



**Fall-Nr.:** IV 2018/357  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 19.11.2021  
**Entscheiddatum:** 09.11.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.11.2020**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss einem als beweiskräftig zu beurteilenden Gutachten besteht interdisziplinär aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % für die angestammte Tätigkeit sowie für adaptierte Tätigkeiten. Insbesondere ist das kardiologische Gutachten trotz eines geltend gemachten Schlüsselbeinbruchs während der Untersuchung beweistauglich. Vorliegend ist ein Tabellenlohnabzug von 10 % begründet, mit dessen Berücksichtigung ein Anspruch auf eine Viertelsrente resultiert (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. November 2020, IV 2018/357).**

#### **Entscheid vom 9. November 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/357

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Strehler, S E K Advokaten, Dorfstrasse 21, 8356 Ettenhausen,



## St.Galler Gerichte

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 25. Februar 2016 unter Hinweis auf drei erlittene Herzinfarkte und eine Gefässerkrankung der Arterien im Leistenbereich erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 114). Vorgängig waren dem gelernten Autoservicemann (IV-act. 4) aufgrund einer am 23. Januar 1997 erlittenen Wirbelfraktur (LWK 1, Arztzeugnis UVG vom 6. März 1997, Fremdakten, act. 2-32) eine Umschulung zum Technischen Kaufmann (Verfügungen vom 2. Oktober 1998, IV-act. 30, vom 17. Februar 1999, IV-act. 36 und vom 4. Januar 2001, IV-act. 60) sowie mit Wirkung vom 1. Januar 1998 bis 31. Januar 1999 eine befristete halbe Rente (Verfügung vom 16. August 2001, IV-act. 71) zugesprochen worden. Ein weiteres Gesuch, das der Versicherte aufgrund zweier Herzinfarkte 2008 und 2010 eingereicht hatte (IV-act. 73), war mit Verfügung vom 18. März 2013 (IV-act. 113) abgewiesen worden, nachdem der Versicherte das Arbeitspensum wieder auf das ursprüngliche Pensum hatte steigern können (vgl. auch Mitteilung vom 13. Februar 2012 betreffend berufliche Massnahmen, IV-act. 103).

**A.b.** Der Versicherte hatte am 2. Oktober 2015 einen weiteren Herzinfarkt (subakuter Nicht-ST-Hebungsinfarkt [NSTEMI]; Austrittsbericht Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 26. Oktober 2015, IV-act. 122-33 ff.) erlitten. Weiter war beim Versicherten eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) beidseits, Stadium II a, bedingt durch eine hochgradige Stenose der A. iliaca communis rechts und eine relevante Stenose der A. iliaca communis links festgestellt



worden, die zu einer Zunahme der Wadenclaudicatio nach einer Gehstrecke von weniger als 200 m geführt hatte, wobei einerseits der vorgesehene endovaskuläre Eingriff kardiologisch bedingt nicht durchgeführt werden konnte und andererseits die durch die PAVK verursachten Beschwerden eine suffiziente kardiale Rehabilitation verhinderten (Austrittsbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 26. Oktober 2015, IV-act. 122-33 ff.; Bericht Klinik für Gefässchirurgie KSSG vom 8. Januar 2016, IV-act. 122-6 ff.).

**A.c.** Nachdem beim Versicherten eine Coxarthrose beidseits, links mehr als rechts, diagnostiziert und links erfolgreich infiltriert worden war (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates KSSG vom 6. Juni 2016, IV-act. 130-13 f.) und er wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), für eine stationäre Therapie in der psychiatrischen Tagesklinik angemeldet worden war (Bericht Klinik für Psychosomatik KSSG vom 20. Juni 2016, IV-act. 130-15 ff.; Arztbericht med. pract. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin vom 29. Juni 2016, IV-act. 130-1 ff.), erliess die IV-Stelle am 16. September 2016 die Mitteilung, aufgrund des Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich (IV-act. 134).

**A.d.** Die behandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte mit Arztbericht vom 19. Januar 2017 die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und berichtete insbesondere, dass eine regelmässige Arbeitstätigkeit aufgrund des sozialen Rückzugs aktuell nicht vorstellbar sei. Die Anpassungs- und Belastungsfähigkeit seien mittelgradig eingeschränkt (IV-act. 144). Im Verlaufsbericht vom 24. Mai 2017 hielt sie fest, aufgrund der depressiven Symptomatik in Verbindung mit dem chronischen Schmerzsyndrom fühle sich der Versicherte nicht mehr in der Lage, einer Tätigkeit nachzukommen (IV-act. 152). Der Hausarzt äusserte gegenüber dem RAD, er halte den Versicherten ab sofort für zu 50 % eingliederungsfähig (Stellungnahme Dr. med. D.\_\_\_\_, praktische Ärztin, vom 13. Juni 2017, IV-act. 154). Im Assessment vom 23. Juni 2017 führte der Versicherte im Wesentlichen aus, er könne nicht lange stehen, sei permanent müde, leide unter Belastungsschmerzen und ganzheitlichen Einschränkungen. Im Haushalt werde er von seiner 81-jährigen Mutter unterstützt. Die Arbeit als Sachbearbeiter sei problematisch, weil er vergesslich geworden sei. Er wünsche die



## St.Galler Gerichte

Rentenprüfung (IV-act. 162). Mit Mitteilung vom 7. Juli 2017 schloss die IV-Stelle die Prüfung beruflicher Massnahmen ab, da sich der Versicherte nicht mehr in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (IV-act. 165).

**A.e.** RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ schlug am 24. November 2017 eine polydisziplinäre Begutachtung vor (IV-act. 175), die dem Zentrum für interdisziplinäre medizinische Begutachtungen AG Schwyz (ZIMB) zugestimmt wurde (Gutachten vom 13. Juni 2018; Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. F.\_\_\_\_, Kardiologie; Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie; Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 12., 23. und 26. März 2018; IV-act. 201-1 bis 104). Die Gutachter diagnostizierten folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 201-6 f.):

- ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Berstungsbruch LWK 2 nach Sturz am 24. Januar 1997, nach transpedikulärer Spondylodese L1 auf L3 und nach Osteosynthesematerialentfernung am 14. Januar 1998
- ein chronisches thorakales Schmerzsyndrom bei Status nach in Keilwirbelbildung knöchern ausgeheiltem BWK 8 sowie knöchern konsolidierter BWK 6-Deckplatten- Impressionsfraktur
- eine Coxarthrose beidseits mit/bei Chondropathie Grad III links und Grad II rechts nach Kellgren
- eine Belastungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks bei fortgeschrittener AC-Gelenksarthrose mit einer Chondropathie Grad III nach Kellgren
- eine medial betonte Gonarthrose beidseits mit einer Chondropathie Grad II nach Kellgren.

Ohne Einfluss auf die (quantitative) Arbeitsfähigkeit seien

- eine koronare Dreifässerkrankung mit/bei Status nach akutem posterolateralem Myocardinfarkt am 9. April 2008, nach posterolateralem NSTEMI am 24. März 2010,



## St.Galler Gerichte

nach subakutem NSTEMI am 9. Oktober 2015 mit aktuell leicht eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion bei infero-posteriorer Infarktnarbe

- eine peripher-arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp beidseits mit/bei Claudicatio intermittens Stadium II b, Status nach PTA und Stenting der Arteria iliaca communis links und der Arteria iliaca communis rechts am 11. Januar 2010 und Status nach erneutem PTA und Stenting der Arteria communis rechts und links am 22. Januar 2016

- eine chronische, alkoholtoxische, kalzifizierende Pankreatitis

- eine Osteopenie

- ein Abhängigkeitssyndrom durch Gebrauch von Tabak (ICD-10: F17.2)

- ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), differenzialdiagnostisch Abhängigkeit.

Der kardiologische Gutachter führte dazu aus, die erhobenen Befunde rechtfertigten eine andauernde Arbeitsunfähigkeit keinesfalls, zumal auch die Befunde der aktuellen Ergometrie mit massiver Hyperventilation auf eine fehlende Motivation, sich auszubelasten, hinweisen würden (IV-act. 201-10). Aus interdisziplinärer Sicht attestierten die Gutachter infolge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit sowie vermehrten Pausenbedarfs und reduzierter Arbeitsschnelligkeit in der bisherigen sowie in angepassten Tätigkeiten eine Einschränkung von 30 % (IV-act. 201-13).

**A.f.** RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 19. Juni und 10. Juli 2018 Stellung: Die Schlussfolgerungen der interdisziplinären Konsensbeurteilung seien umfassend und die zu prüfenden Indikatoren würden berücksichtigt, so dass die Arbeitsfähigkeit auf dieser Grundlage zuverlässig beurteilt werden könne. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte seit Januar 2016 zu 70 % arbeitsfähig. Die bisherigen Tätigkeiten als Sachbearbeiter bzw. technischer Kaufmann entsprächen hinsichtlich der körperlichen Anforderungen den adaptierten Konditionen. Die Arbeitsfähigkeit von 70 % gelte demnach auch hier (IV-act. 202). Der Versicherte könne die Arbeitsfähigkeit ganztägig verwerten (IV-act. 204).



## St.Galler Gerichte

**A.g.** Mit Vorbescheid vom 11. Juli 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich Rente (IV-act. 207). Mit Einwand vom 17. September 2018 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend, er sei aufgrund all seiner Einschränkungen im freien Arbeitsmarkt nicht mehr vermittlungsfähig. Für die Bemessung des Valideneinkommens sei auf das zuletzt vor seinem zweiten Herzinfarkt erzielte Einkommen bei der I. \_\_\_ AG abzustellen, da er während seiner Tätigkeiten bei der J. \_\_\_ AG und bei der K. \_\_\_ AG bereits gesundheitlich beeinträchtigt gewesen sei. Selbst wenn auf das ZIMB-Gutachten abgestellt würde, hätte er Anspruch auf eine halbe Rente (IV-act. 212).

**A.h.** Mit Verfügung vom 25. September 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch bezüglich Rente ab. Der Versicherte habe sich von seinem zweiten Herzinfarkt gut erholt und sei ab dem 2. Januar 2012 wieder voll einsatzfähig gewesen. Der geltend gemachte Lohn könne daher nicht als Basis herangezogen werden. Ungeachtet der herangezogenen Validenbasis sei er in der Lage, bei Ausübung der bisherigen Tätigkeit als technischer Kaufmann 70 % des jeweiligen Lohnes zu erzielen, was dem errechneten Invaliditätsgrad von 30 % entspreche (IV-act. 214).

## B.

**B.a.** Mit Beschwerde vom 29. Oktober 2018 beantragt A. \_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Strehler, die Verfügung vom 25. September 2018 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere fachärztliche Abklärungen vornehmen zu lassen bzw. eine erneute polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Gestützt auf eine Stellungnahme von med. pract. B. \_\_\_ vom 24. Oktober 2018 (act. G 1.2) macht er geltend, er sei aufgrund einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit beim Lungenfunktionstest auf der Liege sitzend nach vorne auf den Boden gestürzt. Dabei habe er sich eine (später festgestellte) Schlüsselbeinfraktur zugezogen. Bei der gleich anschliessend vorgenommenen Belastungsergometrie habe er sich deshalb - und nicht mangels Motivation - nicht auslasten können. Vor diesem Hintergrund könne auf das kardiologische Gutachten im Speziellen und auf das Gutachten gesamthaft nicht



abgestellt werden. Ohne gesundheitliche Beeinträchtigung hätte er 2015 mindestens ein Einkommen von Fr. 94'686.-- erzielt, weshalb dieser Betrag als Valideneinkommen zu berücksichtigen sei. Unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10 % ergäbe sich, selbst wenn auf das ZIMB-Gutachten abgestellt würde, ein Anspruch auf eine halbe Rente. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass er aktuell aufgrund seiner multiplen Beschwerden nicht mehr in der Lage sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 28. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Das ZIMB-Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Gemäss dem kardiologischen Gutachter rechtfertigten die von ihm erhobenen Befunde eine andauernde Arbeitsunfähigkeit keinesfalls. Ferner bringe der Rechtsvertreter den angeblich vertuschten Schlüsselbeinbruch erst im Gerichtsverfahren vor, obwohl er ihm bereits im Einwandverfahren hätte bekannt sein müssen, und reiche erst jetzt ein Arztzeugnis dazu ein. Für die kardiologische Beurteilung spielten die echokardiographische und die klinische Untersuchung, welche nur eine leichtgradige Einschränkung ergeben hätten, eine übergeordnete Rolle. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass sich das Leistungsniveau seit der letzten Messung im Jahr 2016 arbeitsfähigkeitsrelevant verschlechtert habe. Trotz der behaupteten Beschwerden könne sich der Beschwerdeführer intensiv um seine Mutter kümmern. Auf die subjektiv geltend gemachten Beschwerden könne nur beschränkt abgestellt werden, da der psychiatrische Gutachter erhebliche Diskrepanzen festgestellt habe (act. G 4).

**B.c.** Mit Replik vom 15. Januar 2019 bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, die Dimension der Beeinträchtigung des Begutachtungsergebnisses habe sich erst mit dem Bericht von med. pract. B.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 manifestiert. Das Abklärungsergebnis sei durch die angeblich fehlende Motivation, sich auszubelasten, erheblich beeinflusst worden. Ebenso sei offensichtlich, dass der Kollaps und der darauf folgende schmerzhafteste Schlüsselbeinbruch ihn bei der Spiroergometrie beeinträchtigt hätten. Es sei davon auszugehen, dass sich das Leistungsniveau seit den Messungen von 2015 und 2016 weiter verschlechtert habe. Dass er sich intensiv um seine Mutter kümmere, treffe nicht zu. Im Gegenteil werde er von ihr unterstützt (act. G 6).



**B.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 22. Januar 2019 auf eine Duplik (act. G 8).

### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdegegnerin hat eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) als glaubhaft gemacht erachtet, indem sie auf das Gesuch vom 25. Februar 2016 (IV-act. 114) eingetreten ist und schliesslich eine Begutachtung angeordnet hat. Da ein Rentenanspruch mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 18. März 2013 abgewiesen worden war (IV-act. 113), besteht ein allfälliger Rentenanspruch aufgrund der Neuanschuldung frühestens ab 1. August 2016 (Art. 29 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) bzw. nach Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (BGE 142 V 550 f. E. 3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C\_942/2015, E. 3.3.3). Der Beschwerdeführer war ab 21. September 2015 arbeitsunfähig (IV-act. 124-3; Fremdakten, act. 11-9 ff.). Somit besteht ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. September 2016.

#### 2.

**2.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2.** Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei



ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**2.3.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**2.4.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

### 3.



Vorerst ist zu prüfen, ob auf das Gutachten der ZIMB AG vom 13. Juni 2018 abgestellt werden kann.

### 3.1.

**3.1.1.** Zur umstrittenen spiroergometrischen Untersuchung hielt der kardiologische Gutachter fest, diese sei vorzeitig wegen Angabe allgemeiner Erschöpfung abgebrochen worden (IV-act. 201-9). Das Ergebnis sei durch massive Hyperventilation bereits in der Aufwärmphase massiv verfälscht. Bei 30 % des Solls hätten sich keine Hinweise für eine kardiale Ischämie ergeben. Alle spiroergometrischen Parameter hätten auf eine fehlende Motivation hingewiesen, sich auszubelasten. Im Rahmen der kardiologischen Untersuchung seien lediglich atypische Thoraxschmerzen geschildert worden, eine typische Angina pectoris bestehe nicht. Echokardiographisch sei die linksventrikuläre Funktion leichtgradig mit 42 % biplan eingeschränkt, jedoch ohne relevantes Klappenvitium bzw. pulmonal-arterielle Hypertonie. Klinisch und echokardiographisch sei der Versicherte kardiopulmonal kompensiert. In einer bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit rechtfertigten die erhobenen Befunde eine andauernde Arbeitsunfähigkeit keinesfalls (IV-act. 201-9, 53 ff.). Med. pract. B. \_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2018 aus, der Beschwerdeführer habe beim vorab angefertigten Lungenfunktionstest einen Kollaps erlitten und habe sich dabei eine Schlüsselbeinfraktur zugezogen, die er - med. pract. B. \_\_\_ - am 27. März 2018 diagnostiziert und behandelt habe. Die im Gutachten vermerkte massive Hyperventilation sei aller Wahrscheinlichkeit nach auf die extrem schmerzhaft frische Schlüsselbeinfraktur zurückzuführen. Somit bestehe formal keine objektive aktuelle Aussage über die kardiologische Belastbarkeit des Beschwerdeführers (act. G 1.2).

**3.1.2.** In den Ausführungen des kardiologischen Gutachters zur Abwicklung des Gutachtensauftrages bzw. zur kardiologischen Untersuchung vom 26. März 2018 (IV-act. 201-49) findet sich kein Hinweis auf den geschilderten Vorfall. Der deutschsprachige und nicht unbeholfene Beschwerdeführer macht auch nicht geltend, dass er dem kardiologischen Gutachter gegenüber den Vorfall und/oder die Schmerzen im Schlüsselbein erwähnt hätte. Die (kleine) Lungenfunktionsprüfung wurde sodann - anders als den Angaben des Beschwerdeführers zu entnehmen - nicht im Rahmen der kardiologischen, sondern bereits am 12. März 2018 anlässlich der internistischen Begutachtung durchgeführt (IV-act. 201-40); im Rahmen der kardiologischen Begutachtung wurden lediglich ein Ruhe EKG, eine transthorakale Echokardiographie sowie die besagte Spiroergometrie durchgeführt (IV-act. 201-50, 53). Fragwürdig erscheint zudem, dass der Vorfall im Hinblick auf die Einschätzung der kardiologischen



Belastbarkeit nicht schon im Einwandverfahren vorgebracht wurde. Die in der Replik hierfür angeführte Erklärung, die Dimension der Beeinträchtigung des Begutachtungsergebnisses habe sich erst mit dem Bericht von med. pract. B.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 manifestiert (act. G 6), vermag nicht zu überzeugen: Med. pract. B.\_\_\_\_ diagnostizierte gemäss diesem Bericht den Schlüsselbeinbruch nämlich bereits am 27. März 2018, also am Tag nach der kardiologischen Begutachtung, und der Beschwerdeführer rief am 28. März 2018 bei der IV-Stelle an, schilderte den Vorfall und teilte mit, es sei unklar, ob er dafür unfallversichert sei, weshalb er weitere Abklärungen unternehme und auch das ZIMB informieren werde (Telefonnotiz vom 28. März 2018, IV-act. 194). Der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter hatten zudem bereits im Zeitpunkt der Einwanderhebung Kenntnis vom Gutachten (IV-act. 209). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem internistischen Gutachter angab, dass er von Seiten des Herzens keine Beschwerden mehr habe, insbesondere keine Angina pectoris (IV-act. 201-33, 43). Mit Blick darauf und auf die den Gutachterstellen von der Rechtsprechung zuerkannte, durch das Zufallsvergabeprinzip gewährleistete Unabhängigkeit (vgl. dazu BGE 137 V 239 E. 2.4.3 f. und S. 242 E. 3.1.1 sowie Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2020, 9C\_25/2020, E. 5.1.2.2) kann weder als rechtsgenügend erstellt angenommen werden, dass die Gutachterstelle den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Vorfall bewusst verschwiegen hätte, noch dass der kardiologische Gutachter aufgrund der - aus welchem Grund auch immer - nicht regelrecht bis zum Schluss durchführbaren Spiroergometrie keine schlüssigen Erkenntnisse betreffend die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht hätte machen können. Insofern bildet dieser keinen Grund, dem Gutachten von vornherein die Beweistauglichkeit abzusprechen.

**3.1.3.** Der kardiologische Gutachter hielt als weitere Befunde atypische Thoraxschmerzen sowie eine leichtgradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion von 42 % ohne relevantes Klappenvitium bzw. pulmonal-arterielle Hypertonie fest (IV-act. 201-9). Er schlussfolgerte, die erhobenen kardiologischen Befunde mit nur leicht eingeschränkter linksventrikulärer Funktion rechtfertigten eine andauernde Arbeitsunfähigkeit keinesfalls, zumal auch die Befunde der aktuellen Ergometrie mit massiver Hyperventilation auf eine fehlende Motivation, sich auszubelasten, hinweisen würden (IV-act. 201-55). Dabei wies er auf die ergometrischen Voruntersuchungen vom 15. Oktober 2015 und 3. Februar 2016 hin, in denen Leistungen bei 71 % bzw. 77 % des Solls erreicht und die im Übrigen aufgrund von Beschwerden in den Beinen ebenfalls vorzeitig abgebrochen worden waren (vgl. IV-act. 122-34, 21). Aus kardiologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer Tätigkeiten mit bis zu



mittelschwerer körperlicher Belastung bzw. wechselnd mittelschwer belastende Tätigkeiten zu 100 % zumutbar (IV-act. 201-56). Entscheidend für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit waren somit das Ausmass der Einschränkung der linksventrikulären Funktion, die Tatsache, dass die ergometrische Untersuchung nicht aufgrund des Erreichens der kardial möglichen Leistung, sondern aus einem anderen Grund (unabhängig davon, ob Schmerzen der Beine, des Schlüsselbeins oder fehlende Motivation) abgebrochen wurde und dass die spiroergometrische Leistungsfähigkeit ohne Vorliegen solcher einschränkender Faktoren bei 71 % bzw. 77 % des Sollis liegen würde. Auch wurde im Sprechstundenbericht der Klinik für Kardiologie des KSSG vom 1. Dezember 2015 festgehalten, aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig. Es bestünden keine pectanginösen Beschwerden, er sei jedoch im Alltag durch Bein-Claudicatio-beschwerden stark eingeschränkt (IV-act. 122-25 ff.). Demnach erscheint die kardiologische Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar und schlüssig begründet.

### 3.2.

**3.2.1.** An psychischen Beeinträchtigungen beschrieb der Beschwerdeführer Scham, das Fehlen eines Lebensstatus und einer Zukunftsplanung, eine ihn am meisten störende Vergesslichkeit, einen sozialen Rückzug und einen schlechten Schlaf mit Albträumen. Er lebe seit sechs Monaten vom Ersparten und kümmere sich um seine im selben Haus lebende Mutter. Den Tag verbringe er vormittags und nachmittags mit Fernsehen und abends mit seiner Mutter. Hobbys habe er keine mehr (IV-act. 201-36, 90 ff.).

**3.2.2.** Der psychiatrische Gutachter konnte keine Reduktion des Konzentrationsvermögens und keine gravierende Störung des Denkens oder der Merkfähigkeit feststellen (IV-act. 201-95). Störungen der Affektivität im eigentlichen Sinn seien nicht nachweisbar, der Antrieb sei nivelliert, werde jedoch vom Beschwerdeführer als kraftlos erlebt (IV-act. 201-95 f.). Dem psychopathologischen Befund könne kein relevanter depressiver Zustand von grösserem Ausmass entnommen werden. Nach den geforderten Kriterien der ICD-10 könne eine depressive Episode ausgeschlossen werden. Auch eine sonstige, arbeitsrelevante psychische Störung sei nicht ausgewiesen (IV-act. 201-10, 11). Im Gegensatz dazu war dem Beschwerdeführer vorgängig zur Begutachtung eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), diagnostiziert worden (Bericht Klinik für Psychosomatik KSSG vom 20. Juni 2016, IV-act. 130-15 ff., und Arzt- und Verlaufsbericht Dr. C. \_\_\_ vom 19. Januar 2017, IV-act. 144, und vom 24. Mai 2017, IV-



act. 152). Diese Auffassung teilt der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen nicht, weil ausser einer leicht eingeschränkten Schwingungsfähigkeit bzw. ausser einer Affektstörung die übrigen Diagnosekriterien wie insbesondere eine Antriebsstörung nicht beschrieben würden (IV-act. 201-99 f.). Aus psychiatrischer Sicht seien keine Beeinträchtigungen von Fähigkeiten auszumachen. Der Beschwerdeführer gebe an, sich vermehrt um seine Mutter zu kümmern, und sehe sich selbst auch nicht mehr als arbeitsfähig. Insgesamt liege ein vordergründiges Leistungsbegehren vor, weshalb die Ressourcen als schlecht zu beurteilen seien. Sodann formulierte der psychiatrische Gutachter verschiedene Aspekte von Inkonsistenzen bzw. Diskrepanzen, etwa zwischen den Schilderungen massiver Beschwerden und dem Verhalten und der Untersuchung, zwischen der geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Schilderung einzelner Symptome, zwischen dem Ausmass der geltend gemachten Beschwerden und der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe; weiter sei das Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung weitgehend intakt, wichen die Angaben des Beschwerdeführers von der Aktenlage ab und habe in der Gegenübertragung das Gefühl des Gekränktheits ausgelöst werden können. In der bisherigen Tätigkeit und in angepassten Tätigkeiten bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 201-101 ff.). Dr. C.\_\_\_\_ erwähnte, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund der Schmerzen zurückgezogen (IV-act. 144-3) und er fühle sich aufgrund der depressiven Symptomatik in Verbindung mit dem chronischen Schmerzsyndrom nicht mehr in der Lage, einer Tätigkeit nachzukommen (IV-act. 152-2). Im Bericht der Klinik für Psychosomatik des KSSG vom 20. Juni 2016 werden Antriebslosigkeit, Unzufriedenheit, Freud- und Lustlosigkeit, innere Nervosität und Unruhe sowie abendliche Grübelneigung als subjektiv berichtet und nicht als objektivierte Befunde festgehalten (IV-act. 130-16). Dies stützt die Argumentation des Gutachters.

### 3.3.

**3.3.1.** Der orthopädische Gutachter gab eine ausführliche Anamnese der Beschwerden des Beschwerdeführers wieder. Dieser beschreibt im Wesentlichen lumbospondylogene, vor allem ins linke Bein ausstrahlende, belastungsabhängige und nach längerem Sitzen, Gehen oder Stehen auftretende Schmerzen. Beim vermehrten Treppengehen und Gehen auf unebenem Untergrund verspüre er ausgeprägte Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenks. Er könne nicht länger als eine Stunde sitzen, lediglich zwei bis drei Minuten an Ort stehen bleiben und beschwerdefrei eine Strecke von 300 m bis 400 m zurücklegen. Seit über 10 Jahren bestünden zunehmende belastungsabhängige Schmerzen in den Kniegelenken, aktuell links mehr als rechts. Seit einigen Jahren habe er zunehmend deutlich einschränkende Schmerzen



im rechten Schultergelenk. So könne er im Haushalt nahezu keine Tätigkeiten über Schulterniveau mehr verrichten (IV-act. 201-60 ff.). Der orthopädische Gutachter erhob ebenso detailliert klinische Befunde (IV-act. 201-67 ff.) sowie radiologische Zusatzbefunde (LWS, BWS, Becken, Knie, rechte Schulter, IV-act. 201-79 ff.) und formulierte ein Zumutbarkeitsprofil: Aufgrund der Einschränkungen von Seiten des Bewegungsapparates mit verminderter Belastbarkeit der Wirbelsäule (BWS und LWS), der rechten Schulter sowie beider Knie- und Hüftgelenke bestehe eine limitierte Arbeitsfähigkeit für überwiegend stehend und im gehen ausgeübte Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, welche kniend oder im Hocksitz ausgeführt würden. Tätigkeiten mit beidhändigem Heben von körperfern über 5 kg und körpernah über 10 kg sollten gemieden werden. Auch das mehr als gelegentliche Treppensteigen sowie Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten oder schrägen Ebenen sollten vermieden werden. Ferner sollten Tätigkeiten wie Pressen und Stemmen, die zu einer intraspinalen Druckerhöhung führten, sowie das Verrichten von Arbeiten über die Horizontale hinaus vermieden werden. Hinsichtlich des rechten Schultergelenkes sollten Tätigkeiten sowie kraftvolle Drehbewegungen des rechten Armes auf Schulterhöhe gemieden werden. Ferner sollten Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regennassem und eisglatten, unebenem Untergrund vermieden werden. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten, wechselbelastenden, überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit bestehe aus versicherungsmedizinischer orthopädischer Sicht eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 70 % (IV-act. 201-11, 85 ff.). Sowohl in einer derart angepassten als auch in der bisherigen Tätigkeit attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und begründete die Einschränkung mit einer reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, dem Bedarf nach vermehrten Pausen und mit einem reduzierten Arbeitstempo (IV-act. 201-11, 85 f.). Diese Einschätzung erscheint plausibel und wird durch die übrigen medizinischen Akten nicht in Frage gestellt.

**3.3.2.** Zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit führte der internistische Gutachter aus, am 22. Januar 2016 seien eine (nach dem Jahr 2010 eine weitere) PTA und ein Stenting der Arteria iliaca communis beidseits durchgeführt worden (IV-act. 201-44; vgl. auch Bericht kardiologische Konsultation Spital L.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2016, IV-act. 122-19). Im erwähnten Bericht des Spitals L.\_\_\_\_ wurde vermerkt, im Alltag spüre der Beschwerdeführer bei stärkerer Belastung immer noch das linke Bein (IV-act. 122-21). Der internistische Gutachter fand keine Hinweise für eine kritische Ischämie im Bereich der unteren Extremitäten (IV-act. 201-8 f., 45). Er hielt, wie med. pract. B.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 29. Juni 2016, IV-act. 130-1 f.), fest, im Vordergrund



stehe aktuell die beidseitige Coxarthrose, die zu einer Gehbehinderung führe; ob noch eine Claudicatio-Symptomatik vorliege, könne nicht eruiert werden (IV-act. 201-44).

**3.4.** Das ZIMB-Gutachten vom 13. Juni 2018 berücksichtigt die geklagten Beschwerden und die relevanten medizinischen Akten vollständig und ist nachvollziehbar und schlüssig. Zwar wird die quantitative Einschränkung von 30 % von den Gutachtern ausschliesslich mit den orthopädischen Gesundheitsbeeinträchtigungen begründet (IV-act. 201-11), während RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 19. Juni 2018 festhielt, die koronare Herzkrankheit, die PAVK sowie eine weiter diagnostizierte chronische alkoholtoxische Pankreatitis wirkten sich infolge reduzierter Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit und Arbeitsgeschwindigkeit sowie vermehrten Pausenbedarfs mindernd auf die Leistungsfähigkeit aus. Dennoch kam sie übereinstimmend mit den Gutachtern zum Schluss, in einer interdisziplinär angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (IV-act. 202). Dies ist insofern nachvollziehbar, als die Leistungsfähigkeit aus kardiologischer und internistischer Sicht durch dieselben Faktoren eingeschränkt sind wie aus orthopädischer Sicht. Insofern sind gesamtbetrachtend in der interdisziplinären Einschätzung der Gutachter insbesondere auch die kardiologischen Einschränkungen berücksichtigt bzw. begründen diese keine höhere Arbeitsunfähigkeit. Ebenfalls in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen werden die vom psychiatrischen Gutachter aufgezeigten Inkonsistenzen. Der orthopädische Gutachter datiert den Eintritt der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % mit der Diagnosestellung der Rücken- und Hüftproblematik Anfang 2016 (IV-act. 201-87). Aus Sicht der übrigen Gutachter hat retrospektiv nie eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (internistisch: IV-act. 201-47; kardiologisch: IV-act. 201-57). Dass aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht auch rückwirkend keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit bestand, ergibt sich aus der Begründung, wonach die attestierten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten nicht auf sie rechtfertigenden Befunden beruht hätten (vgl. E. 3.2). Mit dem RAD (Stellungnahme vom 19. Juni 2018, IV-act. 202) ist daher seit 1. Januar 2016 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

## 4.

**4.1.** Der Beschwerdeführer war vom 10. Juli 2000 bis zum 30. September 2012 in der Planung, Disposition und AVOR Webereivorbereitung bei der M.\_\_\_\_ AG und der N.\_\_\_\_ AG tätig, die diesen Bereich von der M.\_\_\_\_ AG übernommen hatte. Er wurde zunächst Leiter Auftragsplanung und Steuerung Versorgungszentrum und später Head of production planning in der Abteilung Planung, Disposition und AVOR Webereivorbereitung. Die Stelle war ihm wegen Verlagerung des



Produktionsstandortes gekündigt worden (Arbeitszeugnis N.\_\_\_\_ AG vom 8. Oktober 2012, IV-act. 161-5 f.; Angaben N.\_\_\_\_ AG vom 17. September 2010, IV-act. 85). Vom 1. Juli 2013 bis 30. September 2014 war er als technischer Einkäufer für die J.\_\_\_\_ AG L.\_\_\_\_ tätig. Dieser Arbeitsplatz wurde ihm wegen persönlicher Probleme mit einer Mitarbeiterin gekündigt (Angaben Arbeitgeberin vom 11. Mai 2016, IV-act. 126-2 ff.). Zuletzt arbeitete der Beschwerdeführer als Bürokaufmann bei der K.\_\_\_\_ AG. Dieses Arbeitsverhältnis verlor er krankheitsbedingt (undatierte Angaben der Arbeitgeberin, IV-act. 124-3 ff.).

**4.2.** Für die Bemessung des Valideneinkommens ist auf das bei der M.\_\_\_\_ AG bzw. bei der N.\_\_\_\_ AG erzielte Einkommen abzustellen. Das im Auszug aus dem individuellen Konto (IK) verzeichnete Einkommen des Jahres 2009 von Fr. 91'260.-- (IV-act. 119-1; vgl. auch Angaben der Arbeitgeberin vom 17. September 2010, IV-act. 85) beläuft sich unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2016 auf Fr. 95'622.-- (Bundesamt für Statistik [BFS], T 39, Entwicklung der Nominallöhne; Indices Männer 2009: 2136, 2016: 2239). Da der Beschwerdeführer die Stelle bei der N.\_\_\_\_ AG nicht zufolge Krankheit, sondern wegen der Produktionsauslagerung verloren hat, aber dieselbe Arbeit an einem anderen Arbeitsplatz weiterhin ausüben könnte, kann das Invalideneinkommen nach dem entsprechenden Tabellenlohn bemessen werden. Gibt man im Lohnrechner Salarium des BFS die entsprechenden Parameter ein, ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 7'305.-- x 12 = Fr. 87'660.--. Bei 70%iger Arbeitsfähigkeit entspricht das Invalideneinkommen ohne Tabellenlohnabzug.

### **4.3.**

**4.3.1.** Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI



2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteile 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1; 8C\_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; je mit Hinweisen). Wurde in einem umfassenden polydisziplinären Gutachten sämtlichen gesundheitsbedingten Einschränkungen Rechnung getragen, kann eine bestehende Polymorbidität keinen (zusätzlichen) Tabellenlohnabzug rechtfertigen, da diese bereits in die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter eingeflossen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C\_437/2015, E. 2.4, und vom 6. Oktober 2016, 8C\_450/2016, E. 5.3.1). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2017. 8C\_805/2016, E. 3.4.2).

**4.3.2.** Aus medizinischer Sicht besteht die 30%ige Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich wegen der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule, der linken Schulter sowie beider Knie- und Hüftgelenke. Es bestehen eine Gewichtslimite von körperfern 5 kg und körpernah 10 kg sowie Einschränkungen in überwiegend im Stehen oder Gehen, kniend oder im Hocksitz auszuführende, mit mehr als gelegentlichem Treppensteigen, Pressen und Stemmen, über der Horizontale auszuführende, kraftvolle Drehbewegungen des rechten Armes erfordernde und in Kälte, Zugluft oder Nässe zu verrichtende Tätigkeiten (IV-act. 201-11, 85). Dieses Zumutbarkeitsprofil geht über dasjenige körperlich leichter Tätigkeiten hinaus. Die koronare Dreifässerkrankung, die peripher-arterielle Verschlusskrankheit, die chronische Pankreatitis und der schädliche Gebrauch von Alkohol wirken sich zwar gemäss den Gutachtern medizinisch-theoretisch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 201-7 f.). Ein möglicher Arbeitgeber wäre in Anbetracht dieser gesundheitlichen Problemfelder kaum bereit, dem Beschwerdeführer einen Lohn zu bezahlen, der der medizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit bzw. dem ihm zumutbaren Arbeitspensum entspricht. Diesbezüglich fällt beim Beschwerdeführer der wenn auch inzwischen drastisch reduzierte Alkoholkonsum (IV-act. 201-9) ins Gewicht. Zudem geht er zwar zügig, aber hinkend



(IV-act. 201-39, 68). Zur Verbesserung der Gehfähigkeit steht ein alloprothetischer Hüftgelenkersatz zur Diskussion (IV-act. 201-88) und es bestehen kardiovaskuläre Risikofaktoren (IV-act. 201-7), was das Risiko künftiger Arbeitsunfähigkeiten erhöht. Diese Faktoren dürften einen potentiellen Arbeitgeber davon abhalten, dem Beschwerdeführer einen Lohn zu bezahlen, der einem 70 %-Pensum entspricht. Dementsprechend rechtfertigt es sich dem Beschwerdeführer einen Tabellenlohnabzug von 10 % zu gewähren. Ein zusätzlicher Teilzeitabzug fällt bei ganztägiger Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit vorliegend nicht in Betracht (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2017, 8C\_148/2017, E. 6.2.2). Damit beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 55'226.-- (0,9 x Fr. 61'362.--). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 95'622.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 42,2 % ([Fr. 95'622.-- - Fr. 55'226.--]: Fr. 95'622.--). Damit hat der Beschwerdeführer ab 1. September 2016 (vgl. E. 1) Anspruch auf eine Viertelsrente.

### 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 25. September 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführer hat ab 1. September 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**5.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

**5.3.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der



Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxisgemäss Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 25. September 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. September 2016 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.