

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/60 vom 20. Dezember 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_60

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/60 du 20 décembre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/60 del 20 dicembre 2021

Regeste

Art. 8, Art. 17 ff. IVG. Abstellen auf das polydisziplinäre Gutachten, kein Rentenanspruch wegen zu geringem Invaliditätsgrad, Überweisung des Gesuchs um Integrationsmassnahmen/berufliche Massnahmen an die Beschwerdegegnerin (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Dezember 2021, IV 2020/60).

Volltext

Entscheid vom 20. Dezember 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Jakob Geschäftsnr. IV 2020/60 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____, gelernter B.____ (die Ausbildung absolvierte er in C.____ vom September 1986 bis Juni 1988), arbeitete seit dem 1. April 1997 als D.____ bei der E.____ AG, in einem 100 %-Pensum (IV-act. 1, 17, 32-2). Am 14. Februar 2017 wurde beim Versicherten wegen seit 2014 bestehender hartnäckiger Rezidivbeschwerden lumbogluteal links (vgl. IV-act. 25-24 f./29 ff.) eine mikrochirurgische Dekompression L2-L5 links mit Undercutting nach rechts und eine Sequesterektomie L4/5 rechts durchgeführt (IV-act. 25-26 ff.; vgl. IV-act. 48-3 f., 49). Die am 6. Juni 2017 im Spital F.____ erstellte MR-Arthographie des linken Schultergelenks zeigte eine ansatznahe leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne, eine leichte Arthrose des Akromioklavikulargelenks sowie eine Bursitis subakromialis-subdeltoidea (IV-act. 25-11). Am 28. Juni 2017 meldete sich der Versicherte wegen Rückenbeschwerden zum Bezug von IV-Leistungen an (Berufliche Integration/Rente; IV-act. 1). Die am 7. August 2017 im Spital F.____ durchgeführte MRI-Untersuchung der Wirbelsäule (Clivus-Th1) ergab eine Diskusprotrusion im Segment HWK 5/6 mit möglicher Affektion der Radix C6 rechts foraminal (IV-act. 25-14 f.). Im Arztbericht vom 10. August 2017 diagnostizierte Dr. med. G.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, ein lumbospondylogenes Syndrom (Status nach Dekompression L2-L5 mit Undercutting nach rechts, Sequestrotomie L4/5 am 14. Februar 2017), ein zervicobrachiales Syndrom rechts (Diskusprotrusion C5/6 mit möglicher Kompression C6 rechts) und eine Periarthropathia humeroscapularis rechts (Supraspinatus-Läsion, Bursitis subakromialis-subdeltoidea, AC-Gelenksarthrose). Sie bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. November 2016 bis 23. April 2017, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit während des Arbeitsversuchs vom 24. bis 30. April 2017 und eine erneute 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Mai 2017 und führte dazu ergänzend aus, dass dem Versicherten noch leichte körperliche Arbeiten mit Möglichkeit von

Körperlagewechseln zwischen Sitzen/Stehen/Bewegen, jedoch kein Heben von Gewichten über 10 kg und keine Arbeit über Schulterhöhe zumutbar seien (IV-act. 16-3 f.). Vom 11. bis 30. September 2017 wurde der Versicherte stationär in der Klinik H.____ behandelt. Im Austrittsbericht vom 5. Oktober 2017 diagnostizierten Dr. med. I.____ und Dr. med. J.____ nebst den bekannten Diagnosen des lumbospondylogenen Syndroms, des zervicobrachialen Syndroms rechts und der Periarthropathia humeroscapularis rechts eine arterielle Hypertonie und Adipositas. Wegen Verdachts auf ein Schlafapnoe-Syndrom wurden weitere Abklärungen in einem Schlaflabor empfohlen. Aus rein rheumatologischer Sicht erachteten die Klinikärzte den Versicherten medizinisch theoretisch ab dem 2. Oktober 2017 für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Dabei sollten idealerweise 4 Stunden pro Tag mit mehreren Pausen eingehalten werden (IV-act. 19). Im Sprechstundenbericht des Departements Chirurgie des Spitals F.____ vom 12. Januar 2018 diagnostizierte Dr. med. K.____, leitender Arzt Neurochirurgie, insbesondere ein therapieresistentes zervikales Schmerzsyndrom mit linksseitiger Ausstrahlung, eine Periarthropathia humeroscapularis links und eine diffuse Hypästhesie am linken Arm betont für die Finger IV und V der linken Hand, DD: ein Karpaltunnelsyndrom (IV-act. 25-22 f.). Im Arztbericht vom 5. Februar 2018 hielt Dr. G.____ bei gleicher Diagnosestellung fest, dass der Versicherte derzeit bei der bisherigen Arbeitgeberin versuchsweise an einem leichteren Arbeitsplatz arbeite (Arbeitsfähigkeit von 20 % vom 1. Januar bis 7. Februar 2018 [2 Stunden pro Tag] und von 30 % vom 8. bis 28. Februar 2018 [3 Stunden pro Tag]; prognostisch sollte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit durchaus möglich werden, wobei abzuwarten sei, ob eine weitere Steigerung möglich werde; IV-act. 25-3 ff.). Am 7. Februar 2018 erteilte die IV-Stelle den Abklärungsauftrag für die Eingliederungsberatung (IV-act. 26). Im Arztbericht vom 16. Februar 2018 erklärte Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie FMH, dass die vom Versicherten angegebene diskrete Sensibilitätsstörung im vom Nervus ulnaris versorgten Handareal neurologisch nicht hinreichend erklärt werden könne (IV-act. 65-2 f.). Am 28. März 2018 führte Dr. G.____ zum Arbeitsversuch aus, dass die Erhöhung des Pensums von 3 auf 4 Stunden pro Tag seit Anfang März 2018 zu langsam zunehmenden Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung in das linke Bein geführt habe. Am 23. März 2018 sei es zu einer Blockierung und zu einer Arbeitsunfähigkeit gekommen. Seit dem 28. März 2018 habe sie den Versicherten erneut für 3 Stunden pro Tag arbeitsfähig geschrieben (IV-act. 27). Gleichentags informierte der Versicherte die IV-Stelle, dass die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2018 gekündigt habe (IV-act. 32-5). Ab dem 14. Mai 2018 war der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 28, 30). Im Arztbericht vom 19. Juni 2018 empfahl Dr. G.____ die Reintegration des Versicherten (zuerst im geschützten Rahmen, für leichte körperliche Arbeiten) nach Abschluss der medizinischen Abklärungen Mitte Juli 2018. Sie ging von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für leichtere körperliche, rückenadaptierte Arbeiten aus (IV-act. 34). Am 21. Juni 2018 schloss der Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle den Fall einstweilen ab, da aufgrund der 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 15. Mai 2018 keine Integrationsmassnahmen hätten beschlossen werden können (IV-act. 32-7). In den Arztzeugnissen vom 13. Juli 2018 bescheinigte Dr. G.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Juli 2018 und anschliessend eine Arbeitsfähigkeit von 35 % bzw. von 3 Stunden pro Tag für leichte rückenadaptierte Arbeiten (IV-act. 39, 42; vgl. auch die nachfolgenden Arbeitsunfähigkeitsatteste für die Zeit bis Ende 2018, IV-act. 47, 68). In der Nacht vom 20. auf den 21. August 2018 wurde im medizinischen Zentrum M.____ eine

Videopolysomnografie durchgeführt. Dr. med. N.____ erhob eine relevante schlafassoziierte Atemstörung im Sinne eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (nachfolgend: OSAS) und empfahl die Einleitung einer nächtlichen cPAP-Therapie sowie dringend kardiologische Abklärungen, da sich im Begleit-EKG ein normo- bis tachykardes Vorhofflimmern gezeigt habe (IV-act. 58). Im Arztbericht vom 15. Oktober 2018 erklärte Dr. med. O.____, Innere Medizin FMH, dass der Versicherte objektiv gesehen nicht mehr in der Lage sei, repetitiv mittlere bis grössere Gewichte zu heben. Monotone Arbeitspositionen (z.B. monotone Körperpositionen in leicht vorgeneigter Position) würden die Schmerzen und Beschwerden vor allem im Bereich Schulter-Nacken-Arm verstärken. Für einen mittelschwer belastenden Beruf mit regelmässigem Stehen sei die Prognose ungünstig. In Frage käme höchstens eine sitzende, eine wechselnd belastende, wechselnd positionierte körperlich nicht rückenbelastende Arbeit (IV-act. 66-2 ff.). Am 8. November 2018 erteilte die IV-Stelle einen erneuten Abklärungsauftrag für die Eingliederungsberatung (IV-act. 70). Daraufhin fand am 22. November 2018 ein Standortgespräch mit dem Versicherten statt (IV-act. 90-1 ff.). Am nächsten Standortgespräch vom 5. Dezember 2018 nahm auch die für den Versicherten zuständige Person des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) teil. Am Gespräch erklärte der Versicherte, dass er sich in seinem Zustand eine Anstellung kaum vorstellen könne. Seine Arbeitsfähigkeit betrage lediglich 35 %. Für ein RAV-Einsatzprogramm oder eine berufliche Abklärung mit einem kleinen Pensum sei er jedoch bereit. Vereinbart wurde, dass der Anspruch auf eine Integrationsmassnahme und, falls kein solcher Anspruch bestehe, ein RAV-Einsatzprogramm geprüft werde. Gleichentags übermittelte der Versicherte wie vereinbart seine Bewerbungsunterlagen an den Eingliederungsverantwortlichen (IV-act. 90-5). Im Arztbericht vom 21. Dezember 2018 berichtete Dr. N.____, dass die eingeleitete ambulante cPAP-Therapie vom Versicherten nicht toleriert worden sei. Er erachtete den Versicherten aufgrund des schweren, unbehandelten OSAS für das Führen von Fahrzeugen, das Bedienen von Maschinen etc. als sicher nicht geeignet (IV-act. 73: vgl. IV-act. 87). Am 16. Januar 2019 meldete die IV-Stelle dem kantonalen Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt den Verdacht auf Einschränkung der Fahrtauglichkeit (IV-act. 78). Am 4. Februar 2019 kontaktierte der Eingliederungsverantwortliche den Versicherten telefonisch und unterbreitete ihm erneut den Vorschlag, an einem Einsatzprogramm des RAV (50%-Pensum) teilzunehmen. Der Versicherte erklärte dazu, wenn ihm die IV-Stelle oder das RAV das Einsatzprogramm auferlegten, werde er das machen. Er habe jedoch Zweifel, ob er ein solches Programm mit einem 50 %-Pensum bei seinen Schmerzen erfolgreich absolvieren könne. Daraufhin wurde auf das RAV-Einsatzprogramm verzichtet (IV-act. 90-6 f.). Mit Schreiben vom 6. Februar 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche Massnahmen mit. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass der Versicherte gemäss den Abklärungen derzeit nur in einem niedrigen Teilpensum arbeitsfähig sei und von Seiten der IV deshalb keine beruflichen Massnahmen möglich seien (IV-act. 93). In den ärztlichen Zeugnissen vom 28. Februar, 29. April und 27. Juni 2019 attestierte Dr. G.____ eine 65%ige Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom 1. März bis 31. August 2019 (IV-act. 96, 100, 113) und im Arztbericht vom 5. März 2019 informierte sie die IV-Stelle über das schwere Schlafapnoesyndrom sowie über eine erneute Zunahme des lumbospondylogenen Syndroms und der zervikobrachialen Problematik links (IV-act. 102-1 ff.). Beigelegt war der Arztbericht von Dr. med. P.____ über die im Spital F.____ am 5. März 2019 durchgeführte MRI-Untersuchung der Wirbelsäule (IV-act. 102-4 f.). In der Stellungnahme vom 5. Juni 2019 empfahl der RAD eine polydisziplinäre Untersuchung

(Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie; IV-act. 115). Mit der Begutachtung beauftragt wurde die ABI Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI; IV-act. 117). Mit ärztlichem Zeugnis vom 30. August 2019 attestierte Dr. G.____ eine 65%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Oktober 2019 (IV-act. 122). Das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 17. Oktober 2019 (IV-act. 124) beruht auf den IV-Akten sowie den gutachterlichen Untersuchungen vom 27. August 2019. Durchgeführt wurde die allgemeine internistische Untersuchung von Dr. med. Q.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, die psychiatrische Untersuchung von Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die orthopädische Untersuchung von Dr. med. S.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und die neurologische Untersuchung von Dr. med. T.____, Facharzt für Neurologie (vgl. IV-act. 124-5/13). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen, welchen sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumassen: 1. hypertensive Herzkrankheit (ICD-10: I11.9/I48; mit/bei arterieller Hypertonie, tachykardem Vorhofflimmern [EKG 27.08.19; ICD-10: I48], mässiger konzentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels und normaler systolischer Kinetik); 2. chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5/Z98.8; mit/bei Status nach CT-gesteuerter Infiltration der Nervenwurzel L5 links mit Triamcort am 7. Dezember 2016, Status nach mikrochirurgischer Dekompression LWK 2/3/4/5 von links mit Undercutting nach rechts und Sequestrektomie LWK 4/5 rechts am 23. Februar 2017 bei degenerativer Spinalkanalstenose LWK 2/3/4/5 und Diskushernie LWK 4/5 rechts und radiologischer Diskushernie LWK 4/5 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 rechts); 3. chronische Nacken-Schulter-Arm-Handbeschwerden der adominanten linken Seite (ICD-10: M54.2/M79.60; mit/bei radiologisch diskreten Zeichen der Supraspinatus-Tendinopathie und Diskusprotrusion HWK 5/6 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C6 rechts und Zervikobrachialgie links ohne Hinweis für Radikulopathie oder peripheres Kompressionssyndrom [ICD-10: M53.1]) und 4. OSAS (ICD-10: G47.3; mit/bei AHI initial 54/h, ED 08/18 und aktuell unbehandelt). Weiter stellten die Gutachter folgende Diagnosen, denen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zubilligten: 1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54), chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9); 2. Adipositas, BMI 39.5 kg/m² (ICD-10: E66.9); 3. Polyglobulie (ICD-10: D45), DD sekundäre Genese bei Digit 2 und OSAS; 4. asymptomatische Hyperurikämie (ICD-10: E79.0) und 5. bekannte Allergie auf Novalgin (anamnestisch Quincke-Ödem; IV-act. 124-9 f.). Aus orthopädischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer anderen körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeit eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit und in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit unter Wechselbelastung aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 %. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, die Einnahme von gebückten Positionen sowie von Zwangshaltungen sollten vermieden werden (IV-act. 124-10/37 ff.). Im neurologischen Teilgutachten wurde ein degeneratives LWS-Syndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Für körperlich leichte Tätigkeiten ohne Rückenbelastung mit der Möglichkeit zu Stellungswechseln bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-act. 124-10/47 ff.). In psychiatrischer Hinsicht leide der Versicherte unter einer Schmerzverarbeitungsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beeinträchtige (IV-act. 124-10/29 ff.). Im internistischen Teilgutachten werden erwähnt eine hypertensive Herzkrankheit mit tachykardem Vorhofflimmern und ein nicht behandeltes OSAS, welches zu signifikanten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit führe (80%ige Arbeits- und

Leistungsfähigkeit). Bezüglich des OSAS informierte der Versicherte, dass er wegen eines Nasenseptumdefekts und der damit einhergehenden Maskenunverträglichkeit noch nicht behandelt sei. Im Oktober 2019 werde er an der Nase operiert. Anschliessend werde er die Therapie wieder aufnehmen (IV-act. 124-10/21 ff.). In der Konsensbeurteilung erklärten die Gutachter, dass aus polydisziplinärer Sicht in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeit eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit und in einer körperlich leichten, adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % bestehe (IV-act. 124-10). Geeignet seien noch körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, die Einnahme von gebückten Positionen sowie von Zwangshaltungen sollten vermieden werden. Nicht geeignet seien selbst- und fremdgefährdende Arbeiten, das berufsbedingte Führen von Fahrzeugen – solange keine adäquate Behandlung des OSAS durchgeführt worden sei – sowie Schichtarbeiten. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei 8 Stunden pro Tag möglich, jedoch bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und eines verminderten Rendements. In zeitlicher Hinsicht sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2016, einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ab Februar 2017, einer 90%igen Arbeitsfähigkeit ab September 2017 und einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ab August 2018 auszugehen (IV-act. 124-11). Als Ressourcen wurden genannt eine abgeschlossene Berufsausbildung, langjährige Berufserfahrung sowie ein gutes familiäres Netzwerk (IV-act. 124-10). Dr. med. U.____, Facharzt für ORL, bescheinigte dem Versicherten vom 24. Oktober bis 8. November 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 128) und Dr. G.____ für die Zeit danach eine 65%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 130). In der Stellungnahme vom 18. November 2019 erklärte die RAD-Ärztin Dr. med. V.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, zum ABI-Gutachten, dass die interdisziplinäre Beurteilung nachvollziehbar sei (IV-act. 131). Mit Vorbescheid vom 19. November 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass vorgesehen sei, gestützt auf den ermittelten Invaliditätsgrad von 29 % das Gesuch um eine Invalidenrente abzuweisen (IV-act. 134). Am 9. Januar 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Muolen, Einwand gegen den Vorbescheid vom 19. November 2019 (IV-act. 146). Am 11. Februar 2020 ergänzte der Rechtsvertreter den Einwand (IV-act. 151-1 ff.) und reichte einen Arztbericht von Dr. G.____ vom 20. Januar 2020 ein. Die Ärztin schätzte die Arbeitsfähigkeit für eine leichte körperliche Arbeit, rückenadaptiert (d.h. mit Möglichkeit von wechselnden Körperpositionen zwischen Stehen, Bewegen und Sitzen sowie keine Arbeit mit gesenktem Kopf) und mit häufigeren Pausen auf 60 bis 70 %. Bei Einrechnung der Pausen entspreche dies einer Leistung von 50 bis 60 %. Um die reale Belastbarkeit zu prüfen, erachtete sie eine "Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit" als notwendig (IV-act. 151-3 ff.). In der Stellungnahme vom 11. Februar 2020 führte RAD-Ärztin Dr. V.____ dazu aus, dass Dr. G.____ eine andere medizinische Beurteilung des identischen medizinischen Sachverhalts vorgenommen habe und ein neuer medizinischer Sachverhalt nicht geltend gemacht worden sei. Im Weiteren wies sie darauf hin, dass die ABI-Gutachter auch die Einschätzung von Dr. G.____ ausführlich diskutiert, entsprechend gewürdigt und dargelegt hätten, aus welchem Grund dieser Einschätzung nicht gefolgt werden könne (IV-act. 152). Mit Verfügung vom 11. Februar 2020 wies die IV-Stelle das Gesuch um eine Invalidenrente ab. Zur Begründung wurde angeführt, dass gemäss den getätigten Abklärungen der Versicherte aus medizinischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei.

Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 74'765.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'443.- resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 29 %. Zum Einwand des Beschwerdeführers wurde erklärt, dass gemäss dem RAD die mit dem Einwand eingereichten Arztberichte keine Änderungen an der bisherigen medizinischen Beurteilung ergäben. Da die vorhandenen Einschränkungen bereits bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden seien, sei ein Leidensabzug nicht angezeigt (IV-act. 153). Gegen die Verfügung vom 11. Februar 2020 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 11. März 2020. Der Beschwerdeführer beantragt darin die Aufhebung der Verfügung vom 11. Februar 2020 und die Ausrichtung zumindest einer Viertelsrente. Eventualiter sei die Streitsache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass der Versicherte nicht nur unter einem schweren Rückenleiden, sondern auch unter einem schweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom und einer Herzkrankheit leide. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der ABI-Gutachter von 80 % für eine leidensangepasste Tätigkeit vermöge nicht zu überzeugen, weshalb auf die Einschätzungen der behandelnden Fachspezialisten, welche von einer 50 bis 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen, abzustellen sei. Die Ärzte der Klinik H.____ seien ebenfalls von einer massiven Einschränkung ausgegangen. Zudem sei ein Arbeitsversuch gescheitert. Falls nicht auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte abgestellt werde, sei ein Leidensabzug von zumindest 15 % zu gewähren. Im Weiteren wird geltend gemacht, dass die Beschwerdegegnerin nach dem Begutachtungsergebnis gehalten gewesen wäre, Wiedereingliederungsmassnahmen einzuleiten (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2020 die Abweisung der Beschwerde. Begründet wird dies insbesondere damit, dass auf das ABI-Gutachten abgestellt werden könne, denn dieses enthalte eine vollständige Anamnese, berücksichtige die geklagten Beschwerden, leuchte in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalte begründete Schlussfolgerungen. Auch hätten sich die Gutachter mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt und dargelegt, wieso sie zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gekommen seien. Zur geforderten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit wurde ausgeführt, dass eine solche vorliegend nicht erforderlich sei, da anlässlich der Begutachtung eine medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen sei. Auch aufgrund des gescheiterten Arbeitsversuchs könne nicht auf eine höher eingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Im Weiteren wurde erklärt, dass die Abweisung des Leistungsbegehrens auf berufliche Massnahmen (Mitteilung vom 6. Februar 2019) aufgrund der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgt sei. So habe sich der Beschwerdeführer am 22. November 2018 und 4. Februar 2019 dahingehend geäussert, dass er sich nicht arbeitsfähig bzw. nicht in der Lage fühle, ein RAV-Einsatzprogramm zu absolvieren. Dass der Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten ausführen könne, rechtfertige keinen Leidensabzug, denn einerseits sei von einem genügend breiten Spektrum zumutbarer Verweistätigkeiten auszugehen und andererseits seien die weiteren gesundheitlichen Einschränkungen von den Gutachtern mit der verminderten Arbeitsfähigkeit von 80 % berücksichtigt worden (act. G 4). In der Replik vom 10. Juli 2020 hält der Beschwerdeführer vollumfänglich an den Rechtsbegehren gemäss der Beschwerde vom 11. März 2020 fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf

eine Invalidenrente. 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). 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. 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 der 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. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. 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). 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 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). Zu prüfen ist vorab, ob die vorliegende medizinische Aktenlage für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausreicht und die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das ABI-Gutachten vom 17. Oktober 2019 (IV-act. 124) abgestellt hat. Das polydisziplinäre Gutachten vom 17. Oktober 2019 beruht insbesondere auf den Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 27. August 2019 sowie der damaligen Aktenlage (IV-act. 124-5

ff.). Die von den Gutachtern beschriebenen Leiden und Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (siehe dazu Sachverhalt A.i.) wurden rechtsgenügend erhoben und sind unbestritten. Nachvollziehbar und ebenfalls unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als D. ____, die erlernte Tätigkeit als B. ____ (heutige Berufsbezeichnung: Metallbauer/in; vorausgesetzt wird eine gesunde, kräftige körperliche Verfassung, vgl. www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=2966, zuletzt abgerufen am 9. Dezember 2021) sowie andere körperlich mittelschwer und schwer belastende Tätigkeiten gesundheitsbedingt nicht mehr ausüben kann (100%ige Arbeitsunfähigkeit; vgl. IV-act. 124-11 f., 131-2). Hinsichtlich des Arbeitsfähigkeitsgrads für eine leidensangepasste Tätigkeit besteht dagegen keine Einigkeit. So geht der Beschwerdeführer gestützt auf die Schätzungen von Dr. G. ____ von einer 50%- bis 60%igen (vgl. act. G 1-2 ff., G 8-2), die Beschwerdegegnerin hingegen in Anlehnung an die gutachterlichen Schätzungen von einer 80%igen Arbeits-/Leistungsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 153, act. G 4). Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG setzt ein Rentenanspruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch voraus. Ein Rentenanspruch entsteht zudem frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Aktenmässig belegt ist eine zumindest 40%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 29. November 2016 (vgl. IV-act. 16-3). Die IV-Anmeldung erfolgte am 28. Juni 2017 (IV-act. 1). Der frühestmögliche Rentenbeginn wäre somit der 1. Dezember 2017. Zu beurteilen ist somit die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ab dem 1. Dezember 2017. Der orthopädische Gutachter Dr. S. ____ erachtete ein ganztägiges Arbeitspensum in einer leidensangepassten Tätigkeit als zumutbar. Jedoch ging er infolge des erhöhten Pausenbedarfs wegen des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms sowie der linksseitigen chronischen Nacken-Schulter-Arm-Handbeschwerden von einer um 10 % reduzierten Arbeits-/Leistungsfähigkeit aus (IV-act. 124-42 ff.). Dr. S. ____ erachtete die geklagten Beschwerden – mit Ausnahme einer Minderbelastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule nach mehretagerem Eingriff und einer gewissen zervikalen Problematik bei deutlicher Fehllhaltung im Sinne eines Rundrückens mit entsprechender ungünstiger Statik – durch die klinischen und radiologischen Befunde als nicht begründbar (IV-act. 124-43). Zur Arbeitsfähigkeitsschätzung (50%ige AF für eine leidensangepasste Tätigkeit) der behandelnden Ärztin Dr. G. ____ erklärte er, dass er aufgrund seiner Untersuchungserkenntnisse dieser nicht folgen könne. Dr. G. ____ habe keine klinischen, sondern nur radiologische Faktoren genannt, sodass nicht nachvollziehbar sei, aufgrund welcher funktionellen Defizite eine auch quantitativ hochgradige Arbeitsunfähigkeit bestehen solle (vgl. IV-act. 124-44). Festzustellen ist, dass der orthopädische Gutachter eine umfassende und detaillierte Befundaufnahme vornahm. Die 90%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ist nachvollziehbar und erscheint stimmig und zutreffend zumindest für die Zeit ab dem 23. August 2017 (sechs Monate nach dem Wirbelsäuleneingriff vom 23. Februar 2017, vgl. IV-act. 124-45 f.). Gegen eine höhere Arbeitsunfähigkeit spricht, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Einschränkungen und Schmerzen anlässlich der Untersuchung nur teilweise bestätigt bzw. nachvollzogen werden konnten und die Begutachtung verschiedene Inkonsistenzen ergab. So zeigte der Beschwerdeführer bei der expliziten Prüfung eine verminderte Kopffrotation, bei Ablenkung jedoch eine Rotation ohne höhergradiges Defizit. Die Prüfung der unteren Extremitäten gelang in Rückenlage kaum, in sitzender Position mit hängenden Beinen jedoch völlig

problemlos und offenbar ohne Leidensdruck. Zu den Arztberichten von Dr. G.____ ist anzumerken, dass bildgebend nachgewiesene (pathologische Befunde) für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsfähigkeit zulassen (BGE 140 V 193 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 14. Januar 2016, 9C_514/2015, E. 4). Massgebend ist vorliegend vielmehr das Ergebnis der klinischen Untersuchung im Rahmen der ABI-Begutachtung. Somit ist aus orthopädischer Sicht von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit seit dem 23. August 2017 auszugehen. Der allgemeininternistische Gutachter Dr. Q.____ ging infolge der hypertensiven Herzkrankheit und des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, adaptierte Verweistätigkeit aus. Dies gelte mit Sicherheit ab August 2018, dem Zeitpunkt der Diagnosestellung des tachykarden Vorhofflimmerns (vgl. IV-act.124-24 ff.). Die Arbeitsfähigkeitsreduktion um 20 % ist angesichts der gestellten internistischen Diagnosen nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Durch die im Oktober 2019 geplante Nasenoperation dürfte sich das OSAS und damit die gesundheitliche Situation sowie die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wahrscheinlich verbessert, zumindest aber nicht verschlechtert haben. Der neurologische Gutachter Dr. T.____ führte im Teilgutachten aus, dass er keine neurologischen Ausfälle habe feststellen können. Die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten seien erhalten. Das degenerative LWS-Syndrom (ICD-10: M54.5) führe aus neurologischer Sicht bei körperlich leichten Tätigkeiten ohne Rückenbelastung und mit der Möglichkeit zu Stellenwechseln zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 124-50 ff.). Die gutachterliche Einschätzung vermag zu überzeugen, zumal keine abweichenden bzw. widersprechenden neurologischen Arztberichte vorliegen. Der psychiatrische Gutachter Dr. R.____ diagnostizierte einzig eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54), mass ihr jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Zur Herleitung der Diagnose führte er aus, dass der Beschwerdeführer unter Schmerzen leide und sich nicht mehr arbeitsfähig fühle, ihm aus somatischer Sicht jedoch eine adaptierte Tätigkeit zumutbar sei. Es liege also eine psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden vor. Der Beschwerdeführer klage zwar über Schmerzen, gestalte den Alltag dennoch aktiv. Er schlafe gut, habe am Morgen keine Mühe aufzustehen, unternahme Spaziergänge, verrichte leichte Arbeiten im Haushalt, habe eine gute Beziehung mit seinen Familienangehörigen und fahre Auto. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen gewesen, so dass eigentliche psychopathologische Befunde nicht erhebbar gewesen seien. Zur Behandlungsbedürftigkeit erklärte Dr. R.____, dass der Beschwerdeführer bisher lediglich zwei Behandlungssitzungen bei den Psychiatrischen Diensten W.____ absolviert habe. Eine psychopharmakologische Therapie werde nicht durchgeführt. Dass sich der Beschwerdeführer überhaupt nicht mehr als arbeitsfähig einschätze, lasse sich weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Die subjektive Krankheitsüberzeugung sei mindestens teilweise invaliditätsfremd und lasse sich durch eine psychiatrische Therapie kaum beeinflussen. Da der Beschwerdeführer im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt sei, habe die Diagnose einer Schmerzstörung nicht gestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei im Alltag im Umgang mit seinen somatischen Beschwerden nicht durch eine psychiatrische Störung beeinträchtigt (IV-act. 124-32 ff.). Festzustellen ist, dass die Befundaufnahme umfassend und die Folgerungen des Gutachters nachvollziehbar und schlüssig sind, zumal die Akten keine Hinweise enthalten, die auf eine namhafte psychische Erkrankung hindeuten. Somit ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Die Gutachter gingen nach durchgeführter

Konsensbesprechung von einer Arbeits-/ Leistungsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit von 90 % ab September 2017 und von 80 % ab August 2018 aus (vgl. IV-act. 124-11 f.). Die gutachterliche Konsensbeurteilung vermag hinsichtlich der erhobenen Befunde, der gestellten Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit (acht Stunden pro Tag mit einer um 10 % bzw. 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs/des verminderten Rendements) zu überzeugen. Nicht zu beanstanden ist die Nichtkumulation der orthopädischen und allgemeininternistischen Arbeitsunfähigkeiten aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs, denn es ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer während einer Pause zugleich von den orthopädisch und internistisch bedingten Beeinträchtigungen erholen kann. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt per Verfügungszeitpunkt rechtsgenügend abgeklärt war. In Übereinstimmung mit der zuständigen Ärztin vom RAD (vgl. IV-act. 131) ist auf das Begutachtungsergebnis und speziell auf die Befunderhebung, die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung für leidensangepasste Tätigkeiten abzustellen. Folglich ist von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als D.____ sowie im erlernten Beruf als B.____ von 0 % und in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit vom 1. September 2017 bis 31. Juli 2018 von 90 % und seit dem 1. August 2018 von 80 % auszugehen. Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich weitere arbeitsmedizinische Abklärungen, wie dies der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 11. März 2020 forderte (act. G 1-2/3/7, G 8-2 ff.). Nachfolgend sind die erwerblichen Auswirkungen der zuvor ermittelten Arbeitsfähigkeiten zu bestimmen. Dabei ist der Invaliditätsgrad unbestrittenermassen anhand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln (vgl. Erwägung 2.4). Bei der Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, weil davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss den Beilagen zum Arbeitgeberfragebogen vom 10. August 2017 betrug das Einkommen des Beschwerdeführers in seiner letzten Tätigkeit als D.____ im Jahr 2016 Fr. 74'765.65 (Fr. 63'600.- [Grundlohn Fr. 5'300.- x 12] + Fr. 11'165.65 [verschiedene Zulagen]; IV-act. 17-11, 9-1). Dementsprechend ist das Valideneinkommen auf Fr. 74'766.- für das Jahr 2016 festzusetzen. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte, insbesondere die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE), beigezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3). Per 30. Juni 2018 löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auf (IV-act. 32-5). Der Beschwerdeführer war aktenkundig seither nicht mehr arbeitstätig. Am 5. Dezember 2018 erfolgte die Anmeldung beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV; vgl. IV-act. 117-2, 124-9). Da er den angestammten Beruf als D.____ sowie jede andere körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit, wozu auch sein erlernter Beruf als B.____ zu zählen ist, nicht mehr ausüben kann (vgl. IV-act. 124-11 f.), ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die vorstehend erwähnten Tabellen zurückzugreifen. Gemäss der LSE haben Männer im Kompetenzniveau 1 bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2016 durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 66'803.- erzielt (vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der

Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Die IV-Stelle gewährte dem Beschwerdeführer keinen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. IV-act. 132). Mit dem Tabellenlohnabzug wird berücksichtigt, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität, oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Vorliegend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer insbesondere in Folge des zusätzlichen Pausenbedarfs im Umfang eines 20%igen Arbeitspensums, der verschiedenen und zahlreichen Gesundheitsproblematiken (insb. Herz, Rücken und Atmung) und weiterer Einschränkungen (wie kein Motorfahrzeug zu lenken, keine selbst- und fremdgefährdenden Arbeiten auszuführen und keine Schichtarbeit zu leisten) gegenüber gesunden Konkurrenten auf dem Arbeitsmarkt in einem relevanten Ausmass beeinträchtigt ist. Unter diesen Umständen erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10 % als angemessen (bezüglich Angemessenheit vgl. BGE 123 V 150 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch das Formular Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin, das bei einer Arbeitsfähigkeit zwischen 75 % und 90 % einen 8%igen Teilzeitabzug vorsieht, IV-act. 132). Das Invalideneinkommen bei 80%iger und 90%iger Arbeitsfähigkeit beträgt somit Fr. 48'098.- (Fr. 66'803.- x 0.8 x 0.9) bzw. Fr. 54'110.- (Fr. 66'803.- x 0.9 x 0.9). Der Invaliditätsgrad in den Zeiträumen mit 80%iger und 90%iger Arbeitsfähigkeit beträgt somit gerundet 36 % ([Fr. 74'766.- - Fr. 48'098.-] / Fr. 74'766.-) bzw. 28 % ([Fr. 74'766.- - Fr. 54'110.-] / Fr. 74'766.-). Selbst bei Gewährung des vom Beschwerdeführer geforderten Tabellenlohnabzugs von 15 % (vgl. act. G 8-3) läge der Invaliditätsgrad bei 80%iger Arbeitsfähigkeit abgerundet bei 39 %. Es liegt somit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor (vgl. Erwägung 2.1). Die Beschwerde vom 11. März 2020 ist nach dem Gesagten abzuweisen. Die in der Beschwerde vom 11. März 2020 erhobene Rüge, dass die Beschwerdegegnerin nach dem Begutachtungsergebnis gehalten gewesen wäre, Wiedereingliederungsmassnahmen einzuleiten (vgl. act. G 1-7), ist als sinngemäss gestelltes Gesuch um Prüfung von Eingliederungsmassnahmen/beruflichen Massnahmen und anschliessenden Erlass einer Verfügung zu interpretieren, zumal die Beschwerdegegnerin in der Mitteilung vom 6. Februar 2019 erklärte, berufliche Massnahmen seien nicht möglich, da der Beschwerdeführer derzeit nur in einem niedrigen Teilpensum arbeitsfähig sei (vgl. IV-act. 93), dieser Ablehnungsgrund jedoch in Anbetracht der gutachterlich festgestellten 80%igen Arbeitsfähigkeit und des ermittelten Invaliditätsgrads von 36 % seine Geltung verloren hat. Das Gesuch um Prüfung von Eingliederungsmassnahmen/berufliche Massnahmen und anschliessenden Erlass einer diesbezüglichen Verfügung ist zuständigkeitshalber an die Beschwerdegegnerin zu überweisen. 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). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Das sinngemäss gestellte Gesuch um Prüfung von Eingliederungsmassnahmen/beruflichen Massnahmen wird zuständigkeitshalber an die Beschwerdegegnerin überwiesen. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- wird ihm daran angerechnet.

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