicherten sollte durch das Verkehrsamt ermittelt werden. Die aktuelle Tätigkeit des Versicherten als Logistikassistent und Lagerist sei aufgrund der Beinschmerzen vermindert. Die Belastbarkeit des Versicherten sei vermindert, er benötige vermehrt Zeit, um die Beine je nach Schmerz zu entlasten oder zu bewegen. Das bekannte Schlafapnoesyndrom sei aktuell unter CPAP Therapie gut eingestellt. Ein Suchtleiden bestehe nicht. Aufgrund der morbiden Adipositas sowie der peripheren Polyneuropathie und peripheren Verschlusskrankheit bestehe eine verminderte Belastbarkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten. Kein Besteigen von Leitern und Gerüsten. Kein Gehen auf unebenem Grund, kein vermehrtes Treppensteigen. Wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangspositionen. Freier Wechsel zwischen gehend und stehender Tätigkeit, sowie sitzend müsse möglich sein. Freie Zeiteinteilung und genügend

Zeit für Pausen. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Folge der metabolischen Erkrankung mit Mikro- und Makroangiopathie sowie Diabetes mellitus vermindert. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit und ein vermehrter Ruhebedarf. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit werde auf maximal 50 % eingeschätzt.

7.4 Des Weiteren ist das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls einleuchtend und erscheint hinsichtlich Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit überzeugend, zumal sich der Gutachter eingehend mit dem entgegenstehenden Bericht des behandelnden Psychiaters auseinandersetze: Der Versicherte schildere einzelne Merkmale einer depressiven Erkrankung. Er berichte über Herabgestimmtheit hinter einer nach aussen vorgetragenen, stabilen Fassade. Bei eingehender Exploration würden diese depressiven Elemente auch durchaus deutlich. Die vom Versicherten geschilderte Neigung zu Frustration mit gereizter, «grantiger» Reaktion könne ebenfalls im Zuge einer depressiven Symptomatik interpretiert werden. Es bestehe aber kein vollständiger Interesse- und Freudeverlust, kein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen, keine psychomotorische Hemmung, keine Suizidalität und auch kein Antriebsverlust. Insgesamt seien die Merkmale einer depressiven Symptomatik daher nur subsyndromal bis allenfalls leicht ausgeprägt. Eine Reihe von psychosozialen und psychobiographisch relevanten Belastungsfaktoren führe zusätzlich zur Entwicklung der in den letzten Jahren anhaltenden depressiv gefärbten, gedrückten Grundstimmung. Eine schwere Depression, wie von Dr. med. H. \_\_\_ diskutiert, lasse sich hingegen nicht nachweisen. Insgesamt könne man von einer Dysthymia (F34.1) ausgehen, bei der definitionsgemäss die Symptomatik subsyndromal bis leicht ausgeprägt sei und die bei den lebensbiographischen Faktoren für die Entstehung und Ausgestaltung der Symptomatik deutlich mitverantwortlich sei. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus indes nicht. Abweichend von der Einschätzung von Dr. med. H. \_\_\_ aus seinem Bericht vom 7. November 2018 lasse sich bei dem Versicherten auch keine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert diagnostizieren. Auch wenn einzelne emotional instabile, dependente passive Züge weit in die Biografie zurückreichten und auch Adipositas mit Essattacken als Ausdruck einer gewissen Selbstschädigung aufzufassen sei, so erreiche die Symptomatik nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert. Der Versicherte sei durchaus in der Lage, mit angemessener Flexibilität hinlänglich auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren. Es gelinge dem Versicherten, sich auch zu integrieren. Eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert bestehe nicht. Allenfalls sei von einer akzentuierten Persönlichkeit (Z73) auszugehen. Der Versicherte weise erhebliche Probleme im psychosozialen Umfeld auf, diese führten zu nicht unerheblichen Belastungen, welche wiederum die affektive Störung, Dysthymia beeinflussten und aufrechterhielten. Insgesamt seien die Ressourcen im Bereich der Kontextfaktoren und des sozialen Umfelds eher negativ zu bewerten. Eine psychiatrische Behandlung 2011 / 2012 bei damals als Anpassungsstörung interpretierter depressiver Dekompensation im Zuge einer Partnertrennung sei erfolgreich verlaufen. Der Versicherte habe damals gut stabilisiert werden können. In den vergangenen Jahren habe sich erneut unter zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren eine Dekompensation eingestellt, welche sich zu einer Dysthymia entwickelt habe. Dr. med. H. \_\_\_ sei in seinem Bericht vom 7. November 2018 von einer chronisch-rezidivierenden depressiven Störung mit schwerem Ausprägungsgrad (F33.2) ausgegangen. Die diagnostischen Algorithmen einer schweren depressiven Episode, wie sie das ICD-10 für die Diagnose F33.2 fordere, seien aber nicht erfüllt. Im Zuge der psychiatrischen aktuellen Fachbehandlung habe eine gewisse Stabilisierung erreicht werden

können, jedoch keine Vollremission. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nach Aussage des Versicherten nicht mehr erfolgt. Die Fortsetzung und gegebenenfalls Intensivierung der psychiatrischen Fachbehandlung einschliesslich erneuter Verordnung eines Antidepressivums unter besonderer Berücksichtigung etwaiger internistischer oder kardiologischer Kontraindikationen erscheine gleichwohl sinnvoll, um eine weitere Remission der Dysthymia zu erreichen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag sodann auch die Gesamtbeurteilung im E.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor) einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehend seit Januar 2018, dem Zeitpunkt des akuten Verschlusses der A. poplitea bds., zu überzeugen. Zudem ist eine revisionsrelevante gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 19. Mai 2016 unbestrittenermassen erstellt.

7.6 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers und die entgegenstehenden Arztberichte der behandelnden Ärzte den Beweiswert des E.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers geht sowohl aus dem kardiologischen als auch aus dem internistischen Teilgutachten klar hervor, dass gemäss den gutachterlichen Beurteilungen bei der attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht noch eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt. In der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit sind die in den Teilgutachten genannten Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits miteinbezogen. Sodann macht der Beschwerdeführer geltend, es sei eine massive diabetische Polyneuropathie in Kombination mit einer Neuropathie bei arterieller Verschlusskrankheit und ein Restless-Legs-Syndrom ausgewiesen. Wie vor diesem Hintergrund der Versicherte aus neurologischer Sicht noch 70 % arbeitsfähig sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Polyneuropathie sei zudem entgegen der gutachterlichen Beurteilung gerade auch vermehrtes Sitzen unmöglich. Dem ist entgegenzuhalten, dass im schlüssigen neurologischen Teilgutachten lediglich eine mässiggradige sensibel-betonte Polyneuropathie diagnostiziert wurde und demnach das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil sowie die diesbezügliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchaus nachvollziehbar erscheinen. Insofern der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_, in seiner Stellungnahme vom 26. August 2019 in diesem Zusammenhang ausführt, im Gutachten sei die ausgeprägte Neuropathie zu wenig berücksichtigt worden und er zudem ein eingeschränkteres Zumutbarkeitsprofil und eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist vorweg darauf hinzuweisen, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht über einen neurologischen Facharztstitel verfügt. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist, zumal dieser Bericht vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellt. Des Weiteren vermögen auch die Rügen bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens dessen Beweiswert nicht zu vermindern. Es kann im Wesentlichen auf die vorgehende Beweiswürdigung (E. II. 7.4 hiervor) verwiesen werden. Der Vertreter des Beschwerdeführers nimmt in seinen Rügen eine eigenständige Beurteilung der Diagnosekriterien nach ICD-10 vor, worauf mangels

fachärztlicher Qualifikation nicht weiter einzugehen ist, zumal damit keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung begründet werden. Insofern geltend gemacht wird, es sei widersprüchlich, wenn der Gutachter den Einsatz eines Antidepressivums postuliere, aber lediglich eine Dysthymie diagnostiziere, ist darin kein Widerspruch zu erblicken. Der Gutachter hielt lediglich fest, die Fortsetzung und gegebenenfalls Intensivierung der psychiatrischen Fachbehandlung einschliesslich erneuter Verordnung eines Antidepressivums unter besonderer Berücksichtigung etwaiger internistischer oder kardiologischer Kontraindikationen erscheine gleichwohl sinnvoll, um eine weitere Remission der Dysthymia zu erreichen, zumal es gerichtsnotorisch ist, dass auch bei einer Dysthymie eine antidepressive Behandlung zur Anwendung kommen kann. Sodann vermögen die entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H.\_\_\_\_, den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens ebenfalls nicht zu vermindern, zumal sich der psychiatrische Gutachter bereits überzeugend mit dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 auseinandergesetzt hat (s. E. II. 7.4 hiervor). Ebenso erscheint die Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2020 nur wenig überzeugend. So ist es aufgrund seiner Ausführungen kaum nachvollziehbar, weshalb er den Beschwerdeführer alleine aus psychischen Gründen als zu 100 % arbeitsunfähig erachtet. In diesem Zusammenhang ist zudem wiederum der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten von Dr. med. H.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist.

Schliesslich geht aus den nach der Gutachtenserstellung ergangenen Arztberichte keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hervor. In diesem Zusammenhang kann auf die diesbezüglichen schlüssigen Ausführungen des RAD-Arztes verwiesen werden (s. E. II. 6.2.8 und 6.2.10 hiervor). Dass der RAD-Arzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, «lediglich» praktischer Arzt sei, wie vom Beschwerdeführer gerügt wurde, ändert im Übrigen nichts an der Schlüssigkeit seiner Ausführungen, zumal ein RAD-Arzt ohne Facharzttitel durchaus in der Lage ist, die vorhandenen medizinischen Unterlagen zu würdigen, was denn auch zu dessen Aufgabengebiet gehört (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_73/2011 vom 1. April 2011 E. 5.4).

8. Nachfolgend ist auf den ebenfalls umstrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen und zu prüfen, ob der per 1. Januar 2019 errechnete IV-Grad von 56 % korrekt ist.

8.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg.

Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Invaliditätseintritts per Januar 2018 arbeitslos, weshalb die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn abgestellt hat. Sodann ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der langjährigen Berufserfahrung des Beschwerdeführers als Chauffeur und des erworbenen Fähigkeitszeugnisses als Logistikassistent beim Valideneinkommen das Kompetenzniveau 2 der LSE-Tabelle 2018 TA1\_tirage\_skill\_level Ziffer 49-53 herangezogen hat. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wäre es nicht angebracht, das Kompetenzniveau 3 heranzuziehen. So ist das Kompetenzniveau 3 für «komplexe praktische Tätigkeiten welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen» vorbehalten, was bei den vom Beschwerdeführer ausgeführten Tätigkeiten trotz langjähriger Berufserfahrung nicht zutrifft. Insofern der Beschwerdeführer sodann die Anwendung der LSE 2018 rügt, da diese trotz seit 2016 gestiegener Teuerung tiefer ausfielen, als die LSE 2016, was keinen Sinn mache, ist darauf hinzuweisen, dass stets die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung aktuellsten Zahlen heranzuziehen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Die LSE 2018 sind demnach vorliegend nicht zu beanstanden, zumal die herangezogenen LSE-Tabellen die Teuerung branchenspezifisch und damit konkreter abbilden, als eine allgemeine Nominallohnentwicklung. Das in der angefochtenen Verfügung eingesetzte Valideneinkommen von CHF 69'566.00 ist somit korrekt.

## 8.2

8.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine Tätigkeit zu 50 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss der unbestrittenermassen anwendbaren LSE 2018, TA1\_tirage\_skill Level, Medianlohn für Männer im Total Niveau 1, ist von einem ordentlichen Bruttolohn von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist, wie aus der angefochtenen Verfügung ersichtlich, entsprechend aufzurechnen (x 12; Aufrechnung Wochenstunden :40 x 41.7). Damit ergibt sich unter Einbezug einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ■ und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. 8.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 33'883.35.

8.2.2 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 pflichtgemäßem 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).

Es ist somit zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % gerechtfertigt ist. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 53 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). Dagegen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 % 74 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt. Sodann hat die Beschwerdegegnerin den Abzug von 10 % aufgrund der Einschränkungen des Beschwerdeführers vorgenommen. Im E.\_\_\_\_-Gutachten wurde folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Der Versicherte könne Tätigkeiten, die aus wechselnder Körperposition heraus verrichtet werden könnten und keine Zwangspositionen erforderten, ausüben. Auszuschliessen seien Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten. Der Versicherte könne schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr verrichten. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei unzumutbar, ebenso das Gehen auf unebenem Grund. Vermehrtes Treppensteigen sei dem Versicherten ebenfalls nicht zumutbar. Ein freier Wechsel zwischen gehender, stehender und gelegentlich sitzender Tätigkeit müsse möglich sein. Es sollte darüber hinaus eine freie Zeiteinteilung mit genügend Zeit für Pausen vorhanden sein. Das Bedienen von Staplern sei aufgrund der fehlenden Sensibilität der Füsse nicht mehr möglich. Das Führen von gewerblichen Kraftfahrzeugen bzw. zur Personenbeförderung sei ausgeschlossen. Zwar beinhaltet der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Aufgrund der vielfachen Einschränkungen erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % aber durchaus gerechtfertigt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermag die geltend gemachte Gefahr von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen jedoch keinen leidensbedingten Abzug zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2).

Ob es sich aufgrund des vorgenannten und von der Beschwerdegegnerin bislang nicht berücksichtigten relativ geringen Minderverdienstes wegen der Teilzeittätigkeit rechtfertigt, den Abzug gesamthaft auf 15 % zu erhöhen, kann offen gelassen werden, da auch ein solcher Abzug keinen Anspruch auf eine höhere Rente ergäbe. Demnach bleibt es bei dem in der angefochtenen Verfügung errechneten Invaliditätsgrad von 56 % (Invalideneinkommen CHF 30'495.00, Valideneinkommen CHF 69'566.00). Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

## E. 5

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers hätten die Abklärungen des Bundesverwaltungsgerichts ergeben, dass ein Teilgutachter durch die Führung der E.\_\_\_\_ aufgefordert worden sei, sein Gutachten grundlegend und fundamental abzuändern und, als er dies verweigert habe, sei erheblicher Druck zur Änderung seiner Kernaussagen ausgeübt worden. Er habe dann die Tätigkeit für dieses Institut niedergelegt. Danach solle das Institut der IV wahrheitswidrig mitgeteilt haben, dass der Gutachter schwer erkrankt sei, weshalb keine Konsenskonferenz stattfinden könne. Ein Gerichtsgutachten habe sodann fachliche Mängel im damaligen E.\_\_\_\_-Gutachten, aber auch Hinweise auf mangelnde Neutralität und Unabhängigkeit ergeben. Eine Gutachterstelle, die sich in derartiger Weise gebärde, dass sich ein Bundesverwaltungsgericht zu einer Aufsichtsbeschwerde veranlasst sehe, sei inakzeptabel. Selbst wenn man formal nicht von Befangenheit ausginge, wäre das Gutachten kritisch auf Anhaltspunkte zu prüfen, dass die E.\_\_\_\_ vorurteilsbehaftet und versicherungsnah exploriere. Dies wirke sich dann auch auf die Beweiskraft des Gutachtens in materieller Hinsicht aus, indem diese abzuspochen sei. In der Aufsichtsbeschwerde werde im Übrigen ein psychiatrischer Gutachter Dr. [...] genannt. Im vorliegenden Fall sei Dr. F.\_\_\_\_ der psychiatrische Gutachter. Nachdem zumindest auf der Homepage der E.\_\_\_\_ kein weiterer psychiatrischer Gutachter mit Nachnamen [...] geführt sei, sei davon auszugehen, dass im, die Aufsichtsbeschwerde betreffenden Fall ebenfalls Dr. med. F.\_\_\_\_ involviert gewesen sei, dessen Beurteilung letztendlich als fachlich mangelhaft und nicht hinreichend neutral qualifiziert worden sei. Im Übrigen habe ein «F.\_\_\_\_» auf Google der E.\_\_\_\_ fünf Sterne gegeben mit der Bemerkung «freundliche Mitarbeiter, kompetente Ärzte». Es sei davon auszugehen, dass es sich dabei um den deutschstämmigen Dr. F.\_\_\_\_ mit Praxis in [...] handle. Auch hieraus manifestiere sich gerade die Weisungsgebundenheit des Gutachters zur Gutachterstelle und dessen Bedürfnis, sich dieser anzudienen, womit zwangsläufig eine fehlende Objektivität einhergehe. Bereits aus vorgenannten Gründen sei auf das E.\_\_\_\_-Gutachten nicht abzustellen. Sodann sei bezüglich des kardiologischen Gutachtens Folgendes festzuhalten: Wenn der Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiere und gleichzeitig eine maximale Präsenz von 50 % als zumutbar erachte, würden

den zusätzlichen von ihm zu Recht rapportierten Einschränkungen wie der verminderten Leistungsfähigkeit und dem Risiko weiterer Komplikationen keine Rechnung getragen. Bei den entsprechenden zusätzlichen Einschränkungen seien vermehrte Pausen innerhalb der attestierten Präsenzzeit sowie ein vermindertes Arbeitstempo zwingend. Zudem sei mit Totalausfällen zu Folge weiterer Verwirklichung der gesundheitlichen Risiken auszugehen. Entsprechend sei das Gutachten entweder dahingehend zu interpretieren, als von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit mit 50%iger zusätzlicher Leistungseinschränkung innerhalb derselben auszugehen sei oder aber das Gutachten sei in diesbezüglicher Hinsicht widersprüchlich und unvollständig. Gleiches sei festzuhalten zum internistischen Gutachten. Auf Seite 47 werde eine verminderte Belastbarkeit und ein vermehrter Ruhebedarf postuliert und die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % eingeschätzt. Auf Seite 48 werde demgegenüber wie bereits beim kardiologischen Gutachter die maximale Präsenzzeit auf 4.25 Stunden festgesetzt und die Leistungsfähigkeit auf 50 %. Hieraus sei auch hier nach korrekter Leseart von einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, denn die Arbeitsfähigkeit betrage ja nur 50 % im Rahmen der zumutbaren Präsenzzeit von 50 %. Dies sei angesichts der postulierten Notwendigkeit vermehrter Pausen, eines verminderten Arbeitstempos sowie dem Risiko von Totalausfällen auch nur folgerichtig. Des Weiteren sei auch das neurologische Gutachten beweisuhtauglich. Beim Versicherten sei eine massive diabetische Polyneuropathie in Kombination mit einer Neuropathie bei arterieller Verschlusskrankheit und ein Restless-Legs-Syndrom ausgewiesen. Wie der Versicherte vor diesem Hintergrund noch 70 % arbeitsfähig sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Dass der Versicherte an Schmerzen und Dysästhesien leide, werde vom Gutachter zwar erkannt, diese jedoch bezogen auf die Arbeitsfähigkeit kaum und unzutreffend gewichtet. Unzutreffend sei auch die Feststellung, dass der Versicherte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit nur geringem Gehen ausüben könnte. Aufgrund der Polyneuropathie sei gerade auch vermehrtes Sitzen unmöglich. In der Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 26. August 2019 werde eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und zu Recht ausgeführt, dass der Versicherte aufgrund der Neuropathie weder länger auf flachem Boden stehen oder gehen noch länger sitzen könne, da das ausgeprägte Fussbrennen ihn immer wieder zum Aufstehen zwingt. Ebenfalls beweisuhtauglich sei das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_. Dieser beuge sich in diametrale Diskrepanz zur psychiatrischen Einschätzung von Dr. med. H.\_\_\_\_, welcher den Versicherten seit 2012 behandle. Gesamthaft würden die zu diskutierenden Befunde zur Diagnose einer Depression vom Gutachter verharmlosend wiedergegeben. Eine Depression werde verneint mit der Begründung, es bestehe kein vollständiger Interesse- und Freudverlust und kein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen, keine psychomotorische Hemmung, keine Suizidalität und auch kein Antriebsverlust. Diesbezüglich sei aber festzuhalten, dass nach ICD-10 F 32 ff gerade kein vollständiger Interesse- und Freudverlust und kein sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen vorhanden sein müsse und teilweiser Interesse- und Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm gewesen seien und ein sozialer Rückzug in Teilen der Lebensbereiche bereits ausreichend sei. Hinsichtlich der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten Persönlichkeitsstörung halte auch Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, es bestünden einzelne emotional instabile, dependente passive Züge, die weit in die Biografie zurückreichten und auch die Adiositas mit Essattacken sei als Ausdruck einer gewissen Selbstschädigung aufzufassen. Dennoch verneine der Gutachter dann aber eine Persönlichkeitsstörung. Dies indessen mit völlig unzureichender Begründung. Hinzuweisen sei noch einmal auf die Aufsichtsbeschwerde des Bundesverwaltungsgerichts. Es dränge

sich auch hier wie bereits im Fall der Aufsichtsbeschwerde vor Bundesverwaltungsgericht der Eindruck auf, als hätte Dr. med. F.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer beschönigend zugunsten der IV eingeschätzt und nicht lege artis exploriert. Angesichts der vom Gutachter postulierten psychischen Beschwerdefreiheit erstaune es sodann ausserordentlich, dass der Gutachter gleichzeitig eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung und den Einsatz eines Antidepressivums postuliere. Hier sei das Gutachten in sich widersprüchlich. Eine engmaschige psychiatrische Begleitung mit antidepressiver Medikation wäre bei einer Dysthymie klarerweise nicht angezeigt. Zudem erfolge die Kritik von Dr. med. H.\_\_\_\_ am Gutachten zu Recht. Die Diskrepanzen innerhalb der Einschätzungen seien nicht hinzunehmen. Sodann bestehe der Verdacht, dass der kardiologische Gutachter und die internistische Gutachterin im Rahmen der Teilbegutachtungen von höheren Arbeitsunfähigkeiten ausgegangen seien, in der Gesamtkonklusion dann aber bearbeitet worden seien, die Einschätzungen zu Gunsten der IV zu korrigieren. Zumal beide von maximal 50 % sprächen. Dieser Verdacht bestehe umso mehr, als sich die E.\_\_\_\_, wie bereits ausgeführt, in einem anderen Fall mit einer Aufsichtsbeschwerde des Bundesverwaltungsgerichts konfrontiert gesehen habe, wo ebensolches praktiziert worden sei. Des Weiteren sei bezüglich der Stellungnahmen des RAD-Arztes, Dr. med. I.\_\_\_\_, festzuhalten, dass dieser eine Aktenbeurteilung abgegeben habe. Er verfüge sodann offensichtlich über keinerlei Weiterbildungstitel («praktischer Arzt»). Seine Stellungnahmen seien schon hieraus beweisuntauglich. Mit seiner Interpretation des E.\_\_\_\_-Gutachtens vom 5. Februar 2020 zeige er zudem seine fehlende Objektivität und seine Parteistellung zugunsten der IV in qualifiziertem Ausmass. Sollte das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf das Ausgeführte abstellen, so wäre der Sachverhalt entweder mittels einer gerichtlichen polydisziplinären Expertise zu klären oder die Angelegenheit in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hinzuweisen, dass der Einkommensvergleich der IV unzutreffend sei. Die IV habe in der Verfügung nun zwar auf Kompetenzniveau 2 statt Niveau 1 abgestützt – wobei angesichts der abgeschlossenen Ausbildungen und Berufslehre des Beschwerdeführers sowie der langjährigen Berufserfahrung zu prüfen sei, ob nicht gar Kompetenzniveau 3 angezeigt sei – jedoch dann zu Unrecht die LSE Tabellen 2018 herangezogen, wogegen sie im Vorbescheidverfahren noch auf die Tabelle 2016 abgestellt gehabt habe. Die LSE Tabellen 2016 wiesen in den Ziff. 49 – 53, Kompetenzniveau 2 und 3, höhere Einkommen aus als jene von 2018. Wie im Einwandverfahren dargelegt worden sei, sei die Teuerung sodann geringfügig gestiegen. Die tieferen Zahlen 2018 würden daher keinen Sinn machen und seien anzuzweifeln. Es sei daher bei Bestimmung des Valideneinkommens auf folgende Parameter abzustellen: Bei Kompetenzniveau 2 würde das Valideneinkommen gemäss LSE Tabellen 2016 CHF 5710.00 x 12, aufgerechnet auf 42.4 Stunden, aufindexiert durch Teuerung von 102.3 auf 102.6 Punkte = CHF 72'500.00 betragen. Bei Kompetenzniveau 3 würde beim Betrag von CHF 7'384.00 das Valideneinkommen CHF 94'200.00 betragen. Beim Invalideneinkommen sei sodann zu Unrecht lediglich ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorgenommen worden. Nach Massgabe des E.\_\_\_\_-Gutachtens sei dem Versicherten lediglich noch eine (im Sinne der vorangehenden Ausführungen bestrittene) Teilzeittätigkeit von max. 50 % zumutbar. Zudem befinde sich der Beschwerdeführer im fortgeschrittenen Alter. Aufgrund der ausgeprägten Polymorbidität sei der Versicherte, soweit überhaupt von einer Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei, auf eine Tätigkeit ausgewiesen, die wechselbelastend zwischen gehen, stehend und sitzend ausgestaltet sei

und bei der eine freie Zeiteinteilung und genügend Zeit für Pausen notwendig sei. Jegliche mittelschweren und schweren Tätigkeiten gingen nicht mehr. Ebenfalls gehe die langjährige Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr. Zudem sei das Bedienen von Staplern nicht mehr möglich, weshalb eine Logistiktätigkeit ebenfalls ausser Betracht falle. Sodann habe ein potenzieller Arbeitgeber, wie bereits ausführlich dargelegt, mit Komplettausfällen von mehreren Tagen bis mehrere Wochen zu rechnen. Gesamthaft rechtfertige sich nach Massgabe der vorangehenden Ausführungen der höchstmögliche leidensbedingte Abzug von 25 %. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass die Gutachter des E.\_\_\_\_ ihre Beurteilung nicht objektiv und vorurteilsbehaftet vorgenommen hätten. Die Einwände gegen das Gutachten würden vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) nachvollziehbar widerlegt. Auch das psychiatrische Teilgutachten vermöge zu überzeugen. Dr. med. F.\_\_\_\_ sei seiner Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen. Seine Diagnosestellung wie auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vermöchten zu überzeugen. Auf das E.\_\_\_\_-Gutachten könne abgestellt werden. Ergänzend werde festgestellt, dass der im Vorbescheidverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2020 keine Zweifel an der Beurteilung im interdisziplinären Gutachten der E.\_\_\_\_ [...] vom 23. Juli 2019 zu erwecken vermöge. Der Bericht enthalte im Vergleich zum früheren Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 keine wesentlichen neuen Aspekte. Dr. med. F.\_\_\_\_ habe seine psychiatrische Beurteilung in Kenntnis des früheren Berichts von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 vorgenommen. Der Gutachter begründe schlüssig und nachvollziehbar, weshalb beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Mit Blick auf die von den Gutachtern erhobene Anamnese und Befunde lasse sich die von Dr. H.\_\_\_\_ aufgrund der multiplen psychischen und körperlichen Erkrankungen attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Erwerbstätigkeiten nicht begründen. Sodann rechtfertige es sich in Anbetracht der langjährigen Berufserfahrung als Chauffeur und dem erworbenen Fähigkeitszeugnis als Logistikassistent beim Valideneinkommen auf das Kompetenzniveau 2 der LSE-Tabelle TAI\_tirage\_skill\_level Ziffer 49 – 53 abzustellen. Unter Berücksichtigung der zum Verfügungszeitpunkt aktuellsten LSE-Tabelle 2018 und bei Abstellen auf das Kompetenzniveau 2 resultiere ein Valideneinkommen von CHF 69'566.00. Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes und den daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen sowie dem Umstand, dass eine Leistung von 50 % eine freie Zeiteinteilung mit genügend Zeit für Pausen erfordere (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.2 mit Hinweisen), sei es zudem angezeigt, beim auf der Grundlage der LSE ermittelten Invalideneinkommen einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Ein höherer Abzug lasse sich nicht rechtfertigen. Es lägen keine weiteren abzugsrelevanten Faktoren vor. Insbesondere das Alter von 54 Jahren wirke sich nicht lohnmindernd aus. Hilfsarbeiten würden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.S.4 mit Hinweisen). 6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Juli 2020 zu Recht ab 1. Januar 2019 eine halbe Rente zugesprochen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 19. Mai 2016 – bestanden hat, mit demjenigen zur

Zeit der streitigen neuen Verfügungen vom 21. Juli 2020 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen letzten Verfügung vom 19. Mai 2016 erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf folgende medizinischen Unterlagen: 6.1.1 Im Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2015 (IV-Nr. 46) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Anteriorer STEMI ED 7. Oktober 2015 - St.n. ACS 1996 mit St.n. PTCA/BMS RIVA, RCA 1994/96 - cvRF: St.n. Nikotinabusus (30py), art. Hypertonie, FA positiv, Dyslipidämie, Diabetes Typ 2 2. Diabetes Mellitus Typ 2 - V.a. diabetische Nephropathie im Stadium der Makroalbuminurie 3. OSAS · CPAP-Therapie seit 2002 4. Nebendiagnosen - St.n. Varizen-Stripping Unterschenkel beidseits 2002, 2014 - St.n. Umbilikalhernien-Repair 2002 - St.n. Nephrolithiasis 2011 - St.n. Zirkumzision 2014 - St.n. Appendektomie und Tonsillektomie als Kind komplikationsloser intraoperativer Verlauf. Am dritten postoperativen Tag habe der Beschwerdeführer bei guter Hämodynamik auf die Abteilung verlegt werden können. Da sich unter der oralen antidiabetischen Kombinationstherapie eine insuffiziente Einstellung mit HbA1c von 11.4 % gezeigt habe, sei während der Hospitalisation die Insulin-Therapie angepasst und die empfohlene Austrittstherapie verordnet worden. Der Kostaufbau sowie die Anpassung der kardialen Medikation seien problemlos durchgeführt worden, sodass der Beschwerdeführer am 16. Oktober 2015 in gutem Allgemeinzustand, mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause habe entlassen werden können. Eine ambulante kardiale Rehabilitation in [...] sei geplant. 6.1.2 Mit Bericht vom 23. Dezember 2015 (IV-Nr. 52) attestierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügungen vom 21. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 6.2.1 Im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2018 (IV-Nr. 67, S. 39) betreffend eine angiologische Katheterintervention vom 23. Januar 2018 wurden eine Aspiration Verschluss A poplitea 11/111, Truncus tibiofibularis, proximale A. tibialis anterior und fibularis links diagnostiziert. In der Nacht auf den 22. Januar 2018 sei es zu einer kritischen Ischämie beider Unterschenkel mit möglicherweise vorbestehender Claudicatio gekommen. 6.2.2 Im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2018 (IV-Nr. 67, S. 33) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Endokarditis anteriores Mitralklappensegel bei Bakteriämie mit Staphylococcus aureus (ED 27. Januar 2018) · Fokus: A. e. Thrombophlebitis cubital links bei PVK-Infekt · Dukes-Kriterien: 2 Major-Kriterien erfüllt · 27. Januar 2018: 4/4 Blutkulturen positiv auf Staphylococcus aureus (Oxacillin-sensibel) · 31. Januar 2018 TEE: Global eingeschränkte systolische LV- und RV-Funktion. Kleine Perforationsstelle mit kleinen vorhofseitigen Vegetationen am anterioren Mitralklappensegel, leichte bis mässige Mitralinsuffizienz. Keine Abszessbildung ·

## **E. 7**

Februar 2018 TEE: Apex thrombus grössenregredient, nicht flottierend · 20. Februar 2018 TEE: Thrombus im Ventrikel nicht mehr nachweisbar · Beginn einer oralen Antikoagulation mit Marcoumar 3. Kritische Ischämie A. poplitea beidseits · a. e. kardioembolisch bei Diagnose 2 · 22. Januar 2018 Katheterintervention: Rekanalisierung / Rotarex-Aspiration der A. poplitea, der proximalen und mittleren A. tibialis anterior, des Truncus tibiofibularis und der proximalen A. fibularis rechts. Katheter-Aspiration der mittleren A. tibialis anterior rechts · 23. Januar 2018 Katheterintervention: Aspiration Verschluss A. poplitea 11/111, Truncus tibiofibularis, proximale A. tibialis anterior und

fibularis links · 24. Januar 2018 Holter-EKG: Sinusrhythmus, Frequenzen zwischen 71 – 96/min. Kein Vorhofflimmern / -flattern 4. Chronische Veneninsuffizienz C4a links, C3 rechts · femoropopliteale Leitveneninsuffizienz beidseits · primäre Varikose · Rest-/Rezidivvarikose Vd. a. Oberschenkel rechts und Unterschenkel links, subakute tiefe 1-Etagen-Venenthrombose beidseits 03/17 5. Koronare 3-Gefässerkrankung · 1996 St.n. PTCA/BMS im RIVA · 2004 St.n. PTCA/BMS in der RCA · 2015 Koronarangiographie: Dreigefässerkrankung ·

## **E. 8**

Diabetischer Polyneuropathie, vermutlich in Kombination mit Neuropathie bei arterieller Verschlusskrankheit und chronisch venöser Insuffizienz Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. St. n. Endokarditis des anterioren Mitralklappensegels (Staphylococcus aureus Bakteriämie) 01/2018 2. St. n. linksventrikulärem Thrombus 24. Januar 2018, Indikation für eine OAK 3. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: · metabolisches Syndrom · arterielle Hypertonie · Hyper- und Dyslipidämie · Nikotinabusus bis 05/2002 · Adipositas, BMI 43 · positive Familienanamnese · Obstruktives Schlafapnoesyndrom, CPAP Therapie seit 2002 4. Varizenstripping 2002 und 2014 wegen Unterschenkelvarikosis bei chronischer Veneninsuffizienz 5. 03/2018 Erysipel Unterschenkel links 6. Dysthymia (F34.1) 7. Nasenseptumplastik 2002 Zur Beurteilung wurde ausgeführt, es bestünden die oben beschriebenen Gesundheitsschäden mit daraus resultierenden deutlichen funktionellen Einschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei aufgehoben. Es bestehe in der zuletzt ausgeübten angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Aus kardiologischer Sicht sei in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % denkbar. Diese Beurteilung gelte seit Januar 2018, dem Zeitpunkt des akuten Verschlusses der A. poplitea bds. Der Versicherte könne Tätigkeiten, die aus wechselnder Körperposition heraus verrichtet werden könnten und keine Zwangspositionen erforderten, ausüben. Auszuschliessen seien Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten. Der Versicherte könne schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr verrichten. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei unzumutbar, ebenso das Gehen auf unebenem Grund. Vermehrtes Treppensteigen sei dem Versicherten ebenfalls nicht zumutbar. Ein freier Wechsel zwischen gehender, stehender und gelegentlich sitzender Tätigkeit müsse möglich sein. Es sollte darüber hinaus eine freie Zeiteinteilung mit genügend Zeit für Pausen vorhanden sein. Das Bedienen von Staplern sei aufgrund der fehlenden Sensibilität der Füße nicht mehr möglich. Das Führen von gewerblichen Kraftfahrzeugen bzw. zur Personenbeförderung sei ausgeschlossen. 6.2.6 In seiner Stellungnahme vom 26. August 2019 (IV-Nr. 110, S. 15) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, aus, im Gutachten des E.\_\_\_\_ sei die ausgeprägte Neuropathie zu wenig berücksichtigt worden, welche nicht nur – wie im Gutachten erwähnt – zur Unmöglichkeit von Stehen auf Leitern führe, sondern auch zur Unmöglichkeit länger auf flachem Boden zu stehen oder zu gehen, wie auch länger zu sitzen, da ausgeprägtes Fussbrennen immer wieder zum Aufstehen zwingt. Die Einschränkungen auf Grund der Polyneuropathie sei seines Erachtens nicht mit 50 %, sondern mindestens mit 80 % Arbeitsunfähigkeit zu gewichten. 6.2.7 Im Bericht betreffend die interdisziplinäre Fussprechstunde vom 29. November 2019 (IV-Nr. 118, S. 3) wurde ausgeführt, anlässlich der angiologischen Beurteilung wegen bilateraler Wadenclaudicatio (welche erneut nicht makrovaskulär habe erklärt werden können) seien vor 3 ½ Monaten beidseits eingeblutete Blasen plantar aufgefallen. In der Zwischenzeit appliziere Herr A.\_\_\_\_ regelmässig Allpresan-Schaum, darunter zeigten sich nun deutlich bessere Hautverhältnisse

plantar, keine Rhagaden mehr, keine Einblutungen. Ebenfalls fehlten relevante Druckstellen. 6.2.8 Dr. med. I.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2020 (IV-Nr. 115) fest, die in der Stellungnahme des Hausarztes thematisierten Beschwerden und Einschränkungen durch die Polyneuropathie seien im Gutachten umfassend gewürdigt und bei der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits mit einbezogen worden. Die Gewichtung dieses Teilaspekts des hier vorliegenden komplexen Beschwerdebildes sei Aufgabe der Gutachter im Rahmen der Konsensbesprechung und obliege nicht dem subjektiven Erachten des Hausarztes. Bezüglich der nach dem Verständnis des Rechtsvertreters in seiner Einwandbegründung sowohl unter Punkt 4 (kardiologisches Gutachten) als auch unter Punkt 5 (internistisches Gutachten) beklagten angeblich falschen Berechnung der Arbeitsfähigkeit sei festzustellen: Die im kardiologischen Gutachten beschriebene verminderte Belastbarkeit beziehungsweise deutlich eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit beziehe sich dort ausdrücklich darauf, dass der Versicherte keine schweren und sehr schweren Arbeiten ausführen dürfe, also kein regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 25 kg. Die im internistischen Gutachten genannte verminderte Leistungsfähigkeit und der erhöhte Ruhebedarf bezögen sich auf einen ganzen (8,5-Stunden) Arbeitstag. Dem sei Rechnung getragen worden, indem die maximale Arbeitszeit auf 4.25 Stunden begrenzt worden sei. Die Frage «besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?» sei dementsprechend vom Gutachter explizit mit «Nein» beantwortet worden (Seite 48). Die Angaben im Gutachten seien also nicht inkonsistent oder widersprüchlich, und rechtfertigten keinen Zweifel an der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Verweistätigkeit.

6.2.9 Im Sprechstundenbericht Endokrinologie vom 25. Mai 2020 (IV-Nr. 118, S. 16) wurde ausgeführt, Herr A.\_\_\_\_ stelle sich zur Verlaufskontrolle seines Diabetes mellitus vor. Aktuell zeige sich eine nahezu unveränderte Stoffwechsellage mit einem HbA1c von 8.5 % und einer Spontanglukose von 7.9 mmol/L. Die Therapie mit Competact habe keine wesentliche Veränderung bezüglich des HbA1c-Wertes gezeigt. Das Blutzuckertagesprofil sei jedoch insgesamt sehr flach und ausgeglichen geworden. Einzig sei die Basis noch zu hoch. Besorgniserregend seien weiterhin das Gewicht und die massive Gewichtszunahme. Der Beschwerdeführer habe seit der letzten Konsultation bereits wieder 7 kg zugenommen.

6.2.10 Mit Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 120) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_, RAD, fest, dem 7 Monate alten Bericht der interdisziplinären Fussprechstunde vom 29. November 2019 sei zu entnehmen, dass 3.5 Monate zuvor eingeblutete Blasen im Bereich beider Fusssohlen aufgefallen seien. Unter regelmässiger Anwendung von Allpresan-Schaum (frei verkäuflich, rückfettend, gegen Hornhaut und Ulzerationen) sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Hautverhältnisse gekommen, sodass bei der Kontrolle keine Rhagaden oder Einblutungen mehr vorhanden gewesen seien. Dementsprechend sei die fixe Mitbetreuung abgeschlossen worden. Es handle sich hier also nicht um eine neue Diagnose mit anhaltendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sondern um eine vorübergehende, und im vorliegenden Fall gut behandelbare, vermeidbare Komplikation bei Nichteinhaltung elementarer Basisregeln im Rahmen des bekannten Diabetes mellitus Typ II. Sodann seien die in den endokrinologischen Sprechstundenberichten vom 2. März 2020 und 22. Mai 2020 gestellten Diagnosen bekannt. Neue Diagnosen seien nicht genannt worden. Der Versicherte selbst könnte hier zu einer wesentlichen Befundbesserung beitragen, wenn er wollte. Des Weiteren sei dem Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2020 zu entnehmen,

dass beim Versicherten eine «Oxynorm-Unverträglichkeit (Erbrechen)» bestehe. Dabei handle es sich um eine sehr häufig auftretende unerwünschte Nebenwirkung dieses Opioids. Bei Unverträglichkeit könne Oxynorm durch andere Wirkstoffe ersetzt werden. Die Diagnose «Oxynorm-Unverträglichkeit» habe somit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. 6.2.11 Mit Stellungnahme vom 17. Juli 2020 (IV-Nr. 124, S. 42) führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, Herr A.\_\_\_\_ leide unter schweren kombinierten Persönlichkeitsstörungen mit emotional instabilen-, abhängigen-, passiven- und selbstschädigenden Zügen, sowie unter rezidivierenden depressiven Störungen und therapieresistenten schweren psychogenen Essatacken mit morbidem Übergewicht (BMI 42, Übergewicht als Ursache von schweren psychischen Störungen). Die komplexen therapieresistenten psychischen Störungen mit schweren nichtkontrollierbaren Essatacken und morbidem Übergewicht seien die Hauptursache für die multiplen schwer invalidisierenden körperlichen Erkrankungen des Beschwerdeführers (Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Polyneuropathie, multiple Schmerzbeschwerden u.Ä.). Die gestellte psychische Diagnose des Begutachtungspsychiaters Dysthymia F34.1 stelle eine inakzeptable absolut bagatellisierende Diagnose dar. Die sehr wichtige Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers werde in der GA-Gesamtbeurteilung praktisch überhaupt nicht berücksichtigt. Herr A.\_\_\_\_ zeige jedoch seit längerer Zeit starke Krankheitsgefühle, starke Insuffizienzgefühle, starke innere Selbstverunsicherung, stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, multiple belastungsabhängige kaum behandelbare invalidisierende Schmerzbeschwerden, ausgeprägte Stress- und Frustintoleranz u.Ä.. Die Lebensqualität und die Lebenserwartung des Beschwerdeführers müssten als eindeutig schlecht und absolut ungünstig beurteilt werden. Herr A.\_\_\_\_ müsse aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bus- / Carfahrer als 100 % arbeitsunfähig betrachtet werden. Wegen der zusätzlichen multiplen schweren lebensgefährlichen körperlichen Erkrankungen sehe er, Dr. med. H.\_\_\_\_, aus psychiatrischer Sicht gar keine ideal leidensangepasste Tätigkeit für den Beschwerdeführer. Die multiplen psychischen und körperlichen Erkrankungen seien stark fortgeschritten, chronifiziert und praktisch nicht mehr erfolgreich behandelbar, es handle sich in diesem Fall nur um eine erleichterte Lebensführung auf dem Niveau einer sehr passiven Lebensvegetierung. Herr A.\_\_\_\_ müsse zusammenfassend eindeutig als 100 % arbeitsunfähig für alle Erwerbstätigkeiten beurteilt werden, es gebe gar keine Restarbeitsfähigkeit und eindeutig eine ganz eingeschränkte Lebenserwartung des Beschwerdeführers. 7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Die Begutachtungsstelle wurde nach dem Zufallsprinzip ausgesucht und die Expertise von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt. Diese waren im Besitz der gesamten, der Beschwerdegegnerin zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Akten und sie haben den Beschwerdeführer allesamt eingehend untersucht. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden dabei berücksichtigt. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Der Beschwerdeführer lässt aber hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Begutachtungsstelle vorbringen, diese begutachte nicht ergebnisoffen. Er nimmt hierbei offenbar Bezug auf die Mitteilung des Bundesverwaltungsgerichts an die Aufsichtsbehörde im Bereich Invalidenversicherung vom 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 110, S. 13). Bei dieser Mitteilung geht es um einen

Sachverhalt, der in das Jahr 2011 zurückreicht. Daraus kann für die im Jahr 2019 durchgeführte Begutachtung aber weder auf Befangenheit der involvierten Gutachter noch auf fehlende Ergebnisoffenheit geschlossen werden. Die sonstigen in diesem Zusammenhang eingereichten Unterlagen lassen ebenso keine Rückschlüsse auf die vom Gericht im Einzelfall zu klärende Frage, ob die gutachterlichen Ausführungen plausibel erscheinen, zu. Im Übrigen lässt eine allfällige positive Google-Rezension für die E.\_\_\_\_ durch einen dort beschäftigten Gutachter – sollte es sich denn um den betreffenden Gutachter handeln – nicht auf dessen Befangenheit schliessen, zumal der betreffende Google-User «[...]» unter seinem Account noch viele andere Unternehmen positiv bewertet hat. Zusammenfassend liegen demnach keine relevanten Hinweise vor, die auf eine fehlende Ergebnisoffenheit der Gutachterstelle bzw. der involvierten Gutachter schliessen liesse. Sodann ist zu prüfen, ob das E.\_\_\_\_-Gutachten auch die übrigen Anforderungen an ein beweiswertiges Gutachten zu erfüllen vermag.

7.1 Im kardiologischen Teilgutachten (IV-Nr. 90.6) wurde festgehalten, unter kardiologischem bzw. kardiovaskulärem Gesichtspunkt finde sich eine extrem komplexe Situation. Es finde sich eine schwere koronare 3-Gefäss-Erkrankung mit Zustand nach vielfachen Katheterinterventionen bereits in den 90-er Jahren, also in noch jungem Alter der versicherten Person, und schliesslich eine 4-fach AC-Bypass-OP am 8. Oktober 2015 auf dem Boden eines umfassenden Risikoprofils, hier vor allem hervorzuheben ein sekundär insulinpflichtiger Typ-2 Diabetes mellitus. Neben der wesentlichen Risikokomponente des Diabetes für die Entstehung der Arteriosklerose fänden sich hier auch bereits Komplikationen, wie eine diabetische Nephropathie und Neuropathie. Ausserdem sei eine komplexe periphere arterielle Gefässerkrankung mit Zustand nach subakutem Gefässverschluss im Bereich der Beinarterien mit entsprechenden Interventionen bekannt. In der aktuellen kardiologischen Untersuchung zeige sich eine mittelschwere bis schwere Einschränkung der Belastungsfähigkeit. Die kardiale Einschätzung werde dabei limitiert durch die nur kurze Belastungsstufe von 3 min 32 sec bzw. nur 99 Watt. Abgesehen von den extrakardialen Ursachen sei die eingeschränkte Belastbarkeit aber bei aktuell zwar nur leicht eingeschränkter LV-Funktion, bei allerdings ausgeprägter Narbe im Vorderwandbereich mit entsprechenden Wandbewegungsstörungen nachvollziehbar. Die funktionellen Einschränkungen resultierten folgerichtig aus der Krankheitsgeschichte. Auch der Verlauf im Längsschnitt sei typisch und geprägt von immer wieder auftretenden Komplikationen. Die Narben infolge der durchgemachten Herzinfarkte implizierten Rhythmusstörungen, die bislang nicht nachgewiesen seien. Auch wenn die versicherte Person derzeit wenig über kardiale Probleme klage und die Beschwerden im Rahmen der anderen Gefäss-Manifestationen im Vordergrund stünden, seien die geschilderten Funktionseinschränkungen konsistent und plausibel. Gestützt auf die vorstehenden nachvollziehbaren gutachterlichen Befunderhebungen und Diagnosestellungen vermag sodann auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt vom Beschwerdeführer angegebenen Tätigkeit als Bus-Chauffeur sei aus kardiologischer Sicht nicht gegeben. Der komplexe Befund mit wiederholten Komplikationen, das fortbestehende Risikoprofil sowie die hohe Wahrscheinlichkeit weiterer Komplikationen, hier insbesondere von Herzrhythmusstörungen, sowie die aktuell deutlich eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit führten zu diesem Schluss. Die verkehrsmedizinische Relevanz bzw. verkehrsmedizinische Beurteilung einer Person im Personenverkehr werde an dieser Stelle ausdrücklich nicht beurteilt. Die Arbeitsfähigkeit in der dokumentierten Tätigkeit als Lagerist bzw. Logistikassistent im Sinne einer

angestammten Tätigkeit sei aus kardiologischer Sicht gegenwärtig zu 50 % zumutbar, sofern folgende Einschränkungen im Belastungsprofil gegeben seien: Keine schweren und sehr schweren Arbeiten, keine regelmässige Arbeiten über 25 kg Gewicht, keine Gerüstarbeiten (z.B. in Lagerhallen, Sturzgefahr), 4,25 Stunden pro Tag als maximale Belastungsgrenze zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

7.2 Im neurologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, bei dem Versicherten bestehe ein ausgeprägtes sogenanntes metabolisches Syndrom mit offenbar ungenügender Einstellung des seit vielen Jahren bestehenden insulinpflichtigen Diabetes mellitus II, der vor allem und zusätzlich in Kombination mit der bei dem Versicherten bekannten arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und chronisch venösen Insuffizienz (CVI) in erster Linie die klinisch und elektrophysiologisch diagnostizierte Polyneuropathie verursacht habe. Die hier anzunehmende hyperalgetische Form beinhalte auch die Symptomatik, die als Restless-legs-Syndrom differenzialdiagnostisch erwägenswert sei, wofür jedoch u. a. auch angesichts eines unzureichenden imperativen Bewegungsdranges, einer fehlenden Besserung bzw. Verschlechterung nach Einnahme bzw. Absetzen der medikamentösen Therapie mit Dopaminantagonisten und L-Dopa nach Einschätzung des Unterzeichners zu wenig spreche. Bei der jetzigen neurologischen Untersuchung zeigten sich typische Symptome der symmetrischen, vorwiegend distalen diabetischen Polyneuropathie ohne klinisch relevante Paresen, ohne Hirnnervenausfälle, jedoch mit Hinweisen auf eine autonome Störung der Sexualfunktionen. Gestützt auf die vorstehende Befunderhebung und Diagnosestellung erscheint die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Die bisherige Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht mehr zumutbar. Aus neurologischer Sicht könnten entsprechend der Kenntnisse und Fähigkeiten des Versicherten alle Tätigkeiten ausgeübt werden, die im Sitzen möglich seien und nur ein geringes Gehen beinhalteten. Rein neurologisch bestehe bei dem multimorbiden Versicherten in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %.

7.3 Sodann vermag auch das internistische Teilgutachten bezüglich Befunderhebung, Diagnosestellung sowie Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Gemäss der gutachterlichen Beurteilung leide der Versicherte an einem schweren metabolischen Syndrom. Er habe eine morbid Adipositas Grad III mit einem BMI von 43 kg/m<sup>2</sup>. Obwohl seit vielen Jahren bekannt und therapiert, sei diese Erkrankung progredient (BMI 37.4 kg/m<sup>2</sup> 2015). Der Diabetes mellitus sei eine Folgeerkrankung der morbid Adipositas. Trotz aller Bemühungen sei es nicht gelungen, diesen auf einen Normwert zu senken. Seien 2015 noch Werte von HbA1c 11.1 % gemessen worden, so sei er heute nach erneuter stationärer kardialer Rehabilitation bei HbA1c 8.8 % zwar immer noch zu hoch, jedoch verbessert. Es sei zu einer Makroangiopathie mit schwerer koronarer Dreifässerkrankung und mehreren Herzinfarkten gekommen, der erste bereits in jungen Jahren. Die kardiale Situation sei im kardiologischen Fachgutachten beurteilt worden. Es habe sich aber auch eine Dyslipidämie entwickelt, welche aktuell medikamentös behandelt werde. Sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit mit St. n. kritischer Ischämie bei Verschluss der A. poplitea bds. 01/2018. Die aktuell bestehende Problematik mit Beinschmerzen und Missempfindungen beidseits, welche sich negativ auf die Gehfähigkeit des Versicherten auswirke, sei in der aktuellen Gesamtsituation mit peripherer Polyneuropathie, diabetischem Fussyndrom und peripherer arterieller Verschlusskrankheit objektiv nachweisbar und die Beschwerdesymptomatik sei gut nachvollziehbar. Eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur sei aufgrund der Gefässsituation und der daraus entstandenen irreversiblen Schädigungen an den Beinen und dem Herzen

nicht mehr möglich. Die Fahrfähigkeit des Versicherten sollte durch das Verkehrsamt ermittelt werden. Die aktuelle Tätigkeit des Versicherten als Logistikassistent und Lagerist sei aufgrund der Beinschmerzen vermindert. Die Belastbarkeit des Versicherten sei vermindert, er benötige vermehrt Zeit, um die Beine je nach Schmerz zu entlasten oder zu bewegen. Das bekannte Schlafapnoesyndrom sei aktuell unter CPAP Therapie gut eingestellt. Ein Suchtleiden bestehe nicht. Aufgrund der morbiden Adipositas sowie der peripheren Polyneuropathie und peripheren Verschlusskrankheit bestehe eine verminderte Belastbarkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten. Kein Besteigen von Leitern und Gerüsten. Kein Gehen auf unebenem Grund, kein vermehrtes Treppensteigen. Wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangspositionen. Freier Wechsel zwischen gehend und stehender Tätigkeit, sowie sitzend müsse möglich sein. Freie Zeiteinteilung und genügend Zeit für Pausen. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Folge der metabolischen Erkrankung mit Mikro- und Makroangiopathie sowie Diabetes mellitus vermindert. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit und ein vermehrter Ruhebedarf. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit werde auf maximal 50 % eingeschätzt. 7.4 Des Weiteren ist das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls einleuchtend und erscheint hinsichtlich Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit überzeugend, zumal sich der Gutachter eingehend mit dem entgegenstehenden Bericht des behandelnden Psychiaters auseinandersetze: Der Versicherte schildere einzelne Merkmale einer depressiven Erkrankung. Er berichte über Herabgestimmtheit hinter einer nach aussen vorgetragenen, stabilen Fassade. Bei eingehender Exploration würden diese depressiven Elemente auch durchaus deutlich. Die vom Versicherten geschilderte Neigung zu Frustration mit gereizter, «grantiger» Reaktion könne ebenfalls im Zuge einer depressiven Symptomatik interpretiert werden. Es bestehe aber kein vollständiger Interesse- und Freudeverlust, kein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen, keine psychomotorische Hemmung, keine Suizidalität und auch kein Antriebsverlust. Insgesamt seien die Merkmale einer depressiven Symptomatik daher nur subsyndromal bis allenfalls leicht ausgeprägt. Eine Reihe von psychosozialen und psychobiographisch relevanten Belastungsfaktoren führe zusätzlich zur Entwicklung der in den letzten Jahren anhaltenden depressiv gefärbten, gedrückten Grundstimmung. Eine schwere Depression, wie von Dr. med. H. \_\_\_ diskutiert, lasse sich hingegen nicht nachweisen. Insgesamt könne man von einer Dysthymia (F34.1) ausgehen, bei der definitionsgemäss die Symptomatik subsyndromal bis leicht ausgeprägt sei und die bei den lebensbiographischen Faktoren für die Entstehung und Ausgestaltung der Symptomatik deutlich mitverantwortlich sei. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus indes nicht. Abweichend von der Einschätzung von Dr. med. H. \_\_\_ aus seinem Bericht vom 7. November 2018 lasse sich bei dem Versicherten auch keine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert diagnostizieren. Auch wenn einzelne emotional instabile, dependente passive Züge weit in die Biografie zurückreichen und auch Adipositas mit Essattacken als Ausdruck einer gewissen Selbstschädigung aufzufassen sei, so erreiche die Symptomatik nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert. Der Versicherte sei durchaus in der Lage, mit angemessener Flexibilität hinlänglich auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren. Es gelinge dem Versicherten, sich auch zu integrieren. Eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert bestehe nicht. Allenfalls sei von einer akzentuierten Persönlichkeit (Z73) auszugehen. Der Versicherte weise erhebliche Probleme im psychosozialen Umfeld auf, diese führten zu nicht unerheblichen Belastungen, welche wiederum die affektive Störung, Dysthymia beeinflussten und aufrechterhielten. Insgesamt

seien die Ressourcen im Bereich der Kontextfaktoren und des sozialen Umfelds eher negativ zu bewerten. Eine psychiatrische Behandlung 2011 / 2012 bei damals als Anpassungsstörung interpretierter depressiver Dekompensation im Zuge einer Partnertrennung sei erfolgreich verlaufen. Der Versicherte habe damals gut stabilisiert werden können. In den vergangenen Jahren habe sich erneut unter zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren eine Dekompensation eingestellt, welche sich zu einer Dysthymia entwickelt habe. Dr. med. H. \_\_\_ sei in seinem Bericht vom 7. November 2018 von einer chronisch-rezidivierenden depressiven Störung mit schwerem Ausprägungsgrad (F33.2) ausgegangen. Die diagnostischen Algorithmen einer schweren depressiven Episode, wie sie das ICD-10 für die Diagnose F33.2 fordere, seien aber nicht erfüllt. Im Zuge der psychiatrischen aktuellen Fachbehandlung habe eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können, jedoch keine Vollremission. Eine psychopharmakologische Behandlung sei nach Aussage des Versicherten nicht mehr erfolgt. Die Fortsetzung und gegebenenfalls Intensivierung der psychiatrischen Fachbehandlung einschliesslich erneuter Verordnung eines Antidepressivums unter besonderer Berücksichtigung etwaiger internistischer oder kardiologischer Kontraindikationen erscheine gleichwohl sinnvoll, um eine weitere Remission der Dysthymia zu erreichen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag sodann auch die Gesamtbeurteilung im E. \_\_\_-Gutachten (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor) einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehend seit Januar 2018, dem Zeitpunkt des akuten Verschlusses der A. poplitea bds., zu überzeugen. Zudem ist eine revisionsrelevante gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 19. Mai 2016 unbestrittenermassen erstellt.

7.6 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers und die entgegenstehenden Arztberichte der behandelnden Ärzte den Beweiswert des E. \_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers geht sowohl aus dem kardiologischen als auch aus dem internistischen Teilgutachten klar hervor, dass gemäss den gutachterlichen Beurteilungen bei der attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht noch eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt. In der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit sind die in den Teilgutachten genannten Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits miteinbezogen. Sodann macht der Beschwerdeführer geltend, es sei eine massive diabetische Polyneuropathie in Kombination mit einer Neuropathie bei arterieller Verschlusskrankheit und ein Restless-Legs-Syndrom ausgewiesen. Wie vor diesem Hintergrund der Versicherte aus neurologischer Sicht noch 70 % arbeitsfähig sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Polyneuropathie sei zudem entgegen der gutachterlichen Beurteilung gerade auch vermehrtes Sitzen unmöglich. Dem ist entgegenzuhalten, dass im schlüssigen neurologischen Teilgutachten lediglich eine mässiggradige sensibel-betonte Polyneuropathie diagnostiziert wurde und demnach das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil sowie die diesbezügliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchaus nachvollziehbar erscheinen. Insofern der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G. \_\_\_, in seiner Stellungnahme vom 26. August 2019 in diesem Zusammenhang ausführt, im Gutachten sei die ausgeprägte Neuropathie zu wenig berücksichtigt worden und er zudem ein eingeschränkteres Zumutbarkeitsprofil und eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist vorweg darauf hinzuweisen, dass Dr. med. G. \_\_\_ nicht über einen neurologischen Facharztstitel verfügt. In diesem Zusammenhang ist zudem

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist, zumal dieser Bericht vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellt. Des Weiteren vermögen auch die Rügen bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens dessen Beweiswert nicht zu vermindern. Es kann im Wesentlichen auf die vorgehende Beweiswürdigung (E. II. 7.4 hiervor) verwiesen werden. Der Vertreter des Beschwerdeführers nimmt in seinen Rügen eine eigenständige Beurteilung der Diagnosekriterien nach ICD-10 vor, worauf mangels fachärztlicher Qualifikation nicht weiter einzugehen ist, zumal damit keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung begründet werden. Insofern geltend gemacht wird, es sei widersprüchlich, wenn der Gutachter den Einsatz eines Antidepressivums postuliere, aber lediglich eine Dysthymie diagnostiziere, ist darin kein Widerspruch zu erblicken. Der Gutachter hielt lediglich fest, die Fortsetzung und gegebenenfalls Intensivierung der psychiatrischen Fachbehandlung einschliesslich erneuter Verordnung eines Antidepressivums unter besonderer Berücksichtigung etwaiger internistischer oder kardiologischer Kontraindikationen erscheine gleichwohl sinnvoll, um eine weitere Remission der Dysthymia zu erreichen, zumal es gerichtsnotorisch ist, dass auch bei einer Dysthymie eine antidepressive Behandlung zur Anwendung kommen kann. Sodann vermögen die entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H.\_\_\_\_, den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens ebenfalls nicht zu vermindern, zumal sich der psychiatrische Gutachter bereits überzeugend mit dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 auseinandergesetzt hat (s. E. II. 7.4 hiervor). Ebenso erscheint die Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2020 nur wenig überzeugend. So ist es aufgrund seiner Ausführungen kaum nachvollziehbar, weshalb er den Beschwerdeführer alleine aus psychischen Gründen als zu 100 % arbeitsunfähig erachtet. In diesem Zusammenhang ist zudem wiederum der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten von Dr. med. H.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Schliesslich geht aus den nach der Gutachtenserstellung ergangenen Arztberichte keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hervor. In diesem Zusammenhang kann auf die diesbezüglichen schlüssigen Ausführungen des RAD-Arztes verwiesen werden (s. E. II. 6.2.8 und 6.2.10 hiervor). Dass der RAD-Arzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, «lediglich» praktischer Arzt sei, wie vom Beschwerdeführer gerügt wurde, ändert im Übrigen nichts an der Schlüssigkeit seiner Ausführungen, zumal ein RAD-Arzt ohne Facharzttitel durchaus in der Lage ist, die vorhandenen medizinischen Unterlagen zu würdigen, was denn auch zu dessen Aufgabengebiet gehört (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_73/2011 vom 1. April 2011 E. 5.4). 8. Nachfolgend ist auf den ebenfalls umstrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen und zu prüfen, ob der per 1. Januar 2019 errechnete IV-Grad von 56 % korrekt ist. 8.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte.

Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Invaliditätseintritts per Januar 2018 arbeitslos, weshalb die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn abgestellt hat. Sodann ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der langjährigen Berufserfahrung des Beschwerdeführers als Chauffeur und des erworbenen Fähigkeitszeugnisses als Logistikassistent beim Valideneinkommen das Kompetenzniveau 2 der LSE-Tabelle 2018 TA1\_tirage\_skill\_level Ziffer 49-53 herangezogen hat. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wäre es nicht angebracht, das Kompetenzniveau 3 heranzuziehen. So ist das Kompetenzniveau 3 für «komplexe praktische Tätigkeiten welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen» vorbehalten, was bei den vom Beschwerdeführer ausgeführten Tätigkeiten trotz langjähriger Berufserfahrung nicht zutrifft. Insofern der Beschwerdeführer sodann die Anwendung der LSE 2018 rügt, da diese trotz seit 2016 gestiegener Teuerung tiefer ausfielen, als die LSE 2016, was keinen Sinn mache, ist darauf hinzuweisen, dass stets die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung aktuellsten Zahlen heranzuziehen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9C\_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2). Die LSE 2018 sind demnach vorliegend nicht zu beanstanden, zumal die herangezogenen LSE-Tabellen die Teuerung branchenspezifisch und damit konkreter abbilden, als eine allgemeine Nominallohnentwicklung. Das in der angefochtenen Verfügung eingesetzte Valideneinkommen von CHF 69'566.00 ist somit korrekt.

## **E. 8.2**

8.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine Tätigkeit zu 50 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss der unbestrittenermassen anwendbaren LSE 2018, TA1\_tirage\_skill Level, Medianlohn für Männer im Total Niveau 1, ist von einem ordentlichen Bruttolohn von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist, wie aus der angefochtenen Verfügung ersichtlich, entsprechend aufzurechnen ( $\times 12$ ; Aufrechnung Wochenstunden :40  $\times$  41.7). Damit ergibt sich unter Einbezug einer 50%igen Arbeitsfähigkeit – und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. 8.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 33'883.35.

8.2.2 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). Es ist somit zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10 % gerechtfertigt ist. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 53 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). Dagegen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 – 74 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt. Sodann hat die Beschwerdegegnerin den Abzug von 10 % aufgrund der Einschränkungen des Beschwerdeführers vorgenommen. Im E.\_\_\_\_-Gutachten wurde folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Der Versicherte könne Tätigkeiten, die aus wechselnder Körperposition heraus verrichtet werden könnten und keine Zwangspositionen erforderten, ausüben. Auszuschliessen seien Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten. Der Versicherte könne schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr verrichten. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei unzumutbar, ebenso das Gehen auf unebenem Grund. Vermehrtes Treppensteigen sei dem Versicherten ebenfalls nicht zumutbar. Ein freier Wechsel zwischen gehender, stehender und gelegentlich sitzender Tätigkeit müsse möglich sein. Es sollte darüber hinaus eine freie Zeiteinteilung mit genügend Zeit für Pausen vorhanden sein. Das Bedienen von Staplern sei aufgrund der fehlenden Sensibilität der Füsse nicht mehr möglich. Das Führen von gewerblichen Kraftfahrzeugen bzw. zur Personenbeförderung sei ausgeschlossen. Zwar beinhaltet der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Aufgrund der vielfachen Einschränkungen erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % aber durchaus gerechtfertigt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermag die geltend gemachte Gefahr von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen jedoch keinen leidensbedingten Abzug zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2). Ob es sich aufgrund des vorgenannten und von der Beschwerdegegnerin bislang nicht berücksichtigten relativ geringen Minderverdienstes wegen der Teilzeittätigkeit rechtfertigt, den Abzug gesamthaft auf 15 % zu erhöhen, kann offen gelassen werden, da auch ein solcher Abzug keinen Anspruch auf eine höhere Rente ergäbe. Demnach bleibt es bei dem in der angefochtenen Verfügung errechneten Invaliditätsgrad von 56 % (Invalideneinkommen CHF 30'495.00, Valideneinkommen CHF 69'566.00). Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 9.1**

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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