

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/102 vom 13. Februar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_102

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/102 du 13 février 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/102 del 13 febbraio 2020

Regeste

Art. 28 IVG: Rentenanspruch eines 64 ½-jährigen, ehemals selbständigen Versicherten. Infolge des lediglich noch zumutbaren leichten Tätigkeitsspektrums ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des ausserdem kurz vor dem Pensionsalter stehenden Versicherten zu verneinen und ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Februar 2020, IV 2018/102).

Volltext

Entscheid vom 13. Februar 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer Geschäftsnr. IV 2018/102 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 6. November 2015 aufgrund einer Beeinträchtigung seiner Lungenfunktion zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Der gelernte Elektromonteur war seit 1981 selbständig als Auslieferungs- und Servicemonteur der Einzelfirma B.____ erwerbstätig, seit dem 2. März 2015 zu 50% und ab dem 8. Juni 2015 zu 100% arbeitsunfähig und erhielt Leistungen seiner Krankentaggeldversicherung (vgl. IV-act. 2ff.). Dr. med. C.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, gab im Bericht vom 8. Dezember 2015 unter anderem an, dass der Versicherte an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung Stadium Gold III leide, welche im Rahmen einer infektiösen Exazerbation im September 2014 diagnostiziert worden sei. Im Juli 2015 sei wegen eines Karzinom-Verdachts, welcher sich nicht bestätigte, eine Lungenteilresektion des Oberlappens rechts erfolgt. Eine diagnostizierte Aspergillose sei medikamentös behandelt worden. Weiter bestehe eine schwere Spinalkanalstenose, Claudicatio spinalis, seit Juni 2015. Die Arbeitsfähigkeit sei seit Ende September 2014 wegen Anstrengungs-Atemnot und Claudicatio-Beschwerden in den Beinen sowie Lumbalgien eingeschränkt. Der Versicherte habe deswegen weniger gearbeitet, dies aber nicht berichtet und sei von ihr ab dem 2. März 2015 zu 50%, ab dem 16. Juli 2015 zu 100% und aktuell bis auf weiteres zu 80% arbeitsunfähig erklärt worden. Aktuell könne er eine leichte körperliche Arbeit in Wechselbelastung zwei Stunden am Tag ausführen (IV-act. 16-1f.). Berufliche Massnahmen wurden nicht an die Hand genommen, da der Versicherte erklärte, noch zirka zwei Jahre Krankentaggelder beziehen zu können und seine Tätigkeit noch bis zum 64. Altersjahr weiterzuführen. Er erledige aktuell noch Bürotätigkeiten und pflege telefonische Kontakte mit Kunden. Er verfüge über zwei Mitarbeiter, einer davon sei sein Sohn, welcher den Betrieb früher oder später übernehmen werde und aktuell seine früheren Tätigkeiten ausführe (IV-act. 17, 19, 21).

Dementsprechend erfolgte der Abschluss der beruflichen Massnahmen (Mitteilung vom 7. Januar 2016, IV-act. 22). Da die einjährige Wartezeit noch nicht abgelaufen war, wurde dem Versicherten am 15. Januar 2016 die Weiterbearbeitung des Rentengesuches für den März 2016 in Aussicht gestellt (IV-act. 22). Nach Einholung diverser Arztberichte nahm RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für allgemeine Medizin, Pneumologie und Arbeitsmedizin, am 4. April 2016 erstmals Stellung und bestätigte, dass eine COPD sowie eine Spinalkanalstenose im Vordergrund stünden, wobei letztere als symptomarm beschrieben worden sei. Im Grossen und Ganzen sei der Gesundheitszustand stabil. Gemäss Hausärztin hätten die Krankenschreibungen im März 2015 begonnen. Gemäss pneumologischem Arztbericht betrage die medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit 100%. Gemäss durchgeführter Spiroergometrie reiche die Lungenfunktion präoperativ für eine ganztägige überwiegend sitzende Tätigkeit aus. Eine adaptierte Tätigkeit ohne Heben, Tragen, Ziehen, Stossen schwerer Lasten, ohne grössere Gehstrecken oder Höhendifferenzen (mehr als zwei Stockwerke) und ohne Zeitdruck sei möglich. Ein Bericht der stattfindenden pulmonalen Rehabilitation sei noch einzuholen (IV-act. 28; eine solche fand jedoch offenbar nicht statt, vgl. Bemerkungen im Feststellungsblatt Rente vom 31. Mai 2016, IV-act. 38-2 und 29-1). Am 20. Mai 2016 wurden via die Treuhandfirma weitere Buchhaltungsunterlagen eingereicht und zudem mitgeteilt, dass der Versicherte plane, sein Geschäft per 30. Juni 2016 aufzugeben (IV-act. 37). Am 31. Mai 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer Viertelsrente bei einem IV-Grad von 44% ab dem 1. Mai 2016 in Aussicht. Da bereits eine Teilrente resultiere und unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten werde auf weitere umfangreichere Abklärungen verzichtet. Das Valideneinkommen setzte sie gemäss dem Durchschnitt aus den im IK aufscheinenden Einkommen aus den Jahren 2009 bis 2013 auf Fr. 105'380.-- fest. Für das Invalideneinkommen ermittelte sie gestützt auf die Zahlen der schweizerischen Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2012 einen Betrag von Fr. 65'172.--. Da dem Versicherten nur noch leichtere Tätigkeiten zumutbar seien, berücksichtigte sie zudem einen Tabellenlohnabzug von 10% (vgl. Formular Einkommensvergleich vom 12. April 2016, IV-act. 31; Feststellungsblatt Rente vom 31. Mai 2016, IV-act. 38f.). Im Einwand vom 1. Juli 2016 beantragte der Versicherte die Zusprache einer ganzen IV-Rente sowie die Anpassung des IV-Grades auf mindestens 70%. Gemäss dem Arztbericht seiner Hausärztin Dr. C.____ vom 22. Juni 2016 sei bei einem optimalen Verlauf mit einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 20-30% und einem dementsprechend tieferen Invalideneinkommen zu rechnen. Seine gesundheitliche Situation habe sich gegenüber dem ärztlichen Bericht vom 8. Dezember 2015 nochmals verschlechtert. Seine Wirbelsäule werde derzeit spezialärztlich behandelt, wobei zunächst eine Infiltration und allenfalls eine anschliessende Operation geplant sei (IV-act. 40). Gemäss den medizinischen Akten erfolgten drei Infiltrationen (am 30. Juni 2016, 17. November 2016 sowie 12. Januar 2017) sowie eine pneumologische Verlaufskontrolle (IV-act. 50, 52). RAD-Arzt Dr. D.____ befand in der Stellungnahme vom 20. Februar 2017, dass hinsichtlich der pulmonalen Leistungseinschränkungen weiterhin auf das Ergebnis der Spiroergometrie von Juni 2015 abgestellt werden könne. Bezüglich der Spinalkanalstenose sei eine Arbeitsfähigkeitsschätzung für in optimal den Leiden angepassten Tätigkeiten einzuholen (IV-act. 53). Am 12. April 2017 unterzog sich der Versicherte einer Wirbelsäulenoperation (Dekompression L3/4), welche sechs Monate später ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis zeigte. Er habe ausser einem leichten Anlaufschmerz am Morgen, mit welchem er gut zurechtkomme, keinerlei Beschwerden bezüglich der

Spinalkanalstenose mehr. Es sei keine Nachkontrolle mehr geplant (vgl. Bericht von Dr. med. E.____, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, KSSG, vom 18. Oktober 2017, IV-act. 69). Gemäss RAD-Arzt Dr. D.____ hat die Spinalkanalstenose keine dauerhafte und anhaltende quantitative Leistungsminderung beim Versicherten bewirkt. Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei von den orthopädischen Behandlern zwar nicht dezidiert beantwortet worden, die zur Verfügung gestellten Berichte würden jedoch nahelegen, dass die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit nach erfolgreicher Behandlung von dieser Seite her nicht nennenswert und dauerhaft eingeschränkt sei. Deshalb könne weiterhin von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in optimal leidensangepassten Tätigkeiten gemäss RAD-Beurteilung vom Februar 2017 ausgegangen werden (RAD-Stellungnahme vom 6. Dezember 2017, IV-act. 70). Der Versicherte gab auf Nachfrage hin an, dass er den Betrieb per 1. Juli 2016 seinem Sohn übergeben habe, überhaupt nicht mehr mithelfen könne und heute von seinem Ersparten lebe (IV-act. 72; dasselbe bestätigte auch der Treuhänder im Mail vom 6. Dezember 2017, vgl. IV-act. 73-1). Für die angestammte Tätigkeit als Auslieferungs- und Servicemonteur von Haushaltapparaten bestätigte RAD-Arzt Dr. D.____ am 10. Januar 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für die zuletzt ausgeübte Bürotätigkeit würden keine neuen medizinischen Unterlagen vorliegen, die eine andere Arbeitsfähigkeitsschätzung rechtfertigen würden (IV-act. 74). Am 10. Januar 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass der Einwand vom 1. Juli 2016 inzwischen abschliessend habe geprüft werden können und dass dazu im Verfügungsteil 2 ausführlich Stellung genommen werde. Die zuständige AHV-Ausgleichskasse werde die Rentenverfügung demnächst erlassen und ihm zustellen (IV-act. 77). Gleichentags erging der Beschluss über die Zusprache einer Viertelsrente ab dem 1. Mai 2016 bei einem IV-Grad von 44% (IV-act. 76). Mit Verfügung vom 14. Februar 2018 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab dem 1. Mai 2016 eine Viertelsrente zu (IV-act. 78; Verfügungsteil 2, IV-act. 75). Gegen die Verfügung vom 14. Februar 2018 erfolgt am 12. März 2018 Beschwerde mit dem Antrag auf deren Aufhebung sowie auf Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. Mai 2016; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Der Beschwerdeführer sei alleine aufgrund seines Lungenleidens zu 70% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die behandelnde Ärztin habe dargelegt, dass er selbst in leichter Tätigkeit nur noch zu 20-30% leistungsfähig sei. Selbst unter der Annahme einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ergäbe sich bereits ein Anspruch auf eine ganze Rente. Das Valideneinkommen betrage gemäss IK-Auszug im Durchschnitt der erwähnten Jahre Fr. 107'671.40 und nicht Fr. 105'380.--. Zudem sei ihm deshalb die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit mit bestehenden Einschränkungen selbst bei leichten Tätigkeiten bei einem Alter im Jahre 2015 von 62 nicht mehr zumutbar (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verweist sie auf die gemäss den medizinischen Akten sowie gemäss der RAD-Beurteilung bestehende 100%-ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten, die korrekte Ermittlung des Valideneinkommens, auf das Alter des Beschwerdeführers von 62 Jahren im Zeitpunkt der massgeblichen RAD-Stellungnahme vom 4. April 2016 sowie das Vorhandensein von diversen Stellen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (act. G 4). In der Replik vom 21. Juni 2018 hält der Beschwerdeführer an den gestellten Anträgen fest, da sich sein Gesundheitszustand verschlechtert hätte, keine aktuellen Unterlagen beigezogen worden seien und eine Begutachtung unterblieben sei. Zudem sei nicht ersichtlich, aus welchem

Fachgebiet RAD-Arzt D. ___ stamme und dementsprechend läge keine fachspezifische Beurteilung vor. Sollte das Gericht nicht zur Ansicht gelangen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe, sei zunächst eine Begutachtung durchzuführen (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 25. Juli 2018 auf eine Duplik (act. G 8). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die 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). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende RAD-Berichte (Art. 49 Abs. 2 IVV) können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Ein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung besteht nicht. Eine solche ist indes anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit

der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 N. 41 m.H.). Ein externes, meist polydisziplinäres Gutachten ist namentlich einzuholen, wenn der interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die nötigen fachlichen Ressourcen verfügt, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und dem "allgemeinen Tenor" im medizinischen Dossier eine relevante Differenz besteht (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. Dezember 2017, C-1022/2016, E. 7.4 mit Hinweisen auf BG-Urteil vom 1. September 2015, 9C_335/2015, E. 3.1). Vorab sei bemerkt, dass RAD-Arzt Dr. med. D. ___ über die Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie und Arbeitsmedizin (Deutschland) verfügt und damit für die Beurteilung der gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers qualifiziert erscheint (die entsprechenden Angaben sind online abrufbar unter: <http://www.doctorfmh.ch>). Zu prüfen ist, ob der medizinische Sachverhalt feststeht. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vorliegen: chronisch obstruktive Pneumopathie (COPD, Stadium GOLD 3, Erstdiagnose 09/14, sistierter Tabakrauchkonsum, 100py 07/15), zwei Aspergillome Oberlappen rechts (nicht invasive Aspergillose, 9.07.15 thorakoskopische Adhäsiolyse, Wedgeresektion Oberlappen rechts im LVRS Konzept sowie Lymphadenektomie ATS 4R und 10 Oberlappen), invertiertes Papillom Kieferhöhle links (mediane Maxillektomie, Kieferhöhlenausträumung nach Caldwell-Luc 09/15), hypertensive und Verdacht auf koronare Herzkrankheit (Dyspnoe, keine Angina pectoris, 06/15: TTE: normale LVEF, Hypo- bis Akinesie inferobasal Auswurfsfraktion, cvRF: Adipositas, Dyslipidämie, Nikotin), periphere arterielle Verschlusskrankheit (bds. Stadium IIb, Erstdiagnose 04/15, Gehstrecke 100 - 200 m, nächtliche Wadenkrämpfe, duplexsonographisch Nachweis von arteriosklerotischen Plaques (Bericht Klinik für Pneumologie KSSG vom 7. November 2016, IV-act. 50) sowie ein Status nach mikroskopischer bilateraler Dekompression L3/L4 rechts vom 12. April 2017 bei hochgradiger Spinalkanalstenose L3/L4 und einem Status nach positiver epiduraler Infiltration L3/L4 vom 12. Januar 2017 (IV-act. 69-1). Der Beschwerdeführer macht geltend, gemäss dem Bericht seiner Hausärztin vom 22. Juni 2016 sei er selbst in leichten Tätigkeiten nur 20 - 30% leistungsfähig (act. G 1). Im fraglichen Bericht führt die Ärztin die Diagnosen chronisch obstruktive Lungenerkrankung Stadium Gold III (nach Lungenteilresektion Oberlappen rechts 07/15 wegen Karzinom-Verdacht, Diagnose einer Aspergillose, medikamentös behandelt) sowie einer schweren Spinalkanalstenose, Claudicatio spinalis 06/15 an. Wegen seiner Anstrengungs-Atemnot toleriere er nur leichte körperliche Belastungen. Bei einem längeren Verkaufsgespräch müsse er eine Pause einlegen. Wegen der ausgeprägten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule (LWS) dürfe er keinesfalls mehr schwere Lasten tragen, zudem sei wegen der Claudicatio-spinalis-Symptome in beiden Beinen die Gehstrecke auf 300 - 400 m eingeschränkt und schon bei längerem Stehen würden Gefühlsstörungen und Schmerzen in beiden Waden auftreten. Wie bereits im Bericht vom 8. Dezember 2015 erwähnt, könne auch bei gutem Verlauf allenfalls eine Restarbeitsfähigkeit von 20 - 30% mit sehr leichter körperlicher Belastung erreicht werden. Da sich die Claudicatio-spinalis-Symptome in den vergangenen Monaten deutlich verschlechtert hätten, laufe aktuell eine spezialärztliche Beurteilung an der Wirbelsäulensprechstunde im Kantonsspital. Es sei eine Infiltration geplant und bei fehlendem Ansprechen eine stabilisierende Operation (IV-act. 40). Gegenüber der Krankentaggeldversicherung hatte die Hausärztin Arbeitsunfähigkeiten ab 2. März 2015 von 50%, ab 8. Juni 2015 von 100%, ab dem 8. Oktober 2015 von 50% sowie ab

dem 19. Oktober 2015 von 80% bestätigt (vgl. Krankenkarte, IV-act. 3). Zuhanden der Beschwerdegegnerin gab sie im Bericht vom 8. Dezember 2015 an, dass eine leichte körperliche Arbeit bei Wechselbelastung aktuell zwei Stunden pro Tag möglich sei. Ab dem 2. März 2015 habe sie eine Arbeitsunfähigkeit vom 50% bescheinigt, ab dem 16. Juli 2015 eine solche von 100% und aktuell bis auf weiteres eine solche von 80%. Der Beschwerdeführer leide an Anstrengungs-Atemnot, Claudicatio-Beschwerden in den Beinen sowie Lumbalgien. Gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung würde sprechen, dass eine bessere Lösung als eine Restarbeitsfähigkeit von 20 - 30% im eigenen Betrieb nicht möglich sein werde (IV-act. 16-1f.). Betreffend die Lungenerkrankung ist dem Bericht der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG vom 4. Juni 2015 über die Untersuchung vom selben Tag zu entnehmen, dass weitere Abklärungen hinsichtlich der malignomverdächtigen Rundherde im rechten Oberlappen vorgesehen waren und dass sich unter angepasster inhalativer Therapie eine deutliche Besserung der FEV1 bei erstmalig aufgetretener partieller Reversibilität gezeigt hatte. Auch subjektiv sei es zu einer deutlichen Beschwerdebesserung gekommen (IV-act. 8-7ff.). Aus einem weiteren Bericht vom 26. Juni 2015 geht hervor, dass vom 15. bis 24. Juni 2015 Abklärungen betreffend einen Verdacht auf ein Bronchuskarzinom durchgeführt worden seien und eine Spiroergometrie ergeben habe, dass eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei leicht bis mittelschwer eingeschränkter maximaler Sauerstoffaufnahme bestanden habe. Vom 15. Juni bis 15. Juli 2015 wurde dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 8-12ff.). Im Versicherungsbericht zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom selben Tag wurde betreffend die Arbeitsfähigkeitsschätzung festgehalten, dass zunächst die Ergebnisse der Spiroergometrie abzuwarten seien (IV-act. 8-10f.). Am 9. Juli 2015 unterzog sich der Beschwerdeführer in der Klinik für Thoraxchirurgie des KSSG einer thorakoskopischen Adhäsiolyse, einer Wedgeresektion Oberlappen rechts im LVRS-Konzept sowie einer Lymphadenektomie ATS 4 R, worauf er am 22. Juli 2015 wieder entlassen wurde (Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2015, IV-act. 16-3f., Austrittsbericht vom 21. Juli 2015, IV-act. 16-5f., undatiertes Arztbericht der Klinik für Thoraxchirurgie des KSSG Eingang SVA am 29. Februar 2016, IV-act. 27). Die Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG attestierte im undatierten, bei der Beschwerdeführerin am 24. Februar 2016 eingegangenen Arztbericht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten. Sitzende Tätigkeiten seien ganztags möglich. Die angestammte Tätigkeit als Montagetechniker sei bei einer medizinisch-theoretischen Ateminvalidität von mehr als 50% nur noch eingeschränkt möglich (IV-act. 26-2ff.). Am 3. November 2016 fand eine grosse Lungenfunktionsprüfung statt, welche eine schwere obstruktive Ventilationsstörung bei mittelschwer verminderter CO-Diffusionskapazität ergab. Gemäss Zuweisungsschreiben habe eine zunehmende Anstrengungsdyspnoe Ende September 2016 im Vordergrund gestanden. In der Zwischenzeit sei gemäss Patient eine diuretische Therapie bei peripheren Ödemen erfolgt. Im Jahresverlauf bestehe ein weitgehend stabiler Verlauf. Limitierend in den letzten zwei bis drei Monaten seien die Beinschmerzen gewesen. Er habe von einer Infiltration im Juni 2016 sehr profitiert mit deutlich grösserem Aktionsradius. Lungenfunktionell sei es nach der einseitigen Lungenvolumenreduktionschirurgie (LVRS) rechts 2015 initial zu einer signifikanten Zunahme mit nun wieder Abfall des FEV1 um 300ml (17.2%) gekommen. Insgesamt liege eine COPD, Stadium GOLD 3 vor, in der Risikogruppe D (wobei hier die Atemnot limitierend sei). Die inhalative Therapie sei zurzeit optimal. Der Abfall des FEV1 sei wahrscheinlich auf die nachlassende Wirkung der rechtsseitigen LVRS zurückzuführen.

Zurzeit sei der Patient jedoch im Gehstest mit 486m und nicht heterogenem Emphysem und kaum Überblähung kein guter Kandidat für die Gegenseite. Dem Bericht war ausserdem zu entnehmen, dass der Tabakrauchkonsum seit Juli 2015 bei 100py sistiert wurde (Bericht vom 7. November 2016, IV-act. 50). Am 28. Dezember 2016 gab die Klinik für Pneumologie einen verschlechterten Gesundheitszustand an und verwies auf Therapiemassnahmen in Form einer am 17. November 2016 bereits erfolgten Infiltration in der Klinik für Orthopädie sowie regelmässiger körperlicher Aktivität (IV-act. 51). Bezüglich der Lunge ist somit festzustellen, dass zwei sich als nicht bösartig erweisende Tumore erfolgreich entfernt werden konnten und der Beschwerdeführer an einer schweren obstruktiven Lungenkrankheit leidet. Deshalb kann er keine schweren Tätigkeiten mehr ausführen, ist jedoch für leichte sitzende Tätigkeiten ganztags zu 100% arbeitsfähig. Die im Bericht der Pneumologie vom 17. November 2016 angegebene und nicht näher bezeichnete Verschlechterung des Gesundheitszustandes bezog sich offensichtlich auf die Beschwerden aufgrund der Claudicatio, da betreffend Behandlungsmassnahmen Infiltrationen in der Klinik für Orthopädie und regelmässige körperliche Aktivitäten empfohlen worden waren. Somit hatte die am 24. Februar 2016 angegebene 100%-ige Arbeitsfähigkeit für lungenadaptierte Tätigkeiten nach wie vor Geltung (vgl. E. 3.4.1 vorstehend). Zu keinem anderen Schluss kam auch RAD-Arzt und Pneumologe Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 20. Februar 2017. Es könne weiterhin auf das Ergebnis der Spiroergometrie von Juni 2015 abgestellt werden (IV-act 53). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG berichtete am 4. Juni 2015, dass der Beschwerdeführer an asymptomatischen Wadenkrämpfen litt, die behandelt werden konnten, und dass er trotz der Spinalkanalstenose im Bereich von L3/4 mit Kompression der Nervenwurzel L4 beidseits im jetzigen Zeitpunkt in seiner Mobilität nur durch die COPD stark eingeschränkt sei. Es sei eine diagnostisch/therapeutische Infiltration geplant (IV-act. 52-12f.). Am 26. Mai 2016 informierten die Ärzte über eine Nachkontrolle vom 24. Mai 2016. Nach der letzten Vorstellung im Juni 2015 sei der Beschwerdeführer klinisch asymptomatisch gewesen und klage nun über vermehrte Schmerzen nach kürzerer Gehstrecke mit Ausstrahlungen in die Beine. Es bestehe der Verdacht auf eine erneute Claudicatio spinalis bei hochgradiger Spinalkanalstenose, weshalb nach einem MRI eine Infiltration vorgenommen werden könne. Infiltrationen könnten bei gutem Nutzen 3-4x/jährlich wiederholt werden, bei nur kurzem Nutzen müsse über eine mikroskopische Dekompression nachgedacht werden (IV-act. 52-10f.). Am 30. Juni 2016, am 17. November 2016 sowie am 12. Januar 2017 wurden Infiltrationen durchgeführt (vgl. entsprechende Operationsberichte, IV-act. 52-8f., 52-4f., 52-2f.). Am 25. August 2016 wurde über einen sehr erfreulichen Verlauf zwei Monate postoperativ berichtet (act. 52-6f.). Eine Nachkontrolle am 28. März 2017 ergab, dass die letztmalige Infiltration einen deutlich geringeren Benefit ergeben habe und der Beschwerdeführer eine operative Vorgehensweise wünsche. Bezüglich Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit sei zunächst der operative Eingriff abzuwarten (Bericht vom 29. März 2017, IV-act. 57). Am 12. April 2017 erfolgte eine mikroskopische bilaterale Dekompression L3/4. Im Verlauf berichtete der Beschwerdeführer morgens beim Aufstehen noch leichte Rückenschmerzen zu verspüren und im Tagesverlauf keine wesentlichen Schmerzen im Kreuz zu haben. Beim Gehen oder aktiven Strecken des Beines würde er vermehrt Krämpfe im Bereich der Wadenmuskulatur verspüren (Operationsbericht vom 21. April 2017, IV-act. 63, und Untersuchungsbericht vom 17. Juli 2017, IV-act. 61). Die Untersuchung vom 17. Oktober 2017 ergab, dass beim Beschwerdeführer sechs Monate nach der Dekompression L3/4 ein sehr zufriedenstellendes

Ergebnis bestehe. Er habe bezüglich der Spinalkanalstenose keinerlei Beschwerden, lediglich einen leichten Anlaufschmerz am Morgen, mit welchem er aber gut zurechtkomme. Es sei keine weitere Nachkontrolle geplant (Bericht vom 18. Oktober 2017, IV-act. 69). Betreffend die Spinalkanalstenose ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass der Beschwerdeführer im Juni 2015 an Beschwerden litt, die erfolgreich behandelt werden konnten und sich erst im Mai 2016 wieder verschlechterten. Nach im Juni und November 2016 erfolgten Infiltrationen besserten sich die Beschwerden jeweils merklich und für Monate; der Erfolg hielt jedoch nach einer letzten Infiltration von Januar 2017 nicht mehr längerdauernd an. Infolge der Operation vom 12. April 2017 stellte sich ein bleibend gutes Ergebnis ein und der Beschwerdeführer litt lediglich noch an Anlaufschmerzen am Morgen. Somit bestanden aufgrund der Spinalkanalstenose jeweils nur vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten, die sich rasch und langanhaltend verbessern liessen. Mit Ausnahme von prä- und postoperativ bestehenden Arbeitsunfähigkeiten bestand für rückenangepasste Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht. RAD-Arzt Dr. D.____, auch Allgemein- und Arbeitsmediziner, hielt am 20. Februar 2017 fest, dass es nach wiederholten Infiltrationen zu monatelang anhaltender Beschwerdefreiheit gekommen sei (IV-act. 53). Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten sei von den Orthopäden zwar nicht explizit beantwortet worden, jedoch würden die Äusserungen in den zur Verfügung gestellten Berichten nahelegen, dass die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit von dieser Seite her nicht nennenswert und dauerhaft eingeschränkt sei (IV-act. 70). Bei dieser Sachlage bestand kein Anlass für weitere Abklärungen. Insbesondere drängt sich hier keine Begutachtung auf, da der medizinische Sachverhalt feststeht. Die vom Beschwerdeführer ins Feld geführte Bemerkung im letzten lungenärztlichen Bericht von November 2016 hinsichtlich einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bezog sich offenkundig nicht auf das Lungenleiden, sondern auf das Rückenleiden, das wie dargelegt, erfolgreich behandelt werden konnte. Die Ausführungen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Hausärztin Dr. C.____ vom 30. September 2016 erweisen sich damit als überholt (IV-act. 45). Die letzten Arztberichte stammen von Oktober 2017 und es ist nicht ersichtlich, inwiefern die medizinische Aktenlage nicht genügend aktuell in Bezug auf den Beschluss vom 10. Januar 2018 bzw. die Verfügung vom 14. Februar 2018 abgebildet worden sein soll. Insbesondere war orthopädischerseits seit Oktober 2017 gar keine Verlaufskontrolle mehr (vgl. IV-act. 69) und aus lungenfachärztlicher Sicht im November 2016 eine nach 12 Monaten, also im November 2017 geplant (vgl. IV-act. 51). Aus dem letzten Bericht der Orthopädischen Chirurgie sind keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - auch betreffend das Lungenleiden - verschlechtert hätte. Der Beschwerdeführer hat bei seiner Beschwerdeschilderung nichts dergleichen erwähnt und auch mit der Beschwerde keine entsprechenden anderslautenden medizinischen Akten eingereicht (IV-act. 69). Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt anzusehen. Für die angestammte Tätigkeit ist gemäss den vorhandenen Akten seit März 2015 von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% auszugehen. Demnach war das Wartejahr im März 2016 erfüllt. Im massgebenden Zeitraum ab März 2016 ist abgesehen von mehrwöchigen Unterbrüchen - zuletzt ab April 2017 - von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit für eine den Leiden angepasste Tätigkeit auszugehen. Da der Beschwerdeführer mit Jahrgang 19__ bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im März 20__ bereits 61-jährig war, stellt sich die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Ins Gewicht fällt vorliegend, dass der Beschwerdeführer ganztags zu 100% arbeitsfähig ist

für leidensangepasste Tätigkeiten und keine schweren Tätigkeiten mehr ausführen kann. Weiter zu beachten ist, dass er seit 1981, mithin 35 Jahre lang, als Selbständigerwerbender tätig war. Den Betrieb hat er per 1. Juli 2016 aufgegeben bzw. ihn seinem Sohn übertragen (vgl. Sachverhalt vorstehend E. A.j). Die IV-Anmeldung erfolgte am 6. November 2015 und das Wartejahr lief im März 2016 ab. Somit ist frühestmöglicher Beginn einer allfälligen Rente der 1. Mai 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Frage, ob und gegebenenfalls welche berufliche Neueingliederung von einer versicherten Person für die Bestimmung des Invaliditätsgrads im Rahmen ihrer Pflicht zur Schadenminderung verlangt werden kann, beantwortet sich nach dem Grundsatz der Zumutbarkeit (so ausdrücklich auch etwa Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG), der als Teilgehalt im verfassungsmässigen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) enthalten ist. Von der versicherten Person kann daher nur eine berufliche Umstellung verlangt werden, die ihr unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar ist, d.h. es darf sich nicht um realitätsfremde und in diesem Sinn unmögliche oder unzumutbare Vorkehren handeln. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit eines Berufswechsels sind insbesondere das Alter der versicherten Person, die Art und Dauer ihrer bisherigen Berufstätigkeit, deren selbstständige oder unselbstständige Ausübung, die mit einer beruflichen Neueingliederung verbundene Veränderung der sozialen Stellung der versicherten Person, ihre persönlichen und familiären Verhältnisse sowie ihre entsprechend grössere oder geringere Flexibilität hinsichtlich ihres Wohn- und Arbeitsortes massgebend. Ins Gewicht fällt auch die Art und Dauer der beanspruchten Versicherungsleistungen sowie deren Kosten. Denn die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind zulässigerweise dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Sozialversicherung in Frage steht, wie dies beispielsweise bei Rentenleistungen an relativ junge Versicherte der Fall ist, denen in einer neuen beruflichen Tätigkeit noch eine lange Aktivitätsperiode verbleibt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 23. Dezember 2004, I 316/04, E. 2.2 mit zahlreichen Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur; siehe auch Urteil des Bundesgerichts vom 21. Februar 2013, 8C_654/2012, E. 5.1 mit Hinweisen). Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist hingegen in denjenigen Fällen anzunehmen, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente

begründet (BGE 138 V 460 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischer Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 460 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 22. März 2012, 9C_153/2011, E. 3.1, vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008 E. 4.2.2 mit Hinweisen, und vom 21. November 2014, 9C_358/2014, E. 7.1). Von Bedeutung für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sind namentlich deren Ausmass und die verbleibende berufliche Aktivitätsdauer im Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit. Dieses ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (vgl. BGE 138 V 461 f. E. 3.3 f.; Urteile des Bundesgerichts vom 21. November 2014, 9C_358/2014, E. 7.2, und vom 25. Juli 2016, 8C_324/2016, E. 4.4, wo fünf Jahre erwähnt werden). Mit Blick auf die Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht leichthin anzunehmen (Urteile des Bundesgerichts vom 8. Januar 2013, 8C_724/2012, E. 4.3, vom 13. Februar 2013, 8C_12/2013, E. 3.2, und vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 3.3.1). Hilfsarbeiten werden auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2018, 9C_862/2017, E. 3.3.3 mit Hinweis). Angesichts der strengen Bundesgerichtspraxis sind die Hürden für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auch bei älteren Arbeitnehmern hoch (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008, E. 4.3, und vom 29. November 2016, 8C_910/2015, E. 4.2.2 und E. 4.3.4; zur Rechtsprechung des Bundesgerichtes vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts vom 7. Dezember 2017, IV 2015/384, E. 3.3.2). Für den Zeitpunkt, in dem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 461 f.). Die Beschwerdegegnerin legt diesen Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit in ihrer Beschwerdeantwort auf den April 2016, in welchem die erste RAD-Stellungnahme zur Rente verfasst wurde, und erachtete das Alter des Beschwerdeführers von 62 Jahren als massgebend (IV-act. 28). Der Beschwerdeführer bestreitet dies zwar nicht, jedoch ist nach den infolge des Einwands vorgenommenen weiteren Abklärungen sowie mehreren RAD-Stellungnahmen wohl kaum davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten im Zeitpunkt der ersten RAD-Stellungnahme feststand. Insbesondere auch nachdem der RAD selbst die Einholung weiterer Berichte anordnete und der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der Operationen sowie Behandlungen noch nicht als stabil angesehen und auch noch nicht die vorübergehende Natur der gesundheitlichen Verschlechterungen erkannt

werden konnte. Demnach schaffte erst die letzte RAD-Stellungnahme von Dezember 2017 die nötige Klarheit, womit in diesem Zeitpunkt vom Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit auszugehen und das nämliche Alter entscheidend ist. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer, der am __1953 geboren ist, bereits 64 ½ Jahre alt, womit sich die Prüfung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bzw. der adaptierten Arbeitsfähigkeit aufgrund der sehr kurzen verbleibenden Aktivitätsdauer realistischer Weise gar nicht mehr stellen konnte. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, er könne nicht ohne weiteres eine angestellte Bürotätigkeit annehmen und zudem sei ihm ein derart radikaler Wechsel, der eine hohe Anpassungsfähigkeit voraussetze, nicht zuzumuten. Die Beschwerdegegnerin geht in ihrer Beschwerdeantwort davon aus, dass ihm irgendwie geartete Hilfsarbeiten ohne weiteres zumutbar seien und nicht lediglich Bürotätigkeiten in Frage kommen würden. Sie lässt dabei jedoch ausser Acht, dass es dem 35 Jahre als selbständig erwerbender Berufsmann tätig gewesenen Beschwerdeführer nicht zuzumuten ist, irgendeine Hilfsarbeitertätigkeit anzunehmen. Der zu erbringende Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand wäre daher beträchtlich gewesen. Nicht ersichtlich ist sodann, inwiefern der Beschwerdeführer die im eigenen Verkaufs- und Servicegeschäft während 35 Jahren gewonnene Berufserfahrung im Rahmen einer Verweisungstätigkeit direkt hätte nutzbar machen können. Unter diesen Gegebenheiten wurde die Arbeitskraft des im massgebenden Zeitpunkt (Dezember 2017) 64 ½ Jahre alten Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischer Weise nicht mehr nachgefragt. Die Restarbeitsfähigkeit in einer unselbständigen Tätigkeit war somit nicht verwertbar. Nachdem er seine Firma aufgab, ist nicht mehr massgeblich, dass ihm die Aufgabe gemäss den genannten Gründen ohnehin gar nicht zumutbar gewesen wäre. Demnach ist die Verwertbarkeit der 100%-igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten nicht mehr gegeben sowie der Wechsel von einer selbständigen zu einer unselbständigen Tätigkeit bzw. die Aufnahme einer unselbständigen Tätigkeit nicht mehr zumutbar und dem Beschwerdeführer der Anspruch auf eine ganze Rente einzuräumen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Prüfung des vom Beschwerdeführer bemängelten Valideneinkommens sowie auch die Ermittlung eines Invalideneinkommens grundsätzlich. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Berechnung des Durchschnittes der Einkommen von 2009 bis 2013 gemäss dem IK-Auszug insoweit korrekt vorgenommen wurde, als die Buchung von Fr. 113'500.-- für das Jahr 2012 wieder abgezogen worden war. Einzig die Anpassung der Jahreseinkommen an die Nominallohnentwicklung wurde vergessen. Nach dem Gesagtem hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung ab 1. Mai 2016. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Angelegenheit zur Berechnung der Rentenhöhe und zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der Verwaltungsrechtspflege

beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im vorliegenden Fall erscheint auf Grund der überschaubaren Aktenlage eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Guttheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 14. Februar 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2016 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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