

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/102 vom 12. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_102

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/102 du 12 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/102 del 12 marzo 2021

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Entgegen der Beschwerdegegnerin ist aus psychiatrischer Sicht ab 1. September 2016 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und ab 5. September 2017 von einer Arbeitsfähigkeit von 62,5 % auszugehen. Ab 1. Februar 2018 ist führend eine rheumatologischerseits limitierte Arbeitsfähigkeit von 70 % anzunehmen. Aufgrund des Adaptationsprofils, des eher fortgeschrittenen Alters und der langjährigen ausschliesslichen Tätigkeit an einer Arbeitsstelle ist ein Tabellenlohnabzug von insgesamt 10 % begründet. Damit hat der Beschwerdeführer ab 1. September 2016 Anspruch auf eine ganze und ab 1. Januar 2018 auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. März 2021, IV 2019/102).

Volltext

Entscheid vom 12. März 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/102 Parteien A.____ Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 15. Februar 2016 wegen seit 25. September 2015 bestehender Folgen eines Meniskusrisses bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 45). Auf ein erstes Gesuch vom 30. August 1994 wegen psychischer Beeinträchtigung (IV-act. 2) waren dem Versicherten eine berufliche Abklärung sowie Arbeitstraining insgesamt vom 6. Juni 1995 bis 31. März 1996 (Verfügungen vom 19. Juni 1995, IV-act. 13, vom 15. September 1995, IV-act. 19 und vom 1. Februar 1996, IV-act. 24) und mit Verfügung vom 16. August 1996 (IV-act. 43) eine ganze Rente mit Wirkung vom 1. September 1994 bis zur rentenausschliessenden Eingliederung am 30. Juni 1995 zugesprochen worden. Der Versicherte hatte am 1. Juli 1998 bei der B.____ AG eine Stelle als Gipser/Vorarbeiter angetreten (Angaben Arbeitgeberin vom 26. Februar 2016, IV-act. 54) und war ab dem 25. September 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Taggeldkarte, IV-act. 54-7). Dr. D.____, Orthopädie E.____, hatte gemäss Bericht vom 25. September 2015 eine chronisch degenerative LWS mit Diskushernie, einen Innenmeniskus- und Knorpelschaden mit Bursitis Knie links, einen Meniskus- und Knorpelschaden Knie rechts sowie Spreizfüsse bds. diagnostiziert (IV-act. 67). Arthroskopische Teilmeniskektomien waren am 24. November 2015 (Knie rechts, Operationsbericht Orthopädie E.____, IV-act. 56-5) und am 11. Februar 2016 (Knie links, Operationsbericht Orthopädie E.____, IV-act. 73) durchgeführt worden (vgl. hierzu auch

Krankengeschichte Orthopädie E.____, IV-act. 76). Der RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie FMH, nahm am 20. Mai 2016 Stellung, die Heilungsphasen von Seiten der Knieeingriffe seien abgeschlossen. In der bisherigen Tätigkeit als Gipser sei der Versicherte nicht mehr, in einer rücken- und beinentlastenden Tätigkeit hingegen zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 81). Die Arbeitgeberin kündigte auf den 31. Mai 2016 das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen (Angaben vom 26. Februar 2016, IV-act. 54-2). Im Protokoll zum Assessment vom 4. Mai 2016 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, der Versicherte leide unter Arthroseschmerzen am ganzen Körper. Das Ergebnis der Meniskusoperationen sei nicht befriedigend. Seit Februar 2016 gehe es ihm auch psychisch schlechter. Die Kündigung sei für den Versicherten ein grosser Schock gewesen (IV-act. 82). Vom 30. Mai bis 17. September 2016 absolvierte der Versicherte eine berufliche Abklärung im G.____ (Eingliederungsplan, IV-act. 84, Mitteilung Zuspache vom 8. Juni 2016, IV-act. 87). Das Pensum von anfänglich 100 % musste ab 11. Juli 2016 wegen starker Rückenschmerzen auf 50 % reduziert werden. Die Arbeitsproben mussten wegen Schmerzen abgebrochen werden bzw. der Versicherte erreichte die Anforderungen in zeitlicher Hinsicht und teilweise bezüglich der Genauigkeit nicht. Verständnisschwierigkeiten erschwerten das Assessment. Der Versicherte war nicht belastbar und erreichte eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit von 60 % bei einer Präsenz von 50 % (Schlussbericht G.____ vom 23. September 2016, IV-act. 93). Vom 26. September bis 21. Oktober 2016 war der Versicherte in tagesklinischer Behandlung in der Klinik H.____, wo eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (ICD-10: F43.22), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und eine psychophysische Erschöpfung (ICD-10: Z73.0) diagnostiziert wurden (vgl. Gutachten Dr. I.____ vom 7. März 2017, IV-act. 110-3, 10). Ein erneutes Aufbautraining im G.____ ab dem 5. Dezember 2016 (Eingliederungsplan, IV-act. 97; Zuspache Mitteilung vom 8. Dezember 2016, IV-act. 99) musste am 31. Januar 2017 vorzeitig abgebrochen werden. Die anfängliche Präsenzzeit von 50 % konnte nicht wie geplant gesteigert werden. Im Schlussbericht der Institution vom 31. Januar 2017 (IV-act. 104) wurde unter anderem ausgeführt, die Gesamtarbeitsleistung habe in keiner Weise den Anforderungen der freien Marktwirtschaft entsprochen. Aufgrund der enormen Konzentrationsschwankungen habe sich der Durchschnitt auf eine 20%ige bis 30%ige Leistungsfähigkeit bei 50 % Präsenzzeit belaufen. Mit Mitteilung vom 28. Februar 2017 wurden berufliche Massnahmen abgeschlossen (IV-act. 108). Im Auftrag des Krankentaggeldversichereress wurde der Versicherte in der Folge bidisziplinär begutachtet (Gutachten vom 7. März 2017, Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. J.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH; Untersuchungen 6. März 2017; IV-act. 110). Die orthopädische Gutachterin hielt fest, die degenerativen Veränderungen seien zum Teil nur moderat, in Summe hätten sie jedoch negative Auswirkungen auf die gesamte Belastbarkeit (IV-act. 110-26). Für die Tätigkeit als Vorarbeiter/Gipser ergebe sich auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr. Körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten könne der Versicherte aus orthopädischer Sicht ab sofort in vollem Umfang ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit verrichten (IV-act. 110-27 f.). Der psychiatrische Gutachter stellte die Diagnosen einer depressiven Episode, gegenwärtig schweren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.2), sowie einer Agoraphobie und sozialphobischer Ängste (ICD-10: F40.00/40.1). Er führte aus, der Versicherte sei aufgrund seiner ausgeprägten depressiven Symptomatik in seinen emotionalen (Stimmung, Stabilität, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Ausdauer), kognitiven (Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit) und somatischen Funktionen (Antrieb, Tatkraft, Energie)

und damit in seiner Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit in schwerem Grad eingeschränkt. Aus rein psychiatrischer Sicht sei er derzeit 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 110-14 f.). Dr. med. K.____, Psychiatrie-Zentrum L.____, hielt im Arztbericht vom 16. Juni 2017 fest, er behandle den Versicherten seit dem 7. April 2017. Dieser leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) und an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Im Behandlungsverlauf habe eine Besserung der depressiven Symptomatik erreicht werden können mit Stimmungsaufhellung und Besserung des Antriebs. Auch der Schlaf habe sich deutlich gebessert. Die Symptomatik entspreche aktuell einer mittelgradigen depressiven Episode. Seit 7. April 2017 sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei davon auszugehen, dass eine Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr erreicht werden könne. Seit 12. Juni 2017 finde ein Arbeitsversuch in der M.____ mit einem Pensum von 40 % statt. Bereits ab 11 Uhr liessen Konzentration und Leistungsfähigkeit deutlich nach. Arbeiten unter Leistungs- und Zeitdruck seien nicht möglich. Die Aufmerksamkeitsspanne sei stark reduziert (IV-act. 113-6 ff.). Dr. med. N.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, erhob beim Versicherten chronischen Nachtschweiss unklarer Aetiologie bei vorübergehend erhöhter Blutsenkung ohne fassbare entzündlich-rheumatische Erkrankung, ein chronisches Panvertebralsyndrom mit rechtsbetonter cervico-thoraco-brachialer Komponente bei Hyperkyphose der BWS, muskulären Dysbalancen und degenerativen Veränderungen, Gonarthrosen beidseits, klinisch vor allem femoro-patellär, Knick-Senkfüsse beidseits, sowie Spreizfüsse und Hallux valgus rechtsbetont, chronische Metatarsalgien. Für eine entzündliche Rheumaerkrankung resp. eine Vasculitis fänden sich keine Hinweise (Bericht vom 5. Juli 2017, IV-act. 120). In einer Reevaluation seines Gutachtens vom 7. März 2017 kam Dr. I.____ am 4. September 2017 zum Schluss, die ein halbes Jahr zuvor schwere Depression sei zwischenzeitlich remittiert (objektiv viel mehr als subjektiv). Aktuell entsprächen die Symptome einer leichten Depression. Es bestehe ein auffallendes Klagen mit Neigung zu (unbewusster) Aggravation, mit deutlicher Diskrepanz zwischen subjektiv wahrgenommenen (psychischen und körperlichen) Beschwerden und objektiven Befunden. Aufgrund der deutlichen Verbesserung des Zustandes sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aktuell noch um 25 % bis maximal 50 % reduziert (Fremdakten, act. 5-14 f., 18). Dr. K.____ nahm hierzu am 26. September 2017 Stellung, der Versicherte leide unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik. Konzentration und Leistungsfähigkeit seien deutlich reduziert. Im geschützten Arbeitsversuch (M.____) sei er im Juni 2017 bereits bei einem Pensum von 40 % an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit gestossen. Ausserdem habe sich die depressive Symptomatik zuletzt deutlich verschlechtert, so dass diese im Bereich einer schweren depressiven Episode liege (IV-act. 123). RAD-Arzt Dr. F.____ nahm am 19. September 2017 Stellung, die Berichte von Dr. I.____ gingen nicht auf die Standardindikatoren ein, weshalb eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt sei (IV-act. 131). In einem Schreiben vom 19. Oktober 2017 teilte der Krankentaggeldversicherer dem Versicherten mit, er habe den Bericht von Dr. K.____ an Dr. I.____ zur Stellungnahme weitergeleitet. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % könne auf dem ersten Arbeitsmarkt noch nicht umgesetzt werden. Entgegen dem Schreiben vom 11. September 2017 (Fremdakten, act. 5-2 f.) werde das Taggeld weiterhin ausgerichtet (Fremdakten, act. 6-2). Im Gutachten vom 19. März 2018 kamen die Experten des ärztlichen Begutachtungsinstituts GmbH (ABI) Basel (Dr. med. O.____, FMH Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. Q.____,

FMH Rheumatologie; Untersuchungen 22. Januar 2018; IV-act. 139) zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 20%ige Einschränkung aufgrund der depressiven Verfassung (IV-act. 139-15). In Übereinstimmung mit dem Verlaufsgutachten von Dr. I. ___ sei die aktuelle depressive Episode als leicht einzustufen und bestehe der Verdacht einer Schmerzverarbeitungsstörung (IV-act. 139-15 f., 29). Nach eigener Angabe habe der Versicherte drei Tage vor der Begutachtung die Medikamente abgesetzt; die Serumspiegel von Quetiapin und Escitalopram lägen unter der Nachweisgrenze, weshalb die Compliance nicht intakt sei und sich die Arbeitsfähigkeit noch steigern liesse (IV-act. 139-12, 16 f.). Der rheumatologische Gutachter attestierte dem Versicherten für im Wesentlichen körperlich leichte bis sehr selten mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei eine um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit zur Gewährung von regelmässigen Pausen bereits berücksichtigt sei (IV-act. 139-25). Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht könne nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Pausen und Erholung genutzt werden könnten (IV-act. 139-25). RAD-Arzt Dr. F. ___ nahm am 22. März 2018 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 140), worauf die IV-Stelle dem Versicherten nach Durchführung des Einkommensvergleichs und Ermittlung eines IV-Grades von 46 % mit Vorbescheid vom 8. Juni 2018 die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. Juli 2017 in Aussicht stellte (IV-act. 151). Mit Einwand vom 14. August 2018 liess der Versicherte im Wesentlichen geltend machen, das psychiatrische ABI-Teilgutachten sei nicht schlüssig. Dr. I. ___ habe seine Beurteilung vom 4. September 2017 revidiert. Der bisherige Verlauf sei nicht korrekt berücksichtigt worden (IV-act. 152-1 ff.). Mit dem Einwand reichte er einen Verlaufsbericht von Dr. K. ___ vom 16. Juli 2018 ein, woraus unter anderem hervorging, dass der Versicherte seit Ende Februar 2018 jeweils nachmittags an einem geschützten Arbeitsplatz tätig sei (IV-act. 152-4 f.). In einer Stellungnahme vom 3. September 2018 legte der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen dar, primär seien die Untersuchungsbefunde und nicht die Vorakten massgebend. Jene sprächen für einen eher leichtgradigen depressiven Zustand. An der 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten (IV-act. 157). Der RAD-Arzt schloss sich dem am 12. September 2018 vollumfänglich an (IV-act. 158), worauf die IV-Stelle dem Versicherten mit gleichem Datum erneut das rechtliche Gehör zum vorgesehenen Entscheid gewährte (IV-act. 159). Dagegen brachte der Versicherte am 25. September 2018 unter anderem vor, das ABI habe übersehen, dass Dr. I. ___ seine Beurteilung revidiert habe. Die Medikamente habe er drei Tage vor der Begutachtung abgesetzt, weil er sich einer Zahnoperation habe unterziehen müssen. Auch dass er Auto fahre und im Vorjahr nach S. ___ gereist sei, lasse nicht auf ein geringes Ausmass seiner Beschwerden schliessen. Eventualiter sei ein Leidensabzug von mindestens 10 % ausgewiesen (IV-act. 160). RAD-Arzt Dr. F. ___ befand am 26. September 2018, die Stellungnahme des Versicherten enthalte keine neuen medizinischen Erkenntnisse (IV-act. 161). Der Rechtsdienst der Beschwerdeführerin hielt in einer Stellungnahme vom 19. November 2018 unter anderem fest, die Einwände des Versicherten betreffend Absetzen der Psychopharmaka seien nicht überzeugend. Es sei weiterhin auf das ABI-Gutachten abzustellen (IV-act. 162). Mit Verfügung vom 1. April 2019 (in Ersatz einer korrigierten Verfügung vom 4. März 2019, IV-act. 165) sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. Juli 2017 eine Viertelsrente zu, legte den laufenden Rentenanspruch ab dem 1. März 2019 fest und zitierte zur Begründung aus den Stellungnahmen des RAD und des Rechtsdienstes (IV-act. 168). Gegen die Verfügung vom 1. April 2019 lässt A. ___, vertreten durch

Rechtsanwalt lic. iur. K. Gemperli, am 29. April 2019 Beschwerde erheben. Er beantragt, in Abänderung der angefochtenen Verfügung sei ihm unter Kosten- und Entschädigungsfolgen mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Dazu führt er im Wesentlichen aus, er habe bei der Begutachtung spontan darauf aufmerksam gemacht, dass er die Medikamente drei Tage zuvor wegen einer Zahnoperation abgesetzt habe. Dies sei vom ABI nicht korrekt protokolliert worden und könne durch Auskunft/Zeugnis des Kieferchirurgen Dr. Z.____ bewiesen werden. Sowohl im G.____ als auch durch das Gutachten von Dr. I.____ vom 7. März 2017 sei ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der ABI-Gutachter habe diesem Gutachten seine Befunde nicht entgegengehalten, weshalb die fehlende Berücksichtigung der Berichte des G.____ rechtswidrig sei. Unhaltbar sei auch der gezogene Schluss, dass die Arbeitsleistung durch eine hohe Krankheitsüberzeugung bedingt sei. Für den weiteren Verlauf hätte der Gutachter nicht auf das Verlaufsgutachten von Dr. I.____ vom 4. September 2017 abstellen dürfen, da Dr. I.____ dieses revidiert habe. Im Bericht vom 16. Juli 2018 habe Dr. K.____ ausgeführt, dass er bis März 2018 nicht und ab April 2018 zu 20 % arbeitsfähig gewesen sei. Er sei zu 43,75 % im zweiten Arbeitsmarkt in der R.____ angestellt. Bei rezidivierenden depressiven Erkrankungen sei der retrospektive Längsverlauf für die Beurteilung der zukünftigen Entwicklung wichtig. Das ABI-Gutachten basiere nicht auf einem regelrecht ermittelten retrospektiven Längsschnitt. Es habe lediglich eine Reise nach S.____ stattgefunden, und diese aus familiären Gründen. Er fahre nur kurze Strecken mit dem Auto und Kontakte zu einer Reihe von Cousins und Cousinen bestünden nicht. Wenngleich er sich gelegentlich in den S.____-club mitnehmen lasse, lägen insgesamt keineswegs soziale Beziehungen vor, die auf intakte Ressourcen schliessen liessen. Aufgrund der umfangreichen Adaptationskriterien aus rheumatologischer Sicht, seines Alters und Dienstalters und seiner schlechten Sprachkenntnisse sei ein Tabellenlohnabzug von 10 % ausgewiesen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Sie führt an, die Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich medizintheoretisch und nicht aufgrund einer beruflichen Abklärung festzulegen. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung seien Arbeitsversuche beim Beschwerdeführer zum Vornherein zum Scheitern verurteilt. Bezüglich der übrigen Rügen sei auf die Stellungnahmen des ABI vom 3. September 2018 und der Rechtsabteilung vom 19. November 2018 verwiesen. Da der Beschwerdeführer auch vereinzelt körperlich mittelschwere Tätigkeiten ausführen könne, sei kein Leidensabzug vorzunehmen. Zudem seien die gesundheitlichen Einschränkungen bei der attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % bereits grosszügig berücksichtigt (act. G 4). Mit Eingabe vom 14. Juni 2019 ficht der Beschwerdeführer auch die rückwirkende Rentenzusprache für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis 28. Februar 2019 betreffende Verfügung vom 6. Juni 2019 an (act. G 6). Mit Replik vom 4. Oktober 2019 bringt der Beschwerdeführer vor, vorliegend gehe es nicht darum, dass der Rechtsanwender nicht alleine auf die Ergebnisse von Eingliederungsmassnahmen abstellen dürfe. Vielmehr hätten diese vom Gutachter richtig berücksichtigt werden müssen (act. G 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf eine Duplik (act. G 14). Erwägungen Angefochten sind vorliegend die Verfügungen vom 1. April 2019 (IV-act. 168) und vom 6. Juni 2019 (act. G 6.2), wonach dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juli 2017 eine Viertelsrente zugesprochen wurde. Die Beschwerdegegnerin hat eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrad gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) als glaubhaft gemacht erachtet, indem sie auf das Gesuch vom 15. Februar 2016 (IV-act. 45)

eingetreten ist und schliesslich eine Begutachtung angeordnet hat. Dem Beschwerdeführer wurde mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 16. August 1996 aufgrund von psychischen Problemen lediglich eine bis 30. Juni 1995 befristete Rente zugesprochen (IV-act. 43). Somit ist bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab 25. September 2015 (Taggeldkarte, IV-act. 54-7) und Wiederanmeldung am 15. Februar 2016 (IV-act. 45) ein Rentenanspruch ab 1. September 2016 zu prüfen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]; BGE 142 V 550 f. E. 3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C_942/2015, E. 3.3.3). Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261

E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Gemäss ABI-Gutachten besteht interdisziplinär führend aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepassten Tätigkeiten (IV-act. 139-25). Der rheumatologische Gutachter führte aus, die segmentale lumbale Untersuchung habe eine deutliche Bewegungseinschränkung vor allem der Lateralflexion und Reklination ergeben. Unter Berücksichtigung der MRT-Aufnahmen aus dem Jahr 2015 und der aktuellen Röntgenbilder könne ein chronisches lumbospondylogenes bis facettogenes Schmerzsyndrom auf dem Boden von degenerativen Facettengelenksarthrosen und lumbalen Chondrosen festgestellt werden. Die thorakale Bewegungsfähigkeit sei vor allem in Extension praktisch aufgehoben im Sinne einer fixierten Kyphose. In der mittleren HWS bestünden beginnende Osteochondrosen und ventrale Spondylosen. Diese bildeten ein radiomorphologisches Korrelat zu den angegebenen Beschwerden und der in der Untersuchung festgestellten leichten Bewegungseinschränkung. Am subjektiv stark schmerzhaften Ellbogengelenk habe sich eine deutliche Druckempfindlichkeit am Epikondylus humeri radialis mit schmerzhaftem Stresstest gefunden. Im Kniegelenkstatus habe sich ein Patellaverschiebungsschmerz mit subpatellärer Krepitation als klinisches Korrelat zu den in den Akten bereits erwähnten degenerativen femoropatellären Veränderungen ergeben. Der kursorisch neurologische Status sei insgesamt völlig unauffällig gewesen (IV-act. 139-24). Die orthopädische Vorgutachterin hatte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 100 % attestiert (Bidisziplinäres Gutachten vom 7. März 2017, IV-act. 110-28). Der rheumatologische ABI-Gutachter vermerkte dazu, sie habe die bereits damals dokumentierten degenerativen Veränderungen der LWS nicht adäquat gewürdigt (IV-act. 139-25). Im Übrigen stimmt die rheumatologische Beurteilung im Wesentlichen mit dem früheren orthopädischen Teilgutachten überein, ist nachvollziehbar und schlüssig und wurde weder vom RAD noch von den Parteien in Frage gestellt. Der psychiatrische Gutachter des ABI attestierte dem

Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 139-15). Zum erhobenen Befund führte er aus, die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten in der grobklinischen Untersuchung nicht beeinträchtigt. Merkmale einer schwer depressiven Störung mit vitaler Traurigkeit, Antriebsstörung oder akuter Suizidalität hätten sich nicht feststellen lassen. Der Versicherte präsentiere sich weiterhin in einer depressiven Verfassung mit einer bedrückten Stimmungslage, Lustlosigkeit, Ratlosigkeit und einer Schlafstörung. Das Ausmass des depressiven Zustandes sei als leichtgradig einzustufen (IV-act. 139-14 f.). Infolge der Depression sei der Versicherte in seiner Reaktionsfähigkeit leicht verlangsamt und es fehle an Durchhaltevermögen. Die Störung bestehe seit März 2017 (IV-act. 139-15, 16). Die aktuellen Befunde stünden in Übereinstimmung mit dem Verlaufsgutachten von Dr. I.____ (vom 4. September 2017, Fremdakten, act. 5-4 ff.). Sie könnten die im G.____ gezeigte geringe Leistungsfähigkeit nicht erklären, weshalb anzunehmen sei, dass diese durch eine hohe Krankheitsüberzeugung bedingt sei (IV-act. 139-17). Der Beschwerdeführer hält die Beurteilung des ABI-Gutachters sowohl zum Begutachtungszeitpunkt als auch retrospektiv für unzutreffend. Gegen die echtzeitliche Einschätzung führt er zum einen die Berichte von Dr. K.____ an. Dieser hatte am 26. September 2017 festgehalten, die depressive Symptomatik habe sich zuletzt deutlich verschlechtert und die depressive Episode sei schwergradig (IV-act. 123). Am 16. Juli 2018 berichtete er, die Stimmung habe sich geringfügig verbessert, so dass seit April 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bestehe. Die depressive Episode sei gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt. Die Stimmung sei gedrückt und traurig bei reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit. Antrieb und Fähigkeit zur Freude seien erheblich beeinträchtigt. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis seien beeinträchtigt. Ein sozialer Rückzug liege vor, es bestünden keine Sozialkontakte ausserhalb der Familie (IV-act. 152-4 f.). Zum anderen wendet der Beschwerdeführer ein, Dr. I.____ habe seine Einschätzung vom 4. September 2017, wonach die Depression noch leichtgradig ausgeprägt sei und er zu 50 % bis 75 % arbeitsfähig sei (Fremdakten, act. 5-13 ff., 18), revidiert. Zudem sei der ABI-Gutachter zu Unrecht von einer unzureichenden Compliance bei der Medikamenteneinnahme ausgegangen. Im Verlaufsgutachten vom 4. September 2017 kam Dr. I.____ zum Schluss, die vor einem halben Jahr festgestellte schwere Depression sei zwischenzeitlich remittiert. Aktuell bestünden noch Symptome einer leichten Depression. Aufgrund der deutlichen Verbesserung des Zustandes sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aktuell noch um 25 % bis maximal 50 % reduziert. Eine volle Arbeitsfähigkeit sei nach weiterer Remission in den nächsten zwei bis drei Monaten zumutbar (Fremdakten, act. 5-14 f., 18 f.). Aufgrund dessen teilte der Krankentaggeldversicherer dem Beschwerdeführer am 11. September 2017 mit, er werde ab dem 20. September 2017 den Taggeldanspruch auf 50 % reduzieren und in zwei bis drei Monaten erneut prüfen (Fremdakten, act. 5-2 f.). In der Folge liess der Krankentaggeldversicherer die Stellungnahme von Dr. K.____ vom 26. September 2017 (IV-act. 123) offenbar Dr. I.____ zukommen und führte später aus, die Arbeitsfähigkeit von 50 % könne im ersten Arbeitsmarkt noch nicht umgesetzt werden. Nach einem Arbeitstraining im zweiten Arbeitsmarkt könne nach zwei bis drei Monaten wieder eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erreicht werden. Das Krankentaggeld werde weiterhin zu 100 % ausgerichtet und der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht aufgefordert, die geplante Massnahme umgehend mit seinem behandelnden Arzt zu besprechen (Schreiben Krankentaggeldversicherer vom 19. Oktober 2017, Fremdakten, act. 6-2). Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers lässt sich

aus diesem Schreiben nicht ableiten, dass Dr. I.____ von seiner Einschätzung, dass bei fortgesetzter Therapie von einer 100%ige Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, abgerückt ist. Der Beschwerdeführer wurde lediglich darüber informiert, dass diesem der Bericht weitergeleitet worden sei und dass das Taggeld vorderhand weiter ausbezahlt werde. Dementsprechend findet sich auch keine anderslautende Einschätzung Dr. I.____s in den Akten. Deshalb erübrigen sich im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung diesbezüglich weitere Abklärungen. Hinzu kommt, dass sich aus einer (befristeten) Weiterausrichtung der Krankentaggeldleistungen in IV-rechtlicher Hinsicht nichts ableiten lässt. Auch mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer nach der ersten Begutachtung von Dr. I.____ im März 2017 am 7. April 2017 die Behandlung bei Dr. K.____ aufnahm (Arztbericht Dr. K.____ vom 16. Juni 2017, IV-act. 113-6 ff.), erscheint die Besserung des Gesundheitszustandes bzw. der Anstieg der Arbeitsfähigkeit auf 50 % bis 75 % bis zum 4. September 2017 (Re-Evaluation Dr. I.____) und weiter bis zur Begutachtung im ABI am 22. Januar 2018 auf 80 % kohärent (wobei limitierend ohnehin die rheumatologisch attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % ist) und auch nicht im Widerspruch zu den gezeigten Leistungen im G.____ im Jahr 2016 und anfangs 2017. Der Beschwerdeführer rügt weiter, er habe dem Gutachter mitgeteilt, dass er drei Tage vor der Begutachtung wegen einer Zahnoperation die Medikamente habe absetzen müssen. Der Gutachter habe dies nicht vermerkt bzw. berücksichtigt, sondern zu Unrecht eine mangelhafte Compliance angenommen. Der Beschwerdeführer beantragt hierzu eine Auskunft/Attest des Kieferchirurgen, der den Eingriff vorgenommen habe. In der Anamnese des psychiatrischen Gutachters ist vermerkt, der Beschwerdeführer habe die Medikamente abgesetzt, da er das Gefühl habe, zu viele Medikamente einzunehmen (IV-act. 139-12). Entsprechend ist nachvollziehbar, dass der Gutachter nicht von einer intakten Compliance ausging (IV-act. 139-17). Der internistische Gutachter erhob bezüglich Rachen und Tonsillen einen unauffälligen Befund und vermerkte, die Zähne seien saniert (IV-act. 139-10), was nur gerade drei Tage nach der geschilderten Zahnoperation doch auffällig erscheint. Indes schloss der Gutachter aus der von ihm angenommenen nicht optimalen Compliance nicht auf einen geringen Leidensdruck, sondern führte aus, durch eine regelmässige Einnahme von Quetiapin und Escitalopram liesse sich die Symptomatik noch aufhellen und die Arbeitsfähigkeit weiter steigern (IV-act. 139-17). Daraus geht hervor, dass der Gutachter bei vorhandener Compliance eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit gar über die attestierten 80 % hinaus als möglich erachtete. Er hat also den Umstand, dass der Beschwerdeführer die Medikamente abgesetzt hatte, nicht als einen die Arbeitsfähigkeit erhöhenden Faktor berücksichtigt, so dass bei tatsächlich gegebener Compliance von einer tieferen Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre. Somit gehen der geltend gemachten Rüge und dem Beweisantrag die Relevanz ab. Mit Blick auf die den Gutachterstellen von der Rechtsprechung zuerkannte, durch das Zufallsvergabeprinzip gewährleistete Unabhängigkeit (vgl. dazu BGE 137 V 239 E. 2.4.3 f. und S. 242 E. 3.1.1 sowie Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2020, 9C_25/2020, E. 5.1.2.2) und der Anwesenheit eines Dolmetschers erscheint zudem fragwürdig, dass der Gutachter den vom Beschwerdeführer angegebenen Grund für das Absetzen der Medikamente falsch protokolliert haben sollte. Die Einschätzung des Gutachters deckt sich nach dem Gesagten im Wesentlichen mit derjenigen von Dr. I.____ vom 4. September 2017. Der Gutachter traf seine Einschätzung unter Anwendung der Standardindikatoren gemäss dem strukturierten Beweisverfahren mit dem Ergebnis, dass eine Symptomverdeutlichungstendenz anzunehmen sei (IV-act. 139-16). Der Beschwerdeführer mache eher diffuse Angaben und korrigiere diese immer wieder (IV-act. 139-16). Zum

Aktivitätsniveau gab der Beschwerdeführer selbst an, er erledige leichte Haushaltarbeiten, gehe spazieren, wenn es ihm gut gehe, gehe an den Wochenenden gemeinsam (wohl mit seiner Ehefrau) einkaufen und suche regelmässig einen Club von S.____ Landsleuten auf, wo er auch Karten spiele. Auch wies er im Zusammenhang mit seinen Aktivitäten selber darauf hin, dass er in der Schweiz über Cousins und Cousinen verfüge und im Juli 2017 und vor etwa zwei Jahren (also Anfang 2016) in S.____ gewesen sei (IV-act. 139-13 f.). Ein mit einer schweren Depression zu vereinbarendes Ausmass an Aktivitäten ergibt sich mithin nicht aus der Interpretation des Gutachters, sondern direkt aus den Schilderungen des Beschwerdeführers. Auch hier besteht kein Anlass zur Annahme, dass diese nicht korrekt wiedergegeben wurden. Ebenso Dr. I.____ vermerkte im Verlaufsgutachten vom 4. September 2017 ein auffallendes Klagen mit Neigung zu (unbewusster) Aggravation, mit deutlicher Diskrepanz zwischen den subjektiv wahrgenommenen psychischen und körperlichen Beschwerden und den objektiven Befunden (Fremdakten, act. 5-14). Passend hielt der rheumatologische Gutachter fest, es sei für ihn nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer trotz der geltend gemachten Beschwerden und der erhobenen Befunde nicht mehr oder andere Behandlungsmassnahmen durchführe, was für eine psychosoziale Überlagerung mit sekundärer Selbstlimitierung spreche (vgl. IV-act. 139-25). In seiner Stellungnahme vom 3. September 2018 führte der Gutachter aus, für die Beurteilung seien primär die eigenen Untersuchungsbefunde und erst in zweiter Linie die Vorberichte relevant (IV-act. 157). Dem ist jedoch mit dem Beschwerdeführer entgegenzuhalten, dass die aktuellen Befunde nicht ohne Weiteres einer retrospektiven Beurteilung zugrunde gelegt werden können. Vielmehr sind für diese die echtzeitlichen Befunde massgebend. Dabei ist hervorzuheben, dass für den Zeitraum bis zum 4. September 2017 nicht bloss die Einschätzungen des G.____ (Schlussberichte vom 23. September 2016, IV-act. 93, und vom 31. Januar 2017, IV-act. 104) und des behandelnden Dr. K.____ (Arztbericht vom 16. Juni 2017, IV-act. 113-6 ff.) dem Beschwerdeführer keine Arbeitsfähigkeit zuerkannten, sondern auch der zur Objektivität verpflichtete Gutachter Dr. I.____ (Gutachten vom 15. März 2017, IV-act. 110-15, und dass vom 26. September bis 21. Oktober 2016 eine tagesklinische Behandlung in der Klinik H.____ erfolgte (IV-act. 110-3). Retrospektiv ist daher vom 1. September 2016 bis spätestens 4. September 2017 von einer aus psychiatrischer Sicht 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Vom 5. September 2017 bis Ende Januar 2018 ist aus psychiatrischer Sicht lediglich von einer 62,5%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Durchschnitt von 50 % und 75 %, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C_730/2012, E. 4.2). Ab 1. Februar 2018 ist mit dem ABI-Gutachten eine führend rheumatologischerseits limitierte 70%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Der Beschwerdeführer erzielte in den Jahren 2013 und 2014 ein Einkommen von Fr. 86'190.-- bzw. 13 x Fr. 6'630.-- (Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 53-1; Angaben Arbeitgeberin vom 26. Februar 2016, IV-act. 54). Die von der Arbeitgeberin zusätzlich angegebenen Pauschalspesen von Fr. 262.-- sind nicht zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2020, 8C_194/2020, E. 4.5). Zwar hat die Arbeitgeberin angegeben, sie habe das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (Angaben vom 26. Februar 2016, IV-act. 54-2). Sie sprach die Kündigung jedoch auf den 31. Mai 2016 aus, nachdem der Beschwerdeführer seit dem 25. September 2015 arbeitsunfähig war. Dies lässt auf eine gesundheitsbedingte Kündigung schliessen, weshalb das genannte Einkommen dem Valideneinkommen entspricht (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnitt gemäss

Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1, Männer, auszugehen. Dieses betrug für das Jahr 2016 Fr. 66'803.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2). Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerthen in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C_805/2016, E. 3.4.2). Aus rheumatologischer Sicht besteht die 70%ige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis sehr selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer sollte vor allem eher sitzende Tätigkeiten an einem ergonomisch gut eingerichteten Arbeitsplatz mit möglichen regelmässigen Positionswechseln durchführen. Zu vermeiden seien stereotype, fliessbandähnliche Rotationsbewegungen von HWS und LWS, Arbeiten in anhaltender Vor- oder Rückhalteposition des Oberkörpers und repetitive Überkopftätigkeiten sowie die regelmässige Benützung von Treppen, Gerüsten oder Leitern. Manuell verarbeitende Tätigkeiten in Schulterneutralstellung seien ohne spezifischen Einschränkungen möglich. Berufsbedingte kürzere Gehstrecken, zum Beispiel für gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen, seien möglich, nicht jedoch längere Gehstrecken (IV-act. 139-25). Aus psychiatrischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner Reaktionsfähigkeit leicht verlangsamt (IV-act. 139-15). Interdisziplinär seien die Arbeitsunfähigkeiten nicht zu addieren, da dieselben Zeitabschnitte für die vermehrt notwendigen Pausen und Erholung genutzt werden könnten (IV-act. 139-28). Nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Umstände als Grund für einen Tabellenlohnabzug anerkannt werden im Bereich des Kompetenzniveaus 1 das fortgeschrittene Alter oder das Dienstalder (Urteile des Bundesgerichts vom 31. Januar 2019, 9C_439/2018, E. 4.3.2, vom 17. Juli 2018, 9C_284/2018, E. 2.2.3, und vom 14. August 2014, 8C_351/2014, E. 5.2.4.2). Bei ganztägiger Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit - welche bei vermehrtem Pausenbedarf vorliegt - kann nach der Rechtsprechung ein Teilzeitabzug nicht gewährt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2017, 8C_148/2017, E. 6.2.2). Indem jedoch das rheumatologische Adaptionsprofil nicht nur mittelschwere Tätigkeiten auf ein "sehr seltenes" Ausmass beschränkt, sondern auch einen ergonomisch eingerichteten Arbeitsplatz vorsieht und zahlreiche vor allem andauernde oder repetitive Positionen oder Bewegungen

ausschliesst, sind die Einschränkungen weiter gezogen als der Kreis der vom Kompetenzniveau 1 erfassten Arbeiten. Zudem erscheint fraglich, ob die depressionsbedingt verlangsamte Reaktion durch die zur körperlichen Erholung vermehrten Pausen vollständig ausgeglichen werden kann. In Anbetracht des eher fortgeschrittenen Alters sowie der langjährigen ausschliesslichen Tätigkeit als Gipser bei einem Arbeitgeber ist ein Tabellenlohnabzug von gesamthaft 10 % begründet. Somit betragen das Invalideneinkommen bei 70%iger Arbeitsfähigkeit Fr. 42'086.-- ($0,9 \times 0,7 \times \text{Fr. } 66'803.--$) und der Invaliditätsgrad bei einem Valideneinkommen von Fr. 86'928.-- 51,6 %. Bei 62,5%iger Arbeitsfähigkeit ergibt die analoge Rechnung einen Invaliditätsgrad von 56,8 %. Die Verbesserung des psychiatrischen Zustandes war spätestens im Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung durch Dr. I.____ am 4. September 2017 (Fremdakten, act. 5-4 ff.) eingetreten. Somit hat der Beschwerdeführer ab 1. September 2016 Anspruch auf eine ganze (vgl. E. 2) und nach Massgabe von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Januar 2018 auf eine halbe Rente. Nach dem Gesagten sind die Verfügungen vom 1. April 2019 und vom 6. Juni 2019 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. September 2016 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2018 eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxisgemäss Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen vom 1. April 2019 und vom 6. Juni 2019 aufgehoben. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. September 2016 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2018 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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