

NW_GERICHTE SV 21 29 vom 4. April 2022

NW Gerichte, 2022-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV 21 29](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_21_29)

FR: NW_GERICHTE SV 21 29 du 4 avril 2022

IT: NW_GERICHTE SV 21 29 del 4 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 15. November 2021, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig für die Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden, welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 GerG i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Er ist somit zur Beschwerde legitimiert. Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen

4■23 der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 lit. a-c IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die

zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 3.3

Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, namentlich auch an Massnahmen beruflicher Art (Art. 15-18 und 18b IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

E. 3.4

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und 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. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Darüber hinaus bilden ärztliche Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für

5■23 die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 3.5

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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 Experten begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b; vgl. auch BGE

135 V 465 E. 4.4 f.). 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil BGer 9C_847/2014 vom 25. März 2015 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen sind insoweit zu berücksichtigen, als nicht auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.7). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil BGer 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3 m.w.H.).

6■23

E. 3.6

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1 m.w.H.) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 15. November 2021 – abstellt, sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs die bis 31. Dezember 2021 gültig gewordenen Bestimmungen anwendbar.

E. 4.1

In der angefochtenen Verfügung führt die IV-Stelle aus, nach Auswertung allfälliger Arbeitsplatzanpassungen durch die Arbeitsplatzabklärperson habe sich der Arbeitgeber des Versicherten sehr offen und kooperativ gezeigt. Es sei geplant gewesen, das Arbeitspensum nach Anpassungen am Arbeitsplatz auf 70-80% zu steigern. Zudem habe der Arbeitgeber in Aussicht gestellt, weitere Tätigkeitsfelder zu prüfen, um dem Versicherten mehr Arbeiten in angepasster Tätigkeit anzubieten. Da der Versicherte aber mitgeteilt habe, sich trotz der in Aussicht gestellten Massnahmen nicht mehr als zu 50% arbeitsfähig zu sehen, hätten die Bemühungen abgebrochen werden müssen. Anlässlich eines Gesprächs sei dem Versicherten zudem eine BEFAS-Abklärung vorgeschlagen worden. Diese habe der Versicherte allerdings als wenig effektiv abgelehnt und um Prüfung des Rentenanspruchs gebeten. Gemäss medizinischen Unterlagen sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Modellbauer zu 50% arbeitsfähig, in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10% aufgrund des Wechsels in eine angepasste Tätigkeit und des Alters ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 18% (gerundet).

E. 4.2

Der Beschwerdeführer erachtet den errechneten Invaliditätsgrad als nicht nachvollziehbar. Er sei in seiner beruflichen Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig. In der Folge sei ihm der Arbeitsvertrag mit dem Einverständnis der IV teilgekündigt worden. Die anderen 50% sei

er nun arbeitslos gemeldet. Somit werde er ungeachtet seiner Situation zur vollständigen Aufnahme der handwerklichen Vollzeittätigkeit bzw. zur höheren Schmerzzufügung mit erhöhtem Unfallrisiko gezwungen. Eine Umschulung oder entsprechend gleichwertige, schulterangepasste Tätigkeit im Umfang von 100% habe ihm die IV nicht vermittelt. Auch beim Arbeitsplatz seien die

7■23 Massnahmen, die zur Verbesserung der momentanen Situation versprochen worden seien, nicht realisiert worden. Die in Aussicht gestellten, tauglichen Massnahmen hätten ohnehin lediglich zur Entlastung der jetzigen 50% Tätigkeit geführt. Die anderen herbeigesuchten Massnahmen hätten in der Realität zu keiner Verbesserung beigetragen. Eine Erhöhung des Pensums durch die unwirksamen Massnahmen sei unrealistisch. Die Eingliederungsverantwortliche habe ihm zudem die Prüfung des Rentenanspruchs und die BEFAS-Abklärung vorgeschlagen. Er habe sich dabei für die Prüfung des Rentenanspruchs und begleitend für die BEFAS-Abklärung entschieden.

E. 5

Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Arbeitsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

E. 5.1

Gemäss Aktenlage leidet der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren an Schmerzen im Bereich der Scapula rechts mit Ausstrahlung in den rechten Arm, ohne vorgängiges Trauma (IV-act. 28/4, 28/14 ff.). Ein Arthro-MRT des rechten Schultergelenks am 10. August 2017 zeigte unauffällige Verhältnisse (IV-act. 28/34). Ein MRI der HWS am 9. Februar 2018 ergab multiple degenerative Veränderungen mit einer foraminalen Einengung im Segment C4/5 bei einer zusätzlichen Diskushernie. Die Wurzel C5 rechts wurde als verlagert beschrieben (IV-act. 28/32 f.). Der Versicherte unterzog sich mehreren Infiltrationen, Physio- und Schmerztherapien, welche jedoch nur zu einer kurzzeitigen Beschwerdelinderung führten (IV-act. 28/14 ff.).

E. 5.2

Am 12. September 2019 wurde beim Versicherten eine Schulterarthroskopie mit Bicepstenotomie, intraartikulärem Débridement, Knorpeldébridement am zentralen Humeruskopf sowie ventraler Acromioplastik und AC-Resektion rechts durchgeführt. Dem entsprechenden Operationsbericht sind die Diagnosen SLAP-Läsion Typ II sowie symptomatische AC-Arthropathie und zentraler Knorpelschaden III° am Humeruskopf rechts zu entnehmen (IV-act. 28/12). Dem Versicherten wurde ab dem 12. September 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 4/1). Da die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter postoperativ trotz Physiotherapien weiter persistierten (IV-act. 4/7 ff.; 24/3 ff.; 28/4 ff.), wurde dem Versicherten ab dem 18. November 2019 jeweils nur eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 4/1).

8■23

E. 5.3

Dr. med. B. __, Chefarzt Orthopädische Chirurgie/Traumatologie im Kantonsspital Z. __, nannte in seinem Sprechstundenbericht vom 17. Februar 2020 folgende Diagnosen (IV-act. 28/10 f.): Beschwerdepersistenz Schulter rechts, dominant, mit/bei – St. n. Schulterarthroskopie, Bicepstenotomie, intraartikulärem Débridement, Knorpeldébridement zentraler Humeruskopf, ventrale Acromioplastik und AC-Resektion rechts am 12.09.2019 –

DD: Verdacht auf Schmerzchronifizierung / zentrale Schmerzmodulation Beim Versicherten bestünden fünf Monate nach dem Eingriff persistierende Beschwerden im Bereich der rechten Schulter, welche einerseits belastungsabhängig während der Arbeit auftreten würden, andererseits auch nachts mit Schlafstörungen. Insgesamt seien die Beschwerden diskret besser als vor der Operation. Der Patient fühle sich aber doch relevant gestört und in seiner Funktion eingeschränkt. Die Schmerzlokalisierung sei diffus, dorsal, lateral und ventral, letztlich auch zentral. Klinisch liege somit eine sehr unklare Situation mit diffusen Schmerzen, einerseits acromioclaviculär, dann glenohumeral, letztlich auch thorakoskapulär vor. Differenzialdiagnostisch sei fünf Monate nach dem Eingriff an ein Low Grade-Infekt zu denken. Wahrscheinlich liege auch eine gewisse Schmerzchronifizierung / zentrale Schmerzmodulation vor. Zwecks Objektivierung der nicht eindeutigen Klinik werde daher eine sequentielle diagnostische Infiltration durchgeführt.

E. 5.4

In seinem Bericht vom 8. Mai 2020 stellte Dr. med. C. __, Facharzt FMH Neurochirurgie, Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, folgende Diagnosen (IV-act. 40/1 f.): Rechts betonte Zervikobrachialgie C5 lastig bei – Foraminale Stenose C5 bei segmentaler Degeneration C5/C6, weniger ausgeprägt C4/C5 – Klinisch-neurologisch weiterhin ohne Defizite Bewegungsabhängiger Schmerz mit lokalem Einschiessen im Bereich der Schulter bei – Status nach SLAP-Läsion zwei mit zentralem Knorpelschaden Grad 3 mit Bizeps-Tenotomie, Débridement und Akromioplastik 9/19 versorgt In der klinischen Untersuchung sei die Sensomotorik intakt. Das Reflexmuster sei symmetrisch und es bestünden keine Auffälligkeiten im Neurostatus. Auch die Hirnnerven seien intakt. In der HWS-Rotation würden keine relevanten Schmerzen angegeben, auch der Spurling-Test bleibe negativ. Der intermittierende Schmerz retro-scapulär lasse sich aktuell nicht auslösen. Je nach Bewegung im Bereich des Armes sei er jedoch einschiessend im ventralen Bereich.

9■23 Auf Vorschlag des Neurochirurgen wurde sodann am 27. Mai 2020 ein MRT der HWS und am 29. Mai 2020 ein Arthro-MRT der Schulter rechts sowie eine Arthrographie des Schultergelenks rechts veranlasst (IV-act. 40/3 ff.).

E. 5.5

Dr. med. C. __ äusserte sich im Bericht vom 4. Juni 2020 zu den durchgeführten MRT-Untersuchungen (IV-act. 40/7 f.). Die HWS-Untersuchung zeige nebst einer ausgeprägten Streckfehlhaltung foraminale Engen C3/C4, C4/C5 und C5/C6 beidseits bzw. rechtsbetont. Somit bestehe bei allen drei Etagen prinzipiell der Verdacht auf eine Mitbeteiligung bei den rechtsseitigen Ausstrahlungen. Die Konfiguration der Ausstrahlung sei nicht sehr radikulopathetisch. Vom Bild her würde am ehesten das Segment C4/C5, sehr eingeschränkt das Segment C3/C4, zur dargestellten Pathologie passen. Diesbezüglich könne eine Operation zwar grundsätzlich diskutiert werden. Momentan sei aber eher eine zervikale PDA oder optimalerweise eine foraminale Injektion auf den genannten Höhen zu favorisieren. Nebenbefundlich sei am Unterpol der Schilddrüse ein Knoten von ca. 5 cm Durchmesser aufgefallen, welcher dringend abklärungsbedürftig sei. Der Neurochirurg schlug diesbezüglich eine Sonografie, gegebenenfalls eine Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Beurteilung vor. In Bezug auf die Schulter ist dem Untersuchungsbericht vom 29. Mai 2020 zu entnehmen (IV-act. 40/5), dass die

lange Bizepssehne im gesamten intraartikulären Verlauf nicht erkennbar sei und sich erst wieder im Sulcus intertubercularis darstelle. Sie sei primär rupturiert, eine Tenodeseschraube sei MR-morphologisch nicht erkennbar. Es liege zudem eine teils gesplittete Subscapularissehne vor, welche wahrscheinlich Folge einer Bizepssehnen-Luxation sei. Gestützt auf die Ergebnisse der MRT-Untersuchung schlug Dr. med. C. ___ für das weitere Vorgehen vor, den Patienten bezüglich der Schilddrüse abzuklären, auf Wunsch zur Infiltration der HWS vorzusehen und zudem auch die Schulter weiter zu evaluieren.

E. 5.6

Gemäss Sprechstundenbericht vom 19. August 2020 von Dr. med. C. ___ (IV-act. 40/9) hat der Versicherte durch die Infiltration (PDA) über die letzten 10-14 Tage keine relevante Verbesserung erfahren. Einschränkend dürfe gesagt werden, dass eine foraminale Enge, welche beim Patienten auf mehreren Etagen vorliege, nicht zwingend auf eine PDA reagieren müsse. Sollten die Beschwerden weiter persistieren und die weiteren Abklärungen keine klare schulterorthopädische Behandlungsoption ergeben, wäre eine Infiltration auf die Nervenwurzel wohl der nächste Schritt.

10 ■ 23

E. 5.7

Die Untersuchung der Schilddrüse ergab gemäss Bericht vom 21. August 2020 (IV-act. 40/11 ff.) eine euthyreote Struma multinodosa linksbetont mit Rachea-Verlagerung nach rechts. In der zytologischen Abklärung mittels Feinnadelpunktion habe nur Blut ohne ausreichende Thyreozyten gewonnen werden können. Der Calcitonin-Wert sei grenzwertig ausgefallen, am ehesten sei es präanalytisch bedingt. Bei einem Knoten von mehr als 4 cm sei mit dem Versicherten die Indikation für eine Thyreoidektomie zur histologischen Sicherung besprochen worden. Zudem sei ein präoperatives Gespräch bei der Leiterin des Schilddrüsenzentrums geplant.

E. 5.8

In seinem Bericht vom 5. Oktober 2020 nannte Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnosen (IV-act. 40/14 f.): – Schmerzhaftes Restbeschwerden und residuelle Belastungsintoleranz Schulter links bei beginnender Omarthrose – St. nach Schulterarthroskopie links mit arthroskopischer AC-Plastik, AC-Gelenksresektion und Knorpeldebridement, fecit Dr. B. ___ 12.09.2019 – Bekannte degenerative HWS-Veränderungen mit Spondylarthrosen, Osteochondrosen und foraminale Enge C4/5 rechtsbetont – Ausgeprägte Adipositas – Haltungsinsuffizienz – Arterielle Hypertonie – Solitärer Schilddrüsenknoten rechts, in Abklärung Der Arzt empfiehlt die Wiederaufnahme einer aktiven Schulterstabilisation und Kräftigung. Zur Verbesserung der Haltungsinsuffizienz solle die aktive Therapie auf das Achsenskelett ausgedehnt werden. Von einer erneuten operativen Massnahme an der Schulter rate er ab. Allenfalls könnten Traktionstherapien für die HWS günstig sein oder auch höhergelegene Facettengelenksinfiltrationen. Im Vordergrund stehe insbesondere die Reintegration in den Arbeitsprozess mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit am bisher gewohnten Arbeitsplatz.

11 ■ 23

E. 5.9

Am 5. November 2020 wurde der Versicherte im Auftrag der Krankenversicherung von Dr. med. E. __, Facharzt FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, begutachtet. Dieser stellte im rheumatologischen Gutachten vom 5. November 2020 folgende Diagnosen (IV-act. 41/8): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Chronische Omalgie rechts mit leichtgradigem Impingementsyndrom – bei Knorpelschaden am Humeruskopf (Arthro-MRI vom 29.05.2020) – Status nach Schulterarthroskopie links mit arthroskopischer AC-Gelenksplastik, AC-Gelenksresektion und Knorpeldébridement 12.09.2019 – Bei Hinweisen auf muskuläre Insuffizienz Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – Chronische venöse Insuffizienz – Anamnestisch arterielle Hypertonie – Adipositas – Hinweise auf muskuläre Insuffizienz In seiner Beurteilung kam der Gutachter zum Schluss, dass dem Versicherten die ange- stammte Tätigkeit als Modellbauer zu 50% möglich und zumutbar sei. Diese Einschätzung basiere auf den Angaben einer schwereren körperlichen Arbeit gemäss dem Arbeitsplatzprofil sowie den Angaben des Versicherten. Für leichtere bis teils mittelschwere Tätigkeiten bestehe hingegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Häufigeres Tragen oder Heben von Lasten über 5-10 kg auf oder über Schulterhöhe seien nicht zumutbar. Gelegentlich sei dies jedoch bis maximal ca. 30 Minuten möglich. Sicherungspositionen von sich selber oder anderen in un- günstigen Stellungen (z.B. auf Leitern oder Gerüsten) seien ebenfalls nicht zumutbar. Weitere Einschränkungen bezüglich Vibration, Temperatur- oder Lärmeinfluss ergäben sich nicht (IV- act. 41/11 f.).

E. 5.10

Dr. med. F. __, Oberärztin Schulter-/Ellbogenchirurgie in der Klinik G. __, hielt in ihrem Bericht vom 8. April 2021 (IV-act. 53) fest, der Patient zeige eine eingeschränkte Funktion der Schul- ter, was vor allem auf Schmerzen zurückzuführen sei. Es handle sich um ein gemischtes Prob- lem. Zum einen bestehe an der Schulter ein deutlicher glenohumeraler Knorpelschaden, wel- cher operativ direkt nicht verbessert werden könne. Hier könnten Infiltrationen mit Steroiden, Hyaluronsäure oder Eigenblut zum Tragen kommen. Zum anderen bestehe immer noch ein

12■23 deutlicher AC-Gelenksschmerz, bei welcher sie nicht ganz sicher sei, ob möglicherweise noch ein gewisser ossärer Kontakt bestehe. Hier könnte diagnostisch und auch therapeutisch eine ultraschallgesteuerte oder röntgengesteuerte direkte AC-Gelenksinfiltration erfolgen, welche aber klar zeitlich von einer glenohumeralen Infiltration zu differenzieren sei. Dies würde eine Information über den Anteil des Schmerzes liefern, der dem AC-Gelenk entstamme. Sollte diese Infiltration die Schmerzen massiv lindern können, jedoch die Wirkung nicht anhaltend sein, wäre dies der einzige Ort, wo mit einer erneuten operativen Intervention, nämlich einer Nachresektion des AC-Gelenks, eine Verbesserung zu erhoffen wäre. Daneben bestehe klar ein Schmerz im Bereich der schulterblattstabilisierenden Muskulatur interskapulär. Diesbezüg- lich werde eine Physiotherapie zur Schulterblattzentrierung und Kräftigung der Rumpfmusku- latur empfohlen. Daneben unbedingt ein Dry-Needling oder gegebenenfalls sogar ein Wet- Needling in diesem Bereich.

E. 5.11

Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. H. __, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht von 19. August 2021 fest, der Versicherte klage über nächtliche Schmerzen, die zum Erwachen führten und die auch regelmässig bei der Arbeit auftreten

würden. Es bestünden Einschränkungen den Arm zu strecken oder auch bei der Tätigkeit den Arm nach hinten zu bewegen. Es träten dann Schmerzen im Schulterblatt aber auch im Gelenkspalt der rechten Schulter auf. Nach Einlegen von Pausen beruhigten sich die Symptome und es trete auch komplette Schmerzfreiheit ein (IV-act. 67/1). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Schulterarthropathie mit persistierender Schmerzsymptomatik medial des Schulterblattes rechts nach Operation am 12. September 2019 (IV-act. 67/2). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gab der Hausarzt an, die bisherige Tätigkeit sei auf 4.5 Stunden limitiert, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei hingegen zu 8.5 Stunden pro Tag möglich. Die Eingliederung setze eine angepasste Tätigkeit voraus. Dies würde dann unter Umständen zu einer vollständigen Arbeitsfähigkeit führen (IV-act. 67/2).

E. 5.12

Der RAD-Arzt Dr. med. I. __, Facharzt Innere Medizin FMH, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, führt in seiner Stellungnahme vom 27. September 2021 folgende Diagnosen auf (IV-act. 70):

13■23 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – Schulter rechts (dominant) - SLAP-Läsion Typ II, symptomatische AC-Arthropathie und zentraler Knorpelschaden III° Humeruskopf • 12.09.2019: Schulterarthroskopie, Bicepstenotomie, intraartikuläres Débridement, Knorpeldébridement zentraler Humeruskopf, ventrale Acromioplastik und AC-Resektion rechts - Postoperativ persistierende Restbeschwerden mit leichtgradigem Impingementsyndrom und Belastungsintoleranz bei beg. Omarthrose – Multisegmentale, fortgeschrittene, degenerative HWS-Veränderungen mit foraminaler Enge C4/5 - Klinisch neurologisch ohne Defizite Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – Art. Hypertonie – Varikosis bds – Struma multinodosa li-betont - Euthyreote Stoffwechsellage – Adipositas – St. n. Verschluss PFO 11/2002 – St. n. TIA 2001 – St. n. CVI posterior rechts 1994 Aus medizinischer Sicht sei ein Gesundheitsschaden im Sinne der IV mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Modellbauer ausgewiesen. In der Tätigkeit als Modellbauer bestehe seit 12. September 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und ab 18. November 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. In einer der degenerativen Schulter- und HWS-Problematik angepassten, körperlich leichten (gelegentlich mittelschweren) idealerweise wechselbelastenden Tätigkeit ohne Hebe-, Trag-, Zieh-, Stossbelastungen über 5-10 kg (ausnahmsweise 15 kg), ohne Arbeiten über der Schulterebene und/oder am langen Hebelarm rechtsseitig und ohne Schläge/Vibrationen auf die rechte Schulter und die HWS könne hingegen bereits deutlich vor Ablauf des Wartejahres mit einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

E. 6.1

Die IV-Stelle stützt die angefochtene Verfügung vom 15. November 2021 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E. __ vom 5. November 2020 und kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer aufgrund des ausgewiesenen Gesundheitsschadens in der angestammten Tätigkeit als Modellbauer ab 18. November

14■23 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehe. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 70; vgl. auch IV-act. 57/3 f.).

E. 6.2

Der RAD-Arzt erstellte seinen Bericht in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden des Versicherten. Seine Einschätzung steht darüber hinaus im Einklang mit der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters Dr. med. E. __ sowie jener des Hausarztes des Versicherten Dr. med. H. __, welche beide ebenfalls von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgehen. Nach Prüfung der medizinischen Aktenlage sind dem- nach keine Gründe ersichtlich, welche auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des RAD-Arztes zu wecken vermögen. Solche werden denn auch vom Beschwerdeführer nicht substantiiert vorgebracht. Auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des RAD-Arztes kann demnach abgestellt werden.

E. 6.3

Zusammenfassend ist daher gestützt auf die medizinischen Unterlagen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Modellbauer 50% und in einer angepassten Tätigkeit 100% beträgt.

E. 7

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen.

E. 7.1

Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person voraus. Fehlt es daran, so besteht von vornherein kein Anspruch auf berufliche

15■23 Massnahmen (Urteile BGer 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016; 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1 m.H.).

E. 7.2

Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer mit Grundsatzentscheid vom 4. Juni 2020 Massnahmen zum Arbeitsplatzergänzung als Teil der Arbeitsvermittlung gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. b IVG zugesprochen (IV-act. 35). In der Folge wurde eine Arbeitsplatzabklärung in Auftrag gegeben, mit welcher geklärt werden sollte, ob die Arbeitsplatzabläufe und der Arbeitsplatz des Versicherten noch optimiert werden können, so dass die Arbeitsfähigkeit von 50% im bestehenden Betrieb gesteigert werden könnte (IV-act. 44). Nach Ansicht der Eingliederungsverantwortlichen sei der Erhalt des aktuellen Arbeitsplatzes zentral, da die Chancen des Versicherten auf dem offenen Arbeitsmarkt angesichts dessen Alters, dessen körperlichen Einschränkungen sowie dessen spezifischen Fachwissens stark reduziert seien (IV-act. 43-46; 58/16). Zu berücksichtigen ist des Weiteren, dass der Arbeitgeber des Versicherten stets eine hohe Bereitschaft zeigte, allfällige Massnahmen und Anpassungen

am Arbeitsplatz mitzutragen. So gab der Arbeitgeber anlässlich des Standortgesprächs am 27. Januar 2021 an, dass der Beschwerdeführer ein geschätzter Mitarbeiter mit einem ausserordentlichen Know-how sei und er froh sei, diesem eine Anstellung in angepasster Form anbieten zu können. Er werde zudem intern weitere Tätigkeitsfelder oder Arbeiten in anderen Abteilungen prüfen und klären, ob allenfalls so weitere Stellenprozentage in angepasster Tätigkeit möglich wären (IV-act. 57/7 f.; vgl. auch IV-act. 58/9, 58/13; 58/16; 78). Die Arbeitsplatzabklärung erfolgte alsdann am 12. Februar 2021 durch die Praxis für Ergotherapie und Ergonomie. Deren Bericht enthält mögliche Massnahmen und Empfehlungen, welche die Arbeitsbedingungen des Beschwerdeführers verbessern könnten (IV-act. 47).

E. 7.3

Am 26. Februar 2021 fand das Auswertungsgespräch zur Besprechung der evaluierten Massnahmen und Empfehlungen und deren Durchführbarkeit im Betrieb statt. Anwesend waren der Beschwerdeführer, von Seiten seines Arbeitgebers der Personalchef und der Vorgesetzte, die Arbeitsplatzabklärungsperson sowie die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle (IV-act. 57). Anlässlich dieses Gesprächs gab der Beschwerdeführer an, sich weiterhin – auch mit den besprochenen Anpassungen – nicht höher als 50% arbeitsfähig zu sehen. Dies gelte auch für jegliche andere angepasste Tätigkeit. Des Weiteren seien mit seinem Hausarzt weitere medizinische Abklärungen geplant (IV-act. 57/2). Die Eingliederungsverantwortliche hielt in diesem Zusammenhang fest, dass sich der Versicherte im Prozess stark selbstlimitierend

16■23 zeige und nicht bereit sei, an der Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation aktiv mitzuwirken. Aus welchen Gründen dies so den Anschein mache, sei unklar. Im Vornherein würden Hilfsmittel als nicht zielführend abgelehnt, ohne Bereitschaft, es zumindest zu versuchen und Besserungen unvoreingenommen zuzulassen. Auch im therapeutischen Bereich sei die Mitwirkung limitiert resp. nicht vorhanden. Aufgrund dieser Ausgangslage mache es keinen Sinn, die Kosten für die Arbeitsplatzanpassungen zu übernehmen. Der Versicherte sei in sich sehr entschlossen, dass keine weitere Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit mehr möglich sei. Dementsprechend seien weitere Bemühungen in Bezug auf die berufliche Integration aktuell nicht möglich (IV-act. 57/2).

E. 7.4

Bei dieser Ausgangslage schlug die Eingliederungsverantwortliche im Weiteren vor, abzuklären, ob die neueren medizinischen Abklärungen etwas an der Stellungnahme des RAD resp. am ergonomischen Profil des Versicherten ändern. In jedem Fall sei im Anschluss nochmals das Gespräch mit dem Versicherten zu suchen und ihn über die Stellungnahme in Kenntnis zu setzen. Sollte der Versicherte weiterhin keine Bereitschaft zeigen, aktiv am Arbeitsplatz zu halten mitzuwirken, müsse die Eingliederung entsprechend abgeschlossen werden – es sei denn, er zeige die Bereitschaft, eine angepasste Tätigkeit zu suchen. In diesem Falle sei abzuklären, ob allenfalls eine BEFAS-Abklärung gemacht werden könne. Zeige sich der Versicherte bezüglich der Arbeitsplatzanpassungen kooperativ, werde schätzungsweise davon ausgegangen, dass er in der angestammten Tätigkeit (in angepasster Form) wahrscheinlich ein Pensum von 70-80% erreichen könnte (IV-act. 57/2). Der zuständige IV-Sachbearbeiter erklärte sich mit diesem Vorschlag einverstanden. Der Versicherte sei anlässlich eines Gesprächs darauf aufmerksam zu machen, dass aus heutiger medizinischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer

angepassten Tätigkeit bestehe und folglich nicht von einem Rentenanspruch auszugehen sei. Der Versicherte müsse sich entscheiden, ob er den Weg des Arbeitsplatzverlustes oder der beruflichen Neuorientierung gehen wolle – unter Aufzeigung der Konsequenzen (IV-act. 57/4).

E. 7.5

Anlässlich des Gesprächs vom 6. Mai 2021 informierte die Eingliederungsverantwortliche den Beschwerdeführer über die Stellungnahme des RAD (IV-act. 57/3) und setzte ihn darüber in Kenntnis, dass er in einer angepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht als vollständig arbeitsfähig gelte. Ihm wurden zudem drei mögliche Varianten des weiteren Vorgehens vorgeschlagen und erläutert (IV-act. 57/3; 57/13):

17■23 « Variante 1: Information an vP bzgl. der RAD-Stellungnahme und dessen Konsequenzen Arbeitsplatzanpassungen erneut angehen und gem. Bericht umsetzen
Aufbautraining im angestammten Betrieb
Variante 2: Information an vP bzgl. der RAD-Stellungnahme Arbeitsplatzsuche (wahrscheinlich 50%-Pensum) mit vorangehender BEFAS-Abklärung Ev. mit Arbeitsversuch → Bei Variante 1 und 2 werden Taggelder benötigt (wahrscheinlich unter Anrechnung des bestehenden Lohnes – ausser während einer BEFAS (wäre das volle notwendig)
Variante 3: Information an vP bzgl. der RAD-Stellungnahme Abschluss und Rentenprüfung » Der Versicherte habe zu verstehen gegeben, dass er sich nicht mehr voll arbeitsfähig sehe. Ihm sei dann erklärt worden, dass die beruflichen Massnahmen dementsprechend abgeschlossen würden und die Rentenprüfung veranlasst werde. Nach etwa einer Stunde sei der Versicherte dann doch der Meinung gewesen, dass dies ein Thema sei, weil er nicht wisse, was er machen solle und was eine angepasste Tätigkeit sein könnte. Dementsprechend sei nochmals die Variante mit der BEFAS-Abklärung besprochen worden. Die Eingliederungsverantwortliche habe ihm schliesslich den Auftrag gegeben, sich zu melden und glaubhaft aufzuzeigen, dass er für eine BEFAS-Abklärung motiviert sei (IV-act. 58/13).

E. 7.6

Am nächsten Tag wandte sich der Beschwerdeführer per E-Mail an die Eingliederungsverantwortliche und teilte mit, dass er die Rentenabklärung wünsche. Eine BEFAS-Abklärung sehe er in seinem Fall als wenig effektiv. Man könne es aber begleitend in Betracht ziehen (IV-act. 58/14). Gleichentags meldete sich der Beschwerdeführer per E-Mail auch beim Abteilungsleiter der IV-Stelle und bat, als nächsten Schritt die Rentenprüfung zu machen (IV-act. 58/15).

E. 7.7

Dass sich der Beschwerdeführer ausserstande fühlt, seine Arbeitsfähigkeit noch zu steigern, geht im Weiteren auch aus dem E-Mail-Verkehr mit der Eingliederungsverantwortlichen (IV-act. 58/9-12) sowie deren Stellungnahme vom 8. November 2021 (IV-act. 78) unmissverständlich hervor. Die Überzeugung, aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr als 50% arbeitsfähig zu sein, vertritt der Beschwerdeführer zudem auch im Rahmen seiner Eingaben im vorliegen-

18■23 den Verfahren. Er stellt sich auf den Standpunkt, dass einige der in Aussicht gestellten Massnahmen zur Arbeitsplatzanpassung lediglich zu einer Entlastung der jetzigen 50%-igen Tätigkeit geführt hätten. Andere wiederum hätten in der Realität zu keiner Verbesserung beigetragen. Folglich sei eine Erhöhung des Pensums durch diese

unwirksamen Massnahmen unrealistisch.

E. 7.8

Mit seinen Äusserungen hat der Beschwerdeführer klar zum Ausdruck gebracht, dass er sich nicht mehr als 50% arbeitsfähig erachtet und weder über den Willen noch über die Motivation verfügt, seine Arbeitsfähigkeit durch die vorgeschlagenen Eingliederungsmassnahmen noch zu steigern. Weder den Akten noch den Ausführungen des Beschwerdeführers lässt sich entnehmen, welche konkreten weiteren Schritte die IV-Stelle im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen noch hätte unternehmen können, um die berufliche Situation des Beschwerdeführers zu verbessern. Die IV-Stelle hat den Beschwerdeführer laufend miteinbezogen und ihn jeweils eingehend über das weitere Vorgehen – unter Aufzeigung der entsprechenden Konsequenzen – aufgeklärt. Dass sich der Beschwerdeführer mit Blick auf die vorgeschlagenen Varianten schliesslich für die Rentenprüfung entschied, hat nicht die IV-Stelle zu vertreten. Unter den gegebenen Umständen ist die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu verneinen, womit kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht.

E. 7.9

An dieser Beurteilung vermag der Einwand des Beschwerdeführers, wonach er sich für eine Rentenprüfung und begleitend für eine BEFAS-Abklärung entschieden habe, nicht zu ändern. Eine BEFAS-Abklärung wird im Rahmen der Prüfung beruflicher Eingliederungsmassnahmen durchgeführt. Sie dient der Evaluation der funktionalen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit und geht einher mit einer Arbeitsplatzsuche und eventuell einem Arbeitsversuch im Vollzeitpensum (vgl. Variante 2 der IV). Der Beschwerdeführer hat jedoch gegenüber der IV-Stelle unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, sich nicht mehr als 50% arbeitsfähig zu fühlen. Zudem bezeichnete er eine BEFAS-Abklärung als wenig effektiv und ersuchte um Prüfung des Rentenanspruchs. Wie die IV-Stelle zutreffend ausführt, machte eine BEFAS-Abklärung bei dieser Ausgangslage keinen Sinn.

E. 7.10

Ins Leere geht auch der Einwand, wonach die IV-Stelle ihm keine Umschulung oder eine schulterangepasste Tätigkeit habe vermitteln können. Wie erwähnt, hat der Beschwerdeführer im

19[■]23 Laufe des IV-Verfahrens deutlich gemacht, dass er sich nicht mehr als 50% arbeitsfähig sehe. Zudem hat er sowohl die besprochenen Arbeitsplatzanpassungen als auch die BEFAS-Abklärung mit allfälligem Arbeitsversuch als nicht zielführend abgelehnt. Nachdem ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen nur insoweit besteht, als der Beschwerdeführer objektiv und subjektiv eingliederungsfähig ist, ist mit Blick auf seinen fehlenden Eingliederungswillen auch der Anspruch auf eine Umschulung nach Art. 17 IVG von vornherein zu verneinen.

E. 7.11

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle die Eingliederungsmassnahmen eingestellt hat. Mit Blick auf den fehlenden Eingliederungswillen bzw. die fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers hat die IV-Stelle zu Recht die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen und alsdann die Rentenprüfung veranlasst. Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung inzwischen geändert haben und ernsthaft an einer Eingliederungsmassnahme

teilnehmen wollen, so steht es ihm frei, sich erneut bei der IV- Stelle anzumelden. Diese hätte anschliessend neu darüber zu verfügen.

E. 8

Abschliessend ist der durch die IV-Stelle zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vor- genommene Einkommensvergleich zu beurteilen.

E. 8.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

20■23

E. 8.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1).

E. 8.2.2

Für die Bemessung des Valideneinkommens stellte die IV-Stelle auf die Angaben des Arbeitgebers ab und ging für das Jahr 2019 von einem Einkommen in Höhe von Fr. 74'841.– aus. Der Teuerung angepasst resultierte ein Einkommen von Fr. 75'195.–. Das errechnete Valideneinkommen ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten, so dass sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen.

E. 8.3.1

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3;

135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

E. 8.3.2

Vorliegend arbeitet der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Modellbauer, in welcher er zu 50% arbeitsfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit ist jedoch aus medizinischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Entgegen der Auffassung

21■23 des Beschwerdeführers schöpft er damit seine verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise voll aus.

E. 8.3.3

An dieser Stelle ist auf den Vorwurf des Beschwerdeführers einzugehen, wonach ihm mit Zustimmung der IV-Stelle die Änderungskündigung ausgesprochen und sein Pensum auf 50% reduziert worden sei. Dies trifft nicht zu. Der Arbeitgeber des Beschwerdeführers hat die Änderungskündigung anlässlich des Auswertungsgesprächs vom 26. Februar 2021 thematisiert (IV-act. 57/2). Er informierte die Anwesenden darüber, dass die Krankentaggeldversicherung mitgeteilt habe, die Leistungen per 1. Juni 2021 einzustellen und deshalb die Änderungskündigung erfolgen müsse. Die Eingliederungsverantwortliche hielt diesbezüglich fest, dass sie dazu keine weitere Stellung nehmen könne. Aufgrund der neuen Ausgangslage, dass aktuell keine berufliche Integration möglich sei, könne die IV auch nicht mit Taggeldern «einspringen». Der Arbeitgeber habe zudem signalisiert, dass es zu einem späteren Zeitpunkt wieder zur Anpassung des Arbeitsvertrages kommen könne, sollte eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich werden (IV-act. 57/2). Die Eingliederungsverantwortliche erklärte dem Beschwerdeführer auch im E-Mail vom 3. März 2021, dass der Arbeitsvertrag ein Vertrag zwischen ihm und dem Arbeitgeber sei und nichts mit der IV als solche zu tun habe. Die IV könne dementsprechend auch kein Einverständnis zur Änderungskündigung geben. Die Änderungskündigung sei vielmehr Folge davon, dass die Krankentaggeldversicherung die Taggeldleistung einstellen werde (IV-act. 58/9).

E. 8.3.4

Wie erwähnt, schöpft der Beschwerdeführer die verbliebene Arbeitsfähigkeit jedenfalls nicht in zumutbarer Weise voll aus. Er muss sich als Invalideneinkommen deshalb das höhere, ihm zumutbare Einkommen in einer angepassten Tätigkeit anrechnen lassen. Dieses Einkommen wird gemäss Rechtsprechung aufgrund von Tabellenlöhnen gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) bestimmt (Urteil BGer 8C_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 3). Die IV-Stelle stützte sich dabei auf den Durchschnittslohn der Männer, die einfache Tätigkeiten ausübten. Dieser betrug im Jahr 2018 Fr. 5'417.– (LSE 2014, Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1). Unter Berücksichtigung der angepassten wöchentlichen Arbeitszeit sowie der Nominallohnentwicklung ergibt dies für das Jahr 2018 ein Einkommen in der Höhe von rund Fr. 68'727.– (Fr. 5'417.– x 12 : 40 x 41.7 : Fr. 2260 x Fr. 2292). Die IV-Stelle gewährte dem Beschwerdeführer zudem einen Leidensabzug von 10% aufgrund des Wechsels in eine angepasste Tätigkeit und des

22■23 Alters. Der vorgenommene Abzug von 10% ist unbestritten und trägt den Gegebenheiten des vorliegenden Falles angemessen Rechnung. Unter Berücksichtigung des Leidensabzuges von 10% beträgt das Invalideneinkommen somit rund Fr. 61'854.–.

E. 8.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 75'195.– mit dem Invalideneinkommen von Fr. 61'854.– ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 13'341.–. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von 18%, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

E. 9

Im Ergebnis erweist sich die angefochtene Verfügung vom 15. November 2020 somit als rech- tens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 10

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilli- gung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kos- tenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Gerichtskosten werden den Parteien im Verhältnis ihres Unterliegens auferlegt. Im Lichte dieser Richtlinien werden die Gerichtskosten auf Fr. 600.– festgesetzt und ausgangs- gemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Sie werden mit dem von ihm geleis- teten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– verrechnet und sind damit bezahlt. Die Gerichts- kasse wird angewiesen, dem Beschwerdeführer die Restanz von Fr. 200.– zurückzuerstatten.

23■23

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