



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 24. März 2022 (720 21 241 / 60)**

---

**Invalidenversicherung**

**Invalidenrente: Rechtsgenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts, Beweiskraft des eingeholten polydisziplinären Gutachtens**

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 2102, 4002 Basel

gegen

**IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1969 geborene A.\_\_\_\_ erlitt am 28. Februar 2003 bei einem Sturz eine Fraktur des rechten oberen Sprunggelenks (OSG), welche in der Folge mit verschiedenen operativen und konservativen Massnahmen behandelt wurde. Am 28. Januar 2014 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf seine Beschwerden am rechten Fuss und anhaltenden Schmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte anschliessend die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse

ab. Beim Versicherten wurde während des laufenden IV-Verfahrens ein Urothelkarzinom der Blase (Oktober 2017, Operation des Rezidivs im Jahr 2018) sowie eine Kardiomyopathie unklarer Ätiologie (September 2019) diagnostiziert. Seit 2009 leidet der Versicherte ausserdem an einem Diabetes mellitus. Nach Einholung eines interdisziplinären Gutachtens in den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Kardiologie, Neurologie sowie Orthopädie/Traumatologie bei der Swiss Medical Assessment- and Business-Center AG (SMAB) sprach die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 6. August 2021 für die Zeit vom 1. August 2014 bis 31. August 2015 eine ganze, vom 1. September 2015 bis 31. Oktober 2015 eine Dreiviertels-, vom 1. August 2019 bis 30. November 2019 wiederum eine ganze, vom 1. Dezember 2019 bis 31. Dezember 2019 eine Dreiviertels- und vom 1. Januar 2020 bis 31. Januar 2020 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu. Ab 1. Februar 2020 bestehe bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 33% kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 22. August 2021 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung auch für die Zeit ab 1. Februar 2020 die gesetzliche Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei zur Klärung des medizinischen Sachverhalts ein Gerichtsgutachten einzuholen, subeventualiter sei die Angelegenheit zur gutachterlichen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass das Gutachten der SMAB nicht beweistauglich und der rechtserhebliche Sachverhalt unvollständig abgeklärt sei. So sei die im Gutachten aus kardiologischer Sicht festgehaltene Arbeitsfähigkeit insbesondere auch in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Lagerist nicht nachvollziehbar. Die Diabeteserkrankung des Beschwerdeführers sei wie auch die chronische Schmerzstörung nicht genügend berücksichtigt worden. Ferner äussere sich das Gutachten bloss ungenügend zum Profil einer Verweistätigkeit. Ausserdem sei der von der IV-Stelle gewährte leidensbedingte Abzug von 5% zu niedrig angesetzt worden.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 17. September 2021 unter Hinweis auf die Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. August 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Nachdem das Kantonsgericht die den Beschwerdeführer betreffenden Akten des Unfallversicherers beigezogen hat, überwies es den Fall mit Verfügung vom 19. Oktober 2021 dem Gericht zur Beurteilung.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die

Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 22. August 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/202, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2018, 9C\_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

5. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

5.1 Mit Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 1. Dezember 2015 diagnostizierte der behandelnde Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Trimalleolarluxationsfraktur am 28. Februar 2003, ein Status nach Primärarthrodese OSG rechts am 5. September 2013 wegen posttraumatischer Arthrose sowie einen Status nach Re-Arthrodese OSG rechts am 16. Dezember 2014. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Diabetes mellitus (Erstdiagnose 2009), eine arterielle Hypertonie (Erstdiagnose 2009) sowie ein Nikotinabusus zu diagnostizieren. Es bestehe eine Schwellung sowie

eine schmerzhaftige Bewegungseinschränkung des Sprunggelenks. Eine den Fuss belastende Tätigkeit mit häufigem Gehen, Stehen oder der Einnahme von Zwangshaltungen sowie mit längerem Sitzen und dem Besteigen von Leitern oder Treppen sei nicht möglich. Der Patient sei zu 100% arbeitsunfähig.

5.2 Gemäss Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_\_ seien folgende Diagnosen zu stellen: (1) ein Unfall am 28. Februar 2003 mit Sturz in einen Belichtungsschacht mit Verletzung des rechten oberen Sprunggelenks und anschliessend verschiedenen operativen und konservativen Therapien, zuletzt am 16. Dezember 2014 eine Metallentfernung und Re-Arthrodese sowie am 1. Dezember 2015 eine Infiltration des Nervus peroneus superficialis; (2) eine Hyperlipidämie; (3) ein Diabetes mellitus; (4) eine arterielle Hypertonie; (5) eine Adipositas Grad I; (6) ein Nikotinabusus sowie (7) eine erektile Dysfunktion. Bei Austritt nach dem Aufenthalt vom 29. März 2016 bis 19. April 2016 bestanden belastungs- und bewegungsabhängig zunehmende Schmerzen am rechten OSG und Fuss bis zum Knie rechts, eine reduzierte aktive und passive Beweglichkeit des OSG rechts, eine reduzierte Kraft im rechten Bein und Fuss, eine Schwellneigung im Vorfuss und OSG rechts, eine Hypästhesie am gesamten rechten Bein und eine Pallhypästhesie an beiden unteren Extremitäten sowie eine erhebliche Symptomausweitung. Das orthopädische Konsilium der Klinik am 30. März 2016 habe ergeben, dass die Arthrodese zwar noch nicht vollständig konsolidiert, jedoch belastungsstabil sei. Die Beschwerden des Patienten könnten dadurch nicht ausreichend erklärt werden. Im Rahmen der Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerdesymptomatik des Patienten erreicht werden können. Empfohlen werde eine neurologische Abklärung im Hinblick auf eine diabetische Polyneuropathie. Die angestammte Tätigkeit als Lagerangestellter sei aufgrund der Anforderungen (mittelschwere, gehend-stehende Tätigkeit, Fahren sowie Ersteigen des Staplers) nicht zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne längeres Gehen oder Stehen am Stück (mehr als 30 Minuten), ohne Zwangshaltungen, ohne Tätigkeiten, welche die volle Beweglichkeit des OSG fordern, ohne Treppensteigen, Ersteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Gehen auf unebenem Boden sei der Patient zu 100% arbeitsfähig.

5.3 Mit Bericht vom 16. September 2019 diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Kardiologie sowie Allgemeine Innere Medizin, eine Kardiopathie unklarer Ätiologie mit mittelschwer eingeschränkter Pumpfunktion (40%), differenzialdiagnostisch hypertensiv, mit geringer Koronarsklerose; eine erektile Dysfunktion; ein Urothelkarzinom der Harnblase (Erstdiagnose im Oktober 2017) bei Status nach TUR-Blase bei Rezidiv im August 2018, Status nach etagerter TUR-Prostata ohne Malignitätsnachweis im Februar 2018 sowie Status nach Dilation Meatus urethrae externus, Farmorubicin-Frühinstallation im Januar 2019; ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2; einen Verdacht auf Morbus Crohn (Erstdiagnose Juli 2017); ein chronisches Schmerzsyndrom nach Re-Arthrodese des rechten OSG im Dezember 2014 bei Status nach Trimalleolarluxationsfraktur am 28. Februar 2003 sowie Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung im Mai 2019 und einen Status nach Pankreatitis im Jahr 2015.

5.4 Dr. B.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Verlaufsbericht zuhanden der IV-Stelle vom 14. Oktober 2019 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) ein chronisches

Schmerzsyndrom nach Re-Arthrodese am OSG rechts; (2) ein Status nach Trimalleolarluxationsfraktur am 28. Februar 2003 mit posttraumatischer Arthrose; (3) ein insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2; (4) ein Verdacht auf eine periphere diabetische Polyneuropathie; (5) ein Verdacht auf eine Periarthropathia coxae links; (6) ein Verdacht auf eine Tendovaginitisstenosans De Quervain links; (7) ein Verdacht auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK); (8) eine Allodynie, Dysthäsien über dem rechten OSG und Fuss sowie (9) eine Kardiopathie unklarer Ursache mit mittelschwer eingeschränkter Pumpfunktion. Ausserdem seien eine Hyperlipidämie, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie mit metabolischem Syndrom, ein Nikotinabusus, eine PAVK Stadium I beidseits, ein Status nach funktioneller Septorhinoplastik sowie Conchotomie der unteren Nasenwurzel beidseits im Mai 2005 und ein Verdacht auf einen Morbus Crohn zu diagnostizieren, wobei diese Erkrankungen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Der Patient sei zu 100% arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich, die Prognose sei betreffend die Situation am rechten Fuss und die Kardiopathie ungünstig. Beim Patienten käme höchstens eine leichte Teilzeitarbeit im Sitzen mit der Möglichkeit, zwischenzeitlich zu gehen, in Frage. Möglich seien leichte manuelle Tätigkeiten am Tisch. Treppensteigen, längeres Gehen und Stehen seien sicher nicht möglich. Bei längerem Sitzen käme es zu Fuss- und Hüftbeschwerden.

5.5 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens beauftragte die IV-Stelle am 10. Februar 2020 die SMAB mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten. Mit Gutachten vom 7. September 2020 diagnostizierten die involvierten Fachärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kardiomyopathie unklarer Ätiologie mit mittelschwer eingeschränkter Pumpfunktion (40%). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: (1) eine knöchern konsolidierte Arthrodese des rechten oberen Sprunggelenks bei Status nach Anlage eines Rahmenfixateurs am 28. Februar 2003, Status nach Entfernung des Fixateurs externe mit offener Reposition sowie Stellschrauben-Osteosynthese der Fibula und Tibia am 6. März 2003, Status nach Entfernung der fibulotibialen Syndesmosen-Stellschraube des rechten Sprunggelenks am 6. Mai 2003, Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung am rechten Sprunggelenk am 10. September 2003, Status nach Arthrodese des rechten Sprunggelenks am 5. September 2013, Status nach Metallentfernung mit Débridement, Spongiosaplastik mit Beckenkammpongiosa sowie Re-Arthrodese des rechten Sprunggelenks am 16. Dezember 2014 und Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung am rechten Sprunggelenk sowie Re-Arthrodese des rechten Talushalses am 16. Mai 2019; (2) ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 mit leichter distal-symmetrisch sensibler Polyneuropathie; (3) eine gemischte Hyperlipoproteinämie; (4) eine Adipositas (BMI 32,6 kg/m<sup>2</sup>); (5) ein Verdacht auf nicht-alkoholische Fettlebererkrankung; (6) eine arterielle Hypertonie; (7) eine geringe Koronarsklerose; (8) eine Urothelkarzinom der Harnblase bei Status nach mehrfachen transurethralen Blasenoperationen sowie (9) psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54).

Im federführenden internistischen Teilgutachten wird ausgeführt, dass der Explorand spontan in erster Linie über die Beschwerden am rechten Bein klage, darüber hinaus über Herzbeschwerden und damit zusammenhängend eine erhöhte Ermüdbarkeit. Internistisch stehe neben der Kardiomyopathie der insulinpflichtige Diabetes mellitus Typ 2 im Vordergrund. Dadurch ergäben sich

gewisse Einschnitte in der Lebensführung durch den Therapieaufwand mit Blutzuckerselbstmessungen und Insulininjektionen. Aus diesem Grund seien dem Exploranden Schichtarbeiten, insbesondere Nachtschichten, nicht zumutbar. Aufgrund potentieller Blutzuckerschwankungen seien auch Tätigkeiten, die den Umgang mit Gefahrenstoffen beinhalten, Arbeiten mit Absturzgefahr und ähnlichem, Tätigkeiten mit Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere sowie Arbeiten an gefährlichen Arbeitsplätzen zu vermeiden. Aus den weiteren internistischen Diagnosen ergäben sich keine funktionellen Einschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus internistischer Sicht weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt.

Gemäss Ausführungen des begutachtenden Psychiaters sei in Übereinstimmung mit der Ärzteschaft der Rehaklinik C. \_\_\_\_ davon auszugehen, dass hinsichtlich des chronischen Schmerzverlaufs eine psychische Komponente vorliege. Psychogener Hintergrund seien am ehesten die persönlichkeitsbedingte Leistungsorientierung des Exploranden sowie die unzureichende Integration des erlittenen Unfalls und der sich daraus ergebenden Veränderungen in beruflicher Hinsicht einschliesslich einer sich verschlechternden finanziellen Situation in das eigene Selbstbild. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege indessen nicht vor, da die Diagnose einer solchen unter anderem voraussetze, dass Entstehung und Verlauf der Schmerzsymptomatik hauptsächlich auf emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme zurückzuführen seien, was vorliegend nicht der Fall sei. Am ehesten entspreche die psychogene Schmerzüberlagerung des Exploranden der Diagnose von psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54). In Bezug auf das Belastungsprofil einer angepassten Arbeit seien emotional belastende Tätigkeiten zu vermeiden. Es liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

Im Rahmen der kardiologischen Begutachtung berichtete der Explorand über eine seit ca. Anfang 2019 bestehende Herzschwäche mit Belastungsdyspnoe. Die anamnestischen Schilderungen des Exploranden seien mit dem erhobenen kardiologischen Befund und der klinischen Untersuchung durchaus vereinbar. Beim Versicherten bestehe eine Herzinsuffizienz aufgrund einer Kardiomyopathie unklarer Ätiologie mit mittelgradiger Einschränkung der Pumpfunktion. Daraus ergäben sich Funktionseinschränkungen bei grösseren Belastungen, vor allem beim Bergaufgehen, Treppensteigen und ähnlichem. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Leistungseinschränkung von 30% aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs und der mangelnden Belastungsfähigkeit. Ausserdem sei das Tragen und Heben von Gewichten von mehr als 15 kg nicht möglich. In einer optimal angepassten Tätigkeit mit geringer körperlicher Belastung, ohne vermehrtes Treppensteigen und ohne Tragen von Gewichten von mehr als 15 kg sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Eine Optimierung der Herzinsuffizienztherapie sei möglich und durchaus sinnvoll. Ferner sei auch regelmässige leichte körperliche Bewegung zu empfehlen sowie eventuell ein kardiologischer Rehabilitationsaufenthalt und regelmässige kardiologische Kontrollen. Dadurch sei eine leichte Besserung der kardiologischen Situation möglich. Eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei allerdings eher unwahrscheinlich.

Aus neurologischer Sicht wird im entsprechenden Teilgutachten festgehalten, dass der klinische Untersuchungsbefund für das Vorliegen einer sehr leichtgradigen diabetisch distal-sensiblen Polyneuropathie spreche. Hinweise auf eine Nervenwurzelaffektion hätten sich nicht ergeben. Es

bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe permanenter und intensiver Rückenschmerzen durch den Exploranden und dem Fehlen jeglicher Nervendehnungszeichen oder radikulärer neurologischer Ausfälle. Weder in der neurologischen Begutachtung noch aus den vorhandenen medizinischen Akten hätten sich Anhaltspunkte für das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben.

Dem orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Explorand Schmerzen in beiden Beinen und im Rücken angebe. Anlässlich der Untersuchung habe sich eine frei bewegliche Lendenwirbelsäule mit harmonischer Lordose gezeigt. Über den Dornfortsätzen LWK 4 bis SWK 1 sowie den Facettengelenken LWK 3 bis SWK 1 seien beidseits Klopf- und Druckdolenzen angegeben worden. Hinweise auf eine Reizung der lumbalen Nervenwurzeln würden bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralen Muskelhartspann sowie beidseits negativen Zeichen nach Lasègue und Bragard nicht bestehen. Beide Iliosakralgelenke seien reizlos. Bei der Untersuchung der reizlosen und trotz mässigem muskulären Gegenspannen frei beweglichen Hüftgelenke seien Schmerzen im Bereich des gleichseitigen distalen dorsolateralen Oberschenkels und des Kniegelenks, rechts stärker als links, angegeben worden. Bei der Untersuchung der beiden frei beweglichen und stabilen Kniegelenke seien bloss fragliche, sehr unspezifische Schmerzangaben beim Andrücken und Verschieben der Patella erfolgt. Bei der Untersuchung des rechten Knies sei es zu einem massiven Gegenspannen gekommen. Im Bereich des reizlosen rechten oberen Sprunggelenks bestehe klinisch eine Arthrodese in Neutral-0-Stellung. Nachdem im September 2019 radiologisch eine weitgehende knöcherne Durchbauung bei regelrechter Lage des intakten Osteosynthesematerials beschrieben worden sei, bestehe in den aktuellen Röntgenaufnahmen des rechten OSG vom 4. Juni 2020 eine vollständige Arthrodese. Bei der gutachterlichen Untersuchung seien ubiquitäre Druckschmerzangaben über dem rechten Rückfuss und über der reizlosen rechten Achillessehne erfolgt. Klinisch bestehe hierfür kein entsprechendes pathologisches Korrelat. Bei knöcherner Konsolidierung der Arthrodese bestehe eine volle Belastbarkeit des rechten Sprunggelenks. Die an der Untersuchung gezeigten Einschränkungen bei der Hocke und beim Zehenspitzen- und Fersenstand rechts seien nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar seien hingegen die angegebenen, vom rechten Sprunggelenk bis ins rechte Iliosakralgelenk ausstrahlenden Schmerzen. Entgegen den vorhandenen medizinischen Akten sei bei einem komplikationslosen postoperativen Verlauf und ungestörter Knochenheilung drei Monate nach der letzten Operation, also ab Mitte August 2019, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit monatlich 25%iger Steigerung auszugehen. Ab Mitte Oktober 2019 werde das Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit eingeschätzt. Dem Exploranden seien seither sämtliche seinem Alter und Kenntnisstand entsprechende Tätigkeiten möglich, ausser Arbeiten im Knien und Hocken.

Zusammenfassend wird im Rahmen der Konsensbeurteilung der involvierten Fachärzte folgendes Belastungsprofil definiert: Dem Versicherten seien sämtliche Arbeiten seinem Alter und Kenntnisstand entsprechend möglich mit Ausnahme von Arbeiten im Knien und Hocken sowie mit Tragen und Heben von Gewichten über 15 kg. Nicht geeignet seien überdies Schichtarbeiten, insbesondere Nachtschichtarbeit, sowie Tätigkeiten im Umgang mit Gefahrenstoffen, Arbeiten mit Absturzgefahr oder ähnlichem, Tätigkeiten mit Überwachungsfunktionen mit besonderer Ver-

antwortung für andere sowie Arbeiten an gefährlichen Arbeitsplätzen. Emotional belastende Tätigkeiten seien zu vermeiden. Betreffend die angestammte Tätigkeit als Lagerist resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 70%. Zum Verlauf wird ausgeführt, dass vom 25. August 2013 bis Ende Mai 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Juni 2015 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% mit monatlicher 25%iger Steigerung auszugehen. Ab August 2015 sei der Explorand bei knöchern konsolidierter Arthrodesen am OSG vollständig arbeitsfähig gewesen. Ab Anfang 2019 sei aufgrund der kardialen Erkrankung eine 70% Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen, wobei vom 16. Mai 2019 bis Mitte August nach der Operation am rechten Fuss erneut eine vorübergehende 100% Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Mitte August 2019 gelte die postulierte Arbeitsfähigkeit von 70%. In einer Verweistätigkeit wird ebenfalls vom 25. August 2013 bis Ende Mai 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgehalten, mit Steigerung ab Juni 2015 bis August 2015 von einer 50%igen zu einer 100%igen Arbeitsfähigkeit. Ab 16. Mai 2019 sei der Explorand drei Monate postoperativ vollständig arbeitsunfähig gewesen, wobei die Arbeitsfähigkeit anschliessend von Mitte August bis Mitte Oktober schrittweise mit monatlich 25% habe gesteigert werden können. Seit Mitte Oktober 2019 sei der Explorand in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig.

5.6 Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Endokrinologie und Diabetologie sowie Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 19. März 2019 zuhanden der IV-Stelle aus, dass von diabetologischer Seite bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Beim Patienten bestehe aus fachärztlicher Sicht seit 2009 ein Diabetes mellitus im Rahmen eines metabolischen Syndroms mit Adipositas, arterieller Hypertonie und Hyperlipidämie, in der Vergangenheit mit einer schlechten Blutzuckereinstellung, was im Verlauf bereits zu Spätkomplikationen in der Form einer diabetischen Polyneuropathie mit Schmerzen und Beeinträchtigungen der Mobilität geführt habe. Aktuell zeige sich eine Verbesserung des Blutzuckerwertes, allerdings liege keine stabile Situation vor. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien neben dem Diabetes mellitus eine depressive Verstimmung bei psychosozialer Belastungssituation, ein chronisches Schmerzsyndrom nach mehreren Arthrodesen am rechten OSG, eine Kardiopathie sowie ein Verdacht auf Morbus Crohn festzuhalten. Aus rein diabetologischer Sicht sei bei einer Arbeit mit regelmässigen Pausen und ohne Notwendigkeit von Heben oder Ziehen von schweren Lasten eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Umfang von ca. vier Stunden täglich denkbar.

5.7 Mit Bericht an die IV-Stelle vom 12. März 2021 führte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Urologie, aus, dass aus urologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne und keine Funktionseinschränkungen bestünden. Es liege ein hervorragender Verlauf nach der Vorgeschichte mit Karzinom vor.

5.8 In seiner Stellungnahme vom 25. März 2021 kam der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, zum Schluss, dass an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten der SMAB vom 7. September 2020 festgehalten werden könne. Die von Dr. E.\_\_\_\_ attestierte Teilarbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. In Bezug auf die Kritik des Versicherten, dass die angestammte Tätigkeit aus kardiologischer Sicht als zu leicht eingeschätzt wurde, sei festzustellen, dass angepasste Tätigkeiten in jedem Falle zumutbar seien.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit in der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2022 vollumfänglich auf die Ergebnisse im polydisziplinären Gutachten der SMAB vom 7. September 2020. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer nach Phasen von schwankenden Arbeitsunfähigkeiten (Arbeitsfähigkeit: 0% vom 25. August 2013 bis 31. Mai 2015, 50% vom 1. Juni 2015 bis 31. Juli 2015, 100% vom 1. August 2015 bis 15. Mai 2019, 0% vom 16. Mai 2019 bis 15. August 2019, 50% vom 16. August 2019 bis 15. September 2019, 75% vom 16. September 2019 bis 14. Oktober 2019) ab 15. Oktober 2019 eine angepasste Tätigkeit ohne Arbeiten im Knien und Hocken, ohne Tragen und Heben von Gewichten über 15 kg, ohne Schichtarbeit, insbesondere Nachtschichtarbeit, sowie ohne Arbeiten mit Gefahrenstoffen, Absturzgefahr oder ähnlichem, ohne Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere sowie ohne Tätigkeit an gefährlichen oder emotional belastenden Arbeitsplätzen vollschichtig zumutbar seien.

6.2 Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten vom 7. September 2020 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten weder formale noch inhaltliche Mängel aufweist, für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis sämtlicher Vorakten erstellt worden ist und sich mit den vorhandenen medizinischen Beurteilungen auseinandersetzt. Insbesondere leuchtet es auch in der Darlegung und Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und die entsprechenden Schlussfolgerungen der Gutachter in Bezug auf den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sind aktuell und auch in Bezug auf den Verlauf begründet.

6.3 Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

6.3.1 Er bringt zunächst vor, dass das kardiologische Teilgutachten die Arbeit in der angestammten Tätigkeit zu Unrecht weiterhin als zu 70% zumutbar erachte. Vielmehr sei der vermehrte Pausenbedarf zusätzlich im Umfang zu 30% zur 70%igen Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Ausserdem sei notorisch, dass Lagerarbeiter regelmässig und repetitiv höhere Gewichte als 15 kg tragen und heben müssen. Dies werde auch vom früheren Arbeitgeber bestätigt. Die angestammte Tätigkeit sei deshalb als nicht mehr zumutbar zu erachten und das Gutachten erweise sich diesbezüglich als mangelhaft. Dieser Kritik des Beschwerdeführers ist einerseits zu entgegnen, dass die zumutbare Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit für die Bemessung der Invalidität vorliegend nicht von Bedeutung ist. Ferner gab der frühere Arbeitgeber zwar an, dass die Arbeit als Lagerarbeiter bis zu drei Stunden täglich das Heben von Gewichten von 10 bis 25 kg umfasse. Die Arbeit wird jedoch letztlich als mittelschwer bezeichnet. Auch der Beschwerdeführer gab anlässlich der neurologischen Begutachtung an, dass das Heben und Tra-

gen von mittelschweren Lasten «manchmal» notwendig gewesen sei bei der Arbeit als Lagerarbeiter. Letztlich ist damit die Annahme einer Teilarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht widersprüchlich und vermag die Ergebnisse der kardiologischen Begutachtung nicht grundsätzlich in Frage zu stellen. Ausserdem äussert sich das Gutachten entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers klar dahingehend, dass sich die 30%ige Leistungseinschränkung, aus welcher die 70%ige Arbeitsfähigkeit resultiert, aus dem vermehrten Pausenbedarf resultiert. Die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers geht damit fehl.

6.3.2 Der Beschwerdeführer moniert des Weiteren, dass seine Diabeteserkrankung gutachterlich bzw. fachärztlich nicht abgeklärt worden sei. Obwohl der begutachtende Kardiologe auch einen Facharzttitel als Endokrinologe/Diabetologe vorweise, habe er sich nicht zu den entsprechenden Einschränkungen – welche gemäss Einschätzung der behandelnden Ärzte zu einer Arbeitsfähigkeit von bloss 4 Stunden täglich führe – geäussert. Selbst der RAD der Beschwerdegegnerin gehe von Blutzuckerschwankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die diabetologische Problematik wurde im Gutachten der SMAB einerseits vom internistischen, andererseits vom neurologischen Gutachter explizit behandelt und im Rahmen der Konsensbeurteilung auch dem kardiologischen und endokrinologischen Fachgutachter unterbreitet. Der Internist stellte aufgrund der Diabeteserkrankung verschiedene qualitative Einschränkungen fest, die sich auf eine angepasste Verweistätigkeit auswirken. Namentlich sind Schichtarbeit, insbesondere Nachtschichtarbeit, sowie Arbeiten, bei denen Blutzuckerschwankungen zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung führen würden, nicht zumutbar. Der Internist hielt jedoch auch fest, dass der Diabetes nicht befriedigend eingestellt sei. Auch die behandelnde Diabetologin Dr. E.\_\_\_\_\_ weist in ihrem Bericht vom 19. März 2019 darauf hin, dass der Blutzucker in der Vergangenheit schlecht eingestellt gewesen und noch nicht stabil sei. Mit der Beschwerdegegnerin ist überdies festzustellen, dass die von Dr. E.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von über 50% aus diabetologischer Sicht weder begründet noch nachvollziehbar ist. Aufgrund der von ihr definierten qualitativen Einschränkungen, namentlich der Angabe einer Gewichtslimite, ist vielmehr davon auszugehen, dass die Diabetologin die weiteren gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers in ihre Beurteilung hat miteinfließen lassen. Aus diabetologischer Sicht erscheint eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Akten nicht nachvollziehbar, zumal der neurologische Fachgutachter von einer sehr leichtgradigen diabetischen distal-sensiblen Polyneuropathie ausgeht.

6.3.3 Ferner kritisiert der Beschwerdeführer, dass die Gutachter in Bezug auf die chronischen Schmerzen am rechten Fuss anders als die behandelnden Ärzte die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt haben. Im psychiatrischen Teilgutachten wird ausführlich erläutert, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist für diese Diagnose die Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen von grosser Bedeutung, da ihnen gemäss ICD-10 die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Der begutachtende Psychiater hat ferner festgestellt, dass der Spiegel des verschriebenen schmerzmodulierenden Medikamentes im praktisch nicht messbaren Bereich liege. Festzustellen ist mit dem orthopädischen Fachgutachter darüber hinaus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der angegebenen Schmerzen weder in orthopädischer

noch neurologischer Behandlung ist. Die Diagnosestellung im psychiatrischen Teilgutachten erscheint somit lege artis erfolgt zu sein und ist folglich nicht zu beanstanden.

6.3.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass sich das Gutachten nicht umfassend zum Profil einer Verweistätigkeit äussert, ist ihm entgegenzuhalten, dass die aus den verschiedenen Disziplinen resultierenden Einschränkungen vollständig in das Verweisprofil eingeflossen sind. Es wird detailliert dargelegt, welche Arbeiten dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sind und welche qualitativen Anforderungen eine angepasste Tätigkeit erfüllen muss. Die Rüge des Beschwerdeführers, die überdies nicht weiter begründet wird, geht ins Leere.

6.4 Nach dem Ausgeführten steht fest, dass das Gutachten der SMAB vom 7. September 2020 somit in jeder Hinsicht die durch die bundesgerichtliche Rechtsprechung formulierten Anforderungen an beweistaugliche Berichte erfüllt, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf abstellen durfte. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen – wie hier – eine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und den Einschränkungen im Erwerbsbereich zu, so kann auf die von ihm eventualiter respektive subeventualiter beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens bzw. Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Es ist folglich davon ausgehen, dass dem Beschwerdeführer ab 15. Oktober 2019 eine leidensangepasste Tätigkeit ohne Arbeiten im Knien und Hocken, ohne Tragen und Heben von Gewichten über 15 kg, ohne Schichtarbeit, insbesondere Nachtschichten, sowie ohne Arbeiten mit Gefahrenstoffen, Absturzgefahr oder ähnlichem, ohne Überwachungsfunktionen mit besonderer Verantwortung für andere sowie ohne Tätigkeit an gefährlichen oder emotional belastenden Arbeitsplätzen in einem Pensum von 100% zumutbar ist.

7. Zu prüfen bleibt die Bemessung der Invalidität.

7.1 Wie eingangs ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher unbestritten auf den 1. August 2014 zu liegen kommt. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 6. August 2021 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Für das Valideneinkommen hat sie dabei auf das vom Beschwerdeführer zuletzt erzielte Einkommen als Lagerarbeiter unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung abgestellt. Das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin anhand der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2014 respektive ab 16. August 2019 LSE 2018, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, angepasst an die Nominallohnentwicklung sowie umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit, ermittelt. Zusätzlich hat sie einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 5% für die qualitativen Einschränkungen und gegebenenfalls weiteren 5% für die Teilerwerbsfähigkeit vorgenommen. Der Beschwerdeführer beanstandet – zu

Recht – weder das ermittelte Valideneinkommen noch den ermittelten Grundwert für das Invalideneinkommen. Hingegen sei beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25%, davon vorzunehmen.

7.2 Praxisgemäss kann von dem anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/aa-cc). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näherliegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3).

7.3 Solche Gegebenheiten sind vorliegend nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert vorgebracht. Die Beschwerdegegnerin bringt zutreffend vor, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen grundsätzlich bereits im leidensangepassten Tätigkeitsprofil berücksichtigt seien. Da die weiteren in Frage kommenden Merkmale Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad im vorliegenden Fall gleichsam keine negative Auswirkung auf die Lohnhöhe haben, ist der Entscheid der IV-Stelle, einerseits die weiteren qualitativen Einschränkungen mit 5% und andererseits einen Teilzeitabzug von 5% vorzunehmen, letztlich nicht zu beanstanden, zumal sich auch ein maximal angemessener Abzug von 10% für die qualitativen Einschränkungen nicht rentenbegründend auswirken würde.

7.4 Setzt man im Einkommensvergleich die so korrekt ermittelten Invalideneinkommen dem Valideneinkommen gegenüber, resultiert für den Zeitraum vom 25. August 2014 bis 31. Mai 2015 ein Invaliditätsgrad von 100%, für die Zeit vom 1. Juni 2015 bis 31. Juli 2015 ein solcher von 69%, für die Zeit vom 1. August 2015 bis 15. Mai 2019 ein Invaliditätsgrad von 34%, für die Zeit vom 16. Mai 2019 bis 15. August 2019 ein solcher von 100%, vom 16. August 2019 bis 15. September 2019 ein Invaliditätsgrad von 68%, vom 16. September 2019 bis 14. Oktober 2019 ein solcher von 49% und für die Zeit ab 15. Oktober 2019 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 33%. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. August 2014 bis 31. August 2014 und vom 1. August 2019 bis 30. November 2019 eine ganze Rente, für die Zeit vom 1. September 2014 bis 31. Oktober 2014 und vom 1. Dezember 2019 bis

31. Dezember 2019 eine Dreiviertelsrente sowie für die Zeit vom 1. Januar 2020 bis 31. Januar 2020 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen. Ab 1. Februar 2020 hat sie den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint.

8. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers korrekt ermittelt und namentlich für die Zeit ab 1. Februar 2020 einen solchen zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs.1<sup>bis</sup> IVG sind 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
  3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>