

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/17 vom 1. März 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_17

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/17 du 1 mars 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/17 del 1 marzo 2022

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV. Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Rückweisung zur weiteren Abklärung, ob im Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns das Wartejahr abgelaufen gewesen ist und ob die verbliebene Restarbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit verwertbar ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. März 2022, IV 2021/17).

Volltext

Entscheid vom 1. März 2022 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2021/17 Parteien A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A. ____ meldete sich im August 2005 wegen eines Diabetes mellitus Typ II zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Hilfsmittel) an (IV-act. 1). Er gab an, dass er auf orthopädische Serienschuhe angewiesen sei. Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Endokrinologie und Diabetologie, nannte am 5. September 2005 die folgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: PAVK Stadium I beidseits, St. n. Amputation des Endglieds der III. Zehe rechts 12/03, St. n. Ostitis des Endglieds der II. Zehe 06/05, periphere Polyneuropathie bei Diabetes mellitus. Als Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er einen Diabetes mellitus Typ II (ED 1997, bei Adipositas, Background-Retinopathie und peripherer Angiopathie), eine arterielle Hypertonie, eine Dyslipidämie und ein Glaukom beidseits an (IV-act. 8-5). Mit einer Verfügung vom 15. September 2005 übernahm die IV-Stelle die Kosten für orthopädische Serienschuhe ab 23. August 2005 bis 31. August 2015 (IV-act. 11). Im November 2013 meldete sich der Versicherte wegen eines diabetischen Fussyndroms erneut zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen/Rente) an (IV-act. 12). Er teilte mit, dass er in seinem Herkunftsland eine Ausbildung zum Dreher absolviert habe. Seit Februar 2003 sei er bei der C. ____ AG als Dreher angestellt. Das Bruttoeinkommen betrage bei einem Vollpensum Fr. 5'440.-- monatlich. Die C. ____ AG bestätigte diese Angaben am 22. November 2013 (IV-act. 19). Sie gab an, die Wochenarbeitszeit im Betrieb betrage 41 Stunden. Der Lohn werde dreizehnmal ausbezahlt. Der Versicherte stehe den ganzen Tag am Drehbank. Dr. med. D. ____, Fachärztin der Klinik Z. ____, berichtete am 16. Januar 2014 (IV-act. 33), der Versicherte leide an einem diabetischen Fussyndrom (bei einer schweren peripheren Polyneuropathie ohne Hinweis auf PAVK, einer nodulären plantaren Fibromatose auf der Höhe der Basis des Os

metatarsale I und einem neuropathischen Ulkusrezidiv plantar rechts auf der Höhe des MT-Köpfchens III/IV), aktuell trockene Verhältnisse bei einem verschlossenen Fistelgang plantar auf der Höhe des ehemaligen MT-Köpfchens III bei einem St. n. Transmetatarsale-Amputation des 3. Strahls 08/13 (bei MTP III-Arthritis und Osteomyelitis des distalen MT III sowie Weichteilphlegmone im Vorfuss). Als weitere Diagnosen gab sie einen Diabetes mellitus Typ II (bei Mikroangiopathie), eine arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinämie an. Sie attestierte ab dem 20. Januar 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Dreher. Am 5. Dezember 2013 hatte ein Facharzt derselben Klinik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit ab 1. Juli 2013 bis auf weiteres attestiert (Fremdakten-act. 22-7). Ärzte des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) notierten am 21. Januar 2014/9. April 2014 (IV-act. 49), ab dem 20. Januar 2014 bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige und in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht zu erwarten. Wegen des chronischen Leidens sei in der Zukunft mit einer Verschlechterung zu rechnen. Als Adaptionskriterien nannten sie: Regelmässiges Einhalten von Pausen zum Schonen der Füsse, vorwiegend sitzende Tätigkeiten, kein Tragen von schweren Lasten, kein Steigen auf Gerüste oder Treppensteigen, keine Überbelastung von Haut und Fuss skelett im Bereich des Fusses, nur Arbeiten mit Spezialarbeitsschuh. Der Versicherte nahm seine Arbeit am 21. Januar 2014 wieder auf (IV-act. 51-2). Am 18. März 2014 fand eine Arbeitsplatzabklärung statt (IV-act. 52). In der Folge wurde zur Entlastung des Versicherten während der Arbeit ein Stehstuhl angeschafft (IV-act. 54, 59). Die Eingliederungsberaterin der IV-Stelle hielt am 1. September 2014 fest (IV-act. 54-3), der Versicherte sei an seinem bisherigen Arbeitsplatz bei einem 50%-Pensum gut eingegliedert. Mit der Entlastung durch die Stehhilfe müsste auch ein höheres Pensum geleistet werden können. Mit einer Mitteilung vom 9. Oktober 2014 wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen (IV-act. 58). Mit einem Vorbescheid vom 29. Oktober 2014 und mit einer Verfügung vom 10. Dezember 2014 wurde das Begehren um eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 13% abgewiesen (IV-act. 62, 64). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 6. Januar 2016 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für orthopädische Serienschuhe ab 1. September 2015 bis 30. September 2021 (IV-act. 69). Im März 2017 meldete sich der Versicherte wieder zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen/Rente) an (IV-act. 70, 71). Er gab an, sein Gesundheitszustand habe sich seit September 2016 verschlechtert. Er habe erneut ein Ulkus plantar rechts. Seit dem 14. Februar 2017 sei er vollständig arbeitsunfähig. Er arbeite nach wie vor bei der C.____ AG. Das Bruttoeinkommen betrage Fr. 5'500.--. Nach dem "1. Fall" habe er während ca. zwei Jahren 100% gearbeitet. Dr. D.____ hatte am 22. Februar 2017 in einem als "Wiedererwägungsgesuch" bezeichneten Schreiben berichtet (IV-act. 76), nachdem das neuropathische Rezidivulkus plantar rechts Ende 2013 abgeheilt sei, sei es bis Ende 2016 zu keinen weiteren Komplikationen gekommen. Der Versicherte habe ab September 2015 wieder zu 100% gearbeitet, da nach zweijährigem Bezug kein Anspruch auf Krankentaggelder mehr bestanden habe und er sich den Lohnausfall nicht leisten können. Während der letzten sechs Monate sei es vermehrt zu Problemen mit Schwielenbildung gekommen. Am 5. Januar 2017 sei ein neuropathisches Rezidivulkus plantar rechts festgestellt worden, dessen Abheilung bislang nicht gelungen sei. Seit dem 14. Februar 2017 sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Der RAD-Arzt Dr. E.____ notierte am 27. April 2017 (IV-act. 88), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich

seit dem 10. Dezember 2014 verschlechtert. Der Heilungsverlauf des Druckgeschwürs an der rechten Fusssohle müsse abgewartet werden. Der Hausarzt Dr. F. ___ berichtete (undatiert, Posteingang 16. August 2017, IV-act. 92), die letzte Kontrolle sei am 13. Februar 2017 gewesen. Er habe dem Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Versicherte habe Mühe, längere Zeit zu stehen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm zu 50% zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei theoretisch zu 100% möglich. Seine Angaben bezögen sich auf zwei Konsultationen des letzten Jahres. Die Hauptbetreuung erfolge durch das Y. ___. Dr. D. ___ teilte am 21. August 2017 mit (IV-act. 93), im Juli 2017 sei es zu einer Infektkomplikation mit einem erheblichen, phlegmonösen zirkulären Weichteilinfekt im Bereich des Os metatarsale II bei einer riesigen Wundhöhle gekommen. Gemeinsam mit den Kollegen der Infektiologie und der Orthopädie sei die Indikation zur Resektion des 3. Strahls (richtig wohl: 2. Strahl, vgl. die aktuelle Diagnose) gestellt worden, welche am 10. Juli 2017 erfolgt sei. Sie gab folgende Diagnosen an (ausführliche Diagnosen siehe IV-act. 93): Diabetisches Fussyndrom (bei einer schweren peripheren Polyneuropathie, Ausschluss einer relevanten arteriellen Perfusionsstörung 07/2017, chronisch venöse Insuffizienz Stadium II nach Widmer mit einem sekundären Lymphödem im Bereich des rechten Vorfusses), aktuell St. n. Strahlresektion II Fuss rechts am 10. Juli 2017 bei Infektkomplikation bei einem seit 01/17 bestehenden neuropathischen Rezidivulkus plantar rechts ohne Abheilungstendenz, Diabetes mellitus Typ II (Mikroangiopathie), obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom schwergradig (ED 01/17), Adipositas und arterielle Hypertonie. Sie attestierte folgende Arbeitsunfähigkeiten in der Tätigkeit als Dreher: Ab 14. Februar 2017 bis 2. März 2017 100%, ab 3. März 2017 bis 9. März 2017 50%, ab 1. April 2017 bis 3. Juli 2017 50% und ab 4. Juli 2017 bis 31. August 2017 100%. Sie gab an, sie sehe den Versicherten lediglich in einer vorwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit höherprozentig einsetzbar. Die Arbeitsfähigkeit als Dreher sehe sie bei maximal 50%, wobei darauf geachtet werden sollte, dass der Versicherte nicht länger als eine Stunde auf den Beinen sei. Die C. ___ AG teilte mit (undatiert, Posteingang 29. August 2017, IV-act. 95), der Versicherte arbeite seit dem 3. März 2017 zu 50%. Der AHV-beitragspflichtige Lohn belaufe sich seit dem 1. Januar 2017 auf Fr. 71'500.-- pro Jahr bzw. Fr. 5'500.-- pro Monat und seit dem 1. Mai 2017 auf Fr. 2'750.-- pro Monat. Der Versicherte stehe den ganzen Tag am Drehbank; er verfüge über eine Stehhilfe. Der RAD-Arzt Dr. E. ___ notierte am 29. September 2017 (IV-act. 99), der Versicherte leide seit Jahren an einer Zuckerkrankheit mit zahlreichen Komplikationen, insbesondere an einem diabetischen Fussyndrom. Trotz Stehhilfe bei der Arbeit sei es wiederholt zu einer Ulcera am rechten Fuss gekommen. Versicherungsmedizinisch sei die derzeit ausgeübte Tätigkeit als Dreher dauerhaft nicht mehr zumutbar (vollständige Arbeitsunfähigkeit). In einer adaptierten Tätigkeit, die vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden könne, sei von einer hohen Arbeitsfähigkeit (mindestens 80%, im Idealfall bis 100%) auszugehen. Am 4. Oktober 2017 stürzte der Versicherte auf einer Treppe (Fremdakten-act. 18). Er erlitt an der linken Schulter eine Rotatorenmanschetten-Ruptur (total Supraspinatussehne, subtotal Subscapularissehne), eine Bicepssehnenpartialruptur und eine -subluxation (IV-act. 111). Ab dem 6. Oktober 2017 arbeitete er zu 50% (Fremdakten-act. 2). Am 6. November 2017 wurde eine glenohumerale und subacromiale Infiltration durchgeführt (IV-act. 109). Der Hausarzt Dr. F. ___ attestierte ab dem 1. Dezember 2017 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Fremdakten-act. 31). Am 14. November 2017 hatte ein Assessmentgespräch stattgefunden (IV-act. 124). Der Versicherte hatte angegeben, mit dem 50%-Pensum habe er die Grenze erreicht. Die Beine seien extrem schwer und schmerzten. Rein sitzende Tätigkeiten habe er

auch probiert. Nach eineinhalb Stunden sitzen bekomme er einen Krampf in den Beinen und müsse eine Pause machen. Danach müsse er stehend oder gehend arbeiten. Nach der Arbeit gehe er nach Hause und müsse sein Bein hochlagern. Die IV-Stelle holte einen weiteren medizinischen Bericht ein: Fachärzte des X. ___ hatten am 3. Februar 2017 berichtet (Posteingang: 8. Januar 2018, IV-act. 121), beim Versicherten bestehe ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom. Eine nächtliche CPAP-Therapie werde eingeleitet. Am 13. Februar 2018 fand ein Gespräch mit dem Arbeitgeber des Versicherten statt (IV-act. 124). Der Arbeitgeber äusserte, dass der Versicherte in all den Jahren sehr gute Arbeit geleistet habe, er ihm nicht kündigen möchte und dieser sein 50%-Pensum so arbeiten dürfe, wie es ihm möglich sei. Er befürchte, dass er den Versicherten überfordern könnte. Der Versicherte teilte mit, dass es sein Traumjob sei und er am bisherigen Arbeitsplatz bleiben möchte. Die Eingliederungsberaterin hielt am 28. Februar 2018 fest, der Versicherte sei mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar, da er für einen neuen Betrieb nicht mehr versicherbar sei. Es sei deshalb die bestmögliche Situation, dass der Versicherte bei seinem bestehenden Arbeitgeber bleiben könne. Mit einer Mitteilung vom 13. April 2018 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab (IV-act. 128). Am 28. Mai 2018 ging ein Bericht der G. ___ vom 13. Oktober 2017 ein (IV-act. 130). Fachpersonen hatten festgehalten, die Therapie mittels CPAP-Gerät zeige eine gute subjektive und objektive Wirksamkeit. Dr. D. ___ hatte am 5. Februar 2018 berichtet (IV-act. 131-10), die Diabeseinstellung habe sich leicht verschlechtert. In der Diagnoseliste hatte sie neu eine Mikroalbuminurie und eine diabetische Retinopathie mit St. n. Katarakt-OP und Pars Plana Vitrektomie bei Glaskörperblutung rechts 2015 angegeben. Der RAD-Arzt Dr. E. ___ notierte am 22. Juni 2018 (IV-act. 132), er erachte den Versicherten weiterhin (vgl. Stellungnahme vom 29. September 2017) in der angestammten Tätigkeit als vollständig arbeitsunfähig und in einer adaptierten Tätigkeit als vollständig arbeitsfähig. Mit einem Vorbescheid vom 27. Juni 2018 stellte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 135). Nach einem Einwand des Versicherten vom 27. September 2018 (IV-act. 144) wies die IV-Stelle das Rentengesuch mit einer Verfügung vom 24. Oktober 2018 ab (IV-act. 146). Der Versicherte liess dagegen am 23. November 2018 eine Beschwerde erheben (IV-act. 151). Mit einer Verfügung vom 11. Februar 2019 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 24. Oktober 2018 (IV-act. 160). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen schrieb das Beschwerdeverfahren mit einer Verfügung vom 18. Februar 2019 ab (IV 2018/394, IV-act. 166). Dr. D. ___ berichtete am 15. März 2019 (IV-act. 169), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Seit 08/18 habe sich erneut ein plantares Rezidiv Ulkus rechts auf der Höhe metatarsale IV/V gebildet, das nicht abheile. An ihren früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten habe sich nichts geändert. In einer vorwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit, die die Notwendigkeit des Tragens von Stahlkappen-Schuhen überflüssig machen würde, sei der Versicherte vollständig arbeitsfähig. Vom 5. April 2019 bis 18. April 2019 war der Versicherte in der Klinik Z. ___ hospitalisiert. Am 12. April 2019 war an der Wunde am rechten Fuss ein operatives Débridement mit einer minimalinvasiven Korrektur der Metatarsalstellung V vorgenommen worden (Austrittsbericht vom 23. April 2019, IV-act. 184). Am 3. Mai 2019 berichteten Fachpersonen der G. ___ (IV-act. 188), die Therapie mittels CPAP-Gerät zeige eine gute subjektive und objektive Wirksamkeit. Die Weiterführung der CPAP-Therapie sei indiziert. Dr. D. ___ teilte am 23. September 2019 mit (IV-act. 198), die Wunde am rechten Fuss sei

komplett abgeheilt. Fachärzte der Klinik W.____ gaben am 6. November 2019 an (IV-act. 204), ein MRI der linken Schulter vom 17. Oktober 2019 habe eine inkomplette, anterior gelegene, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne und eine Subscapularis- und Infraspinatussehnentendinopathie gezeigt (St. n. Treppensturz am 4. Oktober 2017). Eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion schein aktuell nicht erforderlich. Der Versicherte wunsche ein konservatives Vorgehen. Am 13./22. Januar 2020 und am 3. Februar 2020 wurde der Versicherte durch die Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI GmbH) polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, neurologisch, ophthalmologisch, pneumologisch und psychiatrisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 5. Mai 2020 gaben die Gutachter die folgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (ausführliche Diagnosen siehe IV-act. 230-8 f.): Chronische, mehrheitlich bewegungs- und belastungsabhängige Vorfussschmerzen rechts; chronisches, bewegungs- und belastungsassoziertes Schmerzsyndrom Schulter rechts (recte: links); Diabetes mellitus (ED ca. 1996) mit Sekundärmanifestationen (schwere axonale sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen, St. n. Pars Plana Vitrektomie bei Glaskörperblutung [rechtes Auge], geringe nicht proliferative diabetische Retinopathie, Cataracta incipiens [linkes Auge], diabetisches Fussyndrom); schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom; chronische Benetzungsstörung. Als Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Metabolisches Syndrom (Diabetes mellitus, Adipositas, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hyperuricämie); chronisch venöse Insuffizienz; Halte- und Aktionstremor der Hände rechtsbetont, nicht sicher klassifizierbar; anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Hyperopie, Astigmatismus); Hinterkammerlinsen-Pseudophakie (rechtes Auge); Pigmentdispersionsglaukom; V.a. Hyperventilation. Der internistische Gutachter hielt fest (IV-act. 230-28 ff.), die Einschränkung durch das diabetische Fussyndrom werde in erster Linie im orthopädischen Teilgutachten diskutiert. Aufgrund des unbefriedigend eingestellten, insulinpflichtigen Diabetes mellitus bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit insofern, dass fremd- oder selbstgefährdende Tätigkeiten nicht geeignet seien. Retrospektiv hätten sich keine Hinweise für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit gefunden. Er attestierte (ohne Beurteilung des diabetischen Fussyndroms) eine vollständige Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten ohne eine Fremd- oder Selbstgefährdung. Der orthopädische Sachverständige erklärte (IV-act. 230-45 ff.), die Untersuchung habe eine relevante Pathologie am rechten Vorfuss gezeigt (unter anderem Amputation der Zehen II und III, IV-act. 230-43), wodurch die Steh- und Gehfähigkeit deutlich eingeschränkt sei. Eine leichte zusätzliche Einschränkung habe sich durch die Pathologie an der linken Schulter ergeben, wobei die Therapiemassnahmen noch nicht ausgeschöpft seien und lediglich Aktivitäten mit einer übermässigen Beanspruchung des linken Arms limitiert würden. Die Tätigkeit als Dreher, die gemäss den Angaben des Versicherten üblicherweise im Stehen durchgeführt werde, sei als nicht optimal geeignet anzusehen und die derzeit umgesetzte Arbeitsleistung von 50% erscheine als das maximal Mögliche. Retrospektiv sei plausibel, dass sich die Arbeitsleistung des Versicherten auf 50% reduziert habe; der genaue zeitliche Ablauf sei nicht mehr zu rekonstruieren und es müsse auf die Angaben der behandelnden Ärzte abgestellt werden. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Angepasst seien Tätigkeiten, die mehrheitlich im Sitzen ausgeübt werden könnten mit jeweils kürzeren zwischenzeitlichen Abschnitten im Stehen und Gehen und idealerweise der Möglichkeit, den rechten Fuss hochzulagern. Überkopfbewegungen des linken Arms sollten vermieden werden. Retrospektiv habe in einer dem Belastungsprofil entsprechenden

Tätigkeit wahrscheinlich immer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Durch die verschiedenen interventionellen Eingriffe sei es zwischenzeitlich zu vorübergehenden Perioden vollständiger Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten gekommen; was sich retrospektiv allerdings nicht mehr genau rekonstruieren lasse. Der neurologische Experte gab an (IV-act. 230-56 ff.), eine formal distal-symmetrische, effektiv aber etwas rechtsbetonte sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen könne bestätigt werden. Das elektrodiagnostische Schädigungsmuster sei axonal und der Befund sei als schwer einzustufen. Ursächlich sei ein Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus anzunehmen. Bei einer deutlich beeinträchtigten Tiefensensibilität sei zumindest ein Teil der Stand- und Gangunsicherheit im Rahmen der Polyneuropathie im Sinne einer Afferenzstörung erklärbar. Typisch hierfür sei, dass die Unsicherheit nach einem Wegfall der Augenkontrolle exazerbiere. Die ausschliesslich belastungsabhängigen Schmerzen seien nicht primär neuropathischer Natur; der Versicherte habe explizit keine Schmerzen im Ruhezustand geltend gemacht. Nebenbefundlich habe sich im Vorhalteversuch ein feinschlägiger Haltetremor beider Hände rechtsbetont gefunden. In der Annahme, dass in der Tätigkeit als Dreher keine höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem bestünden und dass die Schmerzen nicht neuropathischer Natur seien, bestehe aus neurologischer Sicht in der bisher ausgeübten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. In Tätigkeiten ohne höhere Anforderungen an das Gleichgewichtssystem (kein Besteigen von Leitern, kein Gehen auf unebenem Boden oder im Dunkeln, kein Tragen von Lasten, die die Sicht auf den Boden verhinderten) bestehe ebenfalls eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der Tremor würde sich allenfalls bei sehr feinmotorischen Tätigkeiten auswirken; diese Problematik sei bisher offenbar kein Thema gewesen. Retrospektiv habe aus neurologischer Sicht nie eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Die ophthalmologische Gutachterin führte aus (IV-act. 230-64 ff.), beim Versicherten bestehe rechts eine diabetische Makulopathie mit einer beginnenden zentralen Ischämie, die zu einer Reduktion der Sehschärfe führe. Am linken Auge habe sich eine mittlere Katarakt gezeigt, die ebenfalls eine Sehschärfeminderung und eine vermehrte Blendungsempfindlichkeit verursache. Darüber hinaus bestehe eine chronische Benetzungsstörung, die weitere Sehstörungen verursachen könne. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit (z.B. Bürotätigkeit). Für Tätigkeiten, die ein hohes Mass an das Detailsehen erfordern würden (z.B. Tätigkeit als Dreher), bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkung bestehe aufgrund des vermehrten Pausen- bzw. Kompensationsbedarfs. Für Tätigkeiten mit wenig Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe keine Leistungseinschränkung. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage 80-100%. Der pneumologische Sachverständige hielt fest (IV-act. 230-71 ff.), der Versicherte habe über eine deutliche Verbesserung der Tagesmüdigkeit seit dem Beginn der APAP-Therapie berichtet. Aus pneumologischer Sicht habe sich ein gutes Ergebnis eines schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms unter der APAP-Therapie gezeigt. In der bisher ausgeübten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit, ebenso in einer adaptierten Tätigkeit. Tätigkeiten in grossen Höhen oder als Chauffeur sollten vermieden werden. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit der Einleitung der APAP-Therapie nicht eingeschränkt gewesen sei. Der psychiatrische Gutachter stellte keine Diagnose und attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (IV-act. 230-35 ff.). In der Konsensbeurteilung gaben die Gutachter an (IV-act. 230-10 ff.), in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine

Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50%. Diese resultiere aus den orthopädischen und den ophthalmologischen Einschränkungen, welche sich nicht addieren würden, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen genutzt werden könnten. Diese Einschätzung könne dauerhaft und über die Zeit gemittelt seit Februar 2017 angenommen werden. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe bei einer Präsenz von acht Stunden pro Tag aufgrund eines leicht erhöhten Pausenbedarfs eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Diese Einschätzung gelte ebenfalls seit Februar 2017. Angepasst seien Tätigkeiten, die mehrheitlich im Sitzen ausgeübt werden könnten mit zwischenzeitlichen Abschnitten im Stehen und Gehen und idealerweise der Möglichkeit, den rechten Fuss hochzulagern. Überkopfbewegungen des linken Arms sollten vermieden werden, ebenso Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem. Nicht geeignet seien sämtliche selbst- und fremdgefährdende Tätigkeiten. Bei Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe aufgrund der Sehdefizite eine leichte Einschränkung. Die RAD-Ärztin Dr. H.____ notierte am 9. Juni 2020 (IV-act. 231), das Gutachten sei umfassend, die medizinische Situation sei geklärt und die Schlussfolgerungen der Gutachter bezüglich Arbeits- und Leistungsfähigkeit seien konklusiv. Mit einem Vorbescheid vom 17. Juni 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 234), sie sehe vor, das Leistungsbegehren abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass in einer adaptierten, vorwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'958.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'045.-- betrage der Invaliditätsgrad 16%. Der Versicherte liess dagegen am 21. August 2020 einen Einwand erheben (IV-act. 239). Sein Rechtsvertreter machte im Wesentlichen geltend, das Valideneinkommen sei zu tief bemessen worden. Auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die Gutachter hätten nicht berücksichtigt, dass der Versicherte gesagt habe, sein Bein schwellen bei sitzenden Tätigkeiten an und er bekomme starke Schmerzen. Dann könne er sich nicht mehr konzentrieren. Die Konzentration sei durch die Tagesmüdigkeit zusätzlich beeinträchtigt. Diese sei einerseits durch das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom und andererseits durch das nächtliche Auftreten von Krämpfen verursacht. Die Einschränkung der Konzentration wirke sich insbesondere bei vorwiegend sitzend auszuübenden Tätigkeiten aus, beispielsweise beim Bedienen von Maschinen, beim Hantieren mit gefährlichen Gegenständen, bei Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten und auch bei anderen Produktions- und Montagearbeiten. Die verbliebene Restarbeitsfähigkeit sei aufgrund der vielfältigen Einschränkungen nicht verwertbar. Die Gutachter hätten nicht berücksichtigt, dass der Versicherte eine grosse Palette an Medikamenten einnehmen müsse, welche massive Nebenwirkungen hätten. Der internistische Gutachter habe die Einschränkung durch das diabetische Fussyndrom der Beurteilung des Orthopäden überlassen. Dies sei nicht nachvollziehbar, da es sich beim Diabetes um eine Erkrankung handle, die in erster Linie durch innere Mediziner zu beurteilen sei. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens sei ein 25%iger Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren. Die RAD-Ärztin Dr. H.____ hielt am 18. September 2020 fest (IV-act. 240), die Aussage des Rechtsvertreters betreffend Schmerzen im Bein beim Sitzen gebe die Angaben des Versicherten im Gutachten nicht korrekt wieder. Die chronischen Fusschmerzen seien eindeutig bewegungs- und belastungsabhängig, so dass eine deutliche Linderung durch optimal adaptierte Arbeitsbedingungen zu erwarten sei. Anhaltspunkte für Konzentrationsstörungen durch die Tagesmüdigkeit bei einem schweren Schlafapnoe-Syndrom fänden sich im Gutachten nicht. Allein die Anzahl der eingenommenen Medikamente begründe keine unerwünschten

Wirkungen oder ungünstigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der internistische Gutachter habe sich mit der Grunderkrankung Diabetes und der orthopädische und der neurologische Gutachter sowie die ophthalmologische Gutachterin hätten sich mit den diabetischen Folgeerkrankungen und Funktionseinschränkungen auf ihren jeweiligen Fachgebieten auseinandergesetzt; damit sei eine umfassende und interdisziplinäre Beurteilung der Problematik erfolgt. Eine Rechtsdienstmitarbeiterin hielt am 7. Dezember 2020 im Wesentlichen fest (IV-act. 244), nach der Rechtsprechung seien die Hürden für die Annahme einer Unverwertbarkeit hoch. Aus juristischer Sicht sei vorliegend aufgrund der aufgeführten Adaptionskriterien nicht von einer Unverwertbarkeit der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit auszugehen. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens sei nicht vom aktuell erzielten Lohn auszugehen, da der Versicherte seine zumutbare Erwerbsfähigkeit am bestehenden Arbeitsplatz pensummässig nicht voll ausschöpfe und es sich nicht um eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit handle. Der Versicherte sei im Rahmen der Schadenminderungspflicht gehalten, andere zumutbare Stellen in Betracht zu ziehen, welche die erwerbliche Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit besser gewährleisten würden. Massgebend sei das von der IV-Stelle festgestellte Invalideneinkommen von Fr. 52'045.--. Mit einer Verfügung vom 8. Dezember 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 25% ab (IV-act. 246). Sie bezifferte das Valideneinkommen auf Fr. 71'500.-- und das Invalideneinkommen auf Fr. 53'443.--. Beim Valideneinkommen stützte sie sich auf die Angaben im Fragebogen für Arbeitgeber von 2017. Zum Einwand verwies sie auf die RAD-Stellungnahme vom 18. September 2020 und gab die Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 7. Dezember 2020 wieder, wobei sie das von der IV-Stelle festgestellte Invalideneinkommen auf Fr. 53'443.-- bezifferte. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 26. Januar 2021 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Dezember 2020 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer halben Rente ab dem 1. September 2017. Zur Begründung machte er ergänzend zum Einwand im Vorbescheidverfahren im Wesentlichen geltend, bei der Begutachtung sei kein Endokrinologe beigezogen worden, obwohl das diabetische Fussyndrom in dieses Fachgebiet falle. Der internistische Gutachter habe die Einschränkung durch das diabetische Fussyndrom der Beurteilung durch den Orthopäden überlassen. Der Orthopäde habe dieses aber nicht beurteilt, sondern lediglich chronische, mehrheitlich bewegungs- und belastungsabhängige Vorfussschmerzen diagnostiziert. Der neurologische Gutachter habe eine schwere axonale sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen diagnostiziert; er habe aber eine vorwiegend stehend ausgeübte Tätigkeit als einschränkungslos möglich erachtet, da die Schmerzen nicht neuropathischer Natur seien. Der Neurologe habe somit die Einschränkungen durch die schwere axonale sensomotorische Polyneuropathie nicht beurteilt. Der neurologische Gutachter habe in der klinischen Untersuchung trophische Veränderungen an den Füssen, unter anderem mit Atrophien der intrinsischen Fussmuskulatur, festgestellt. Diesem Befund entspreche, dass dem Beschwerdeführer der Barfussgang schmerzbedingt fast nicht möglich sei. Nicht nachvollziehbar sei, dass dieser auffällige Befund vom Orthopäden nicht erwähnt worden sei. Die Erhebung der Anamnese und der Befunde durch den orthopädischen Gutachter sei oberflächlich und "schludrig". Obwohl die Krämpfe im Sitzen aktenkundig gewesen seien (vgl. das Assessment- und Verlaufsprotokoll vom 28. Februar 2018), hätten die Gutachter nicht nachgefragt. Die Auffassung der RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 18. September 2020, die Fusschmerzen seien eindeutig bewegungs- und belastungsabhängig, stimme so nicht (vgl.

das Assessment- und Verlaufsprotokoll vom 28. Februar 2018). Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdeführerin) habe dem Beschwerdeführer ein Invalideneinkommen von Fr. 53'443.-- angerechnet. Die theoretische Restarbeitsfähigkeit von 80% sei wirtschaftlich nicht verwertbar. Die Gutachter, die Beschwerdegegnerin und der RAD seien sich einig, dass der Beschwerdeführer am bestehenden Arbeitsplatz bestmöglich eingegliedert sei; die Suche nach einer anderen Arbeitsstelle sei aussichtslos. Dem Beschwerdeführer könne daher nicht im Sinne der Schadenminderungspflicht zugemutet werden, seine jetzige Arbeitsstelle zu kündigen. Aufgrund der im Gutachten festgehaltenen Kriterien einer adaptierten Tätigkeit stelle sich die Frage, ob auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt Tätigkeiten zur Verfügung stünden, welche diese Anforderungen erfüllen würden. Vorwiegend sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten fänden sich häufig in der Produktion beim Bedienen von Maschinen. Gerade diese Tätigkeiten seien aber stark selbstgefährdend. Andere vorwiegend sitzende Tätigkeiten seien Kontroll- und Überwachungsaufgaben, welche aber hohe Anforderungen an das Sehvermögen stellen würden. Das Adaptionkriterium der Hochlagerung der Beine sei in Tätigkeiten für schlecht qualifizierte Hilfsarbeiter nicht umsetzbar. Bei einem Pausenbedarf von einer Stunde und 40 Minuten am Tag seien Schichtarbeiten nicht möglich. Die Beschwerdegegnerin habe nicht aufgezeigt, in welchen Tätigkeiten der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit zumutbarerweise verwerten könne. Das Valideneinkommen sei zu tief bemessen worden. Die Grunderkrankung habe sich ab Oktober 2012 auf die Erwerbsfähigkeit ausgewirkt. Es sei auf das davor erzielte, der Nominallohnentwicklung angepasste Einkommen von Fr. 74'518.-- abzustellen. Die Beschwerdegegnerin habe übersehen, dass der im Arbeitgeberfragebogen im Jahr 2017 angegebene Lohn das Invalideneinkommen darstelle. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer vor 2017 aufgrund seiner Erkrankung Lohnreduktionen habe hinnehmen müssen und keine Lohnforderungen mehr gestellt habe. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 22. März 2021 unter Verweis auf die Stellungnahme vom 7. Dezember 2020 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Mit einer Replik vom 11. Mai 2021 liess der Beschwerdeführer ergänzend geltend machen (act. G 6), er habe seit dem Sommer 2020 erneut eine Schwellung am rechten Fuss und Schmerzen plantar, welche nach ungefähr zweistündigem Stehen bei der Arbeit aufträten. Ein Röntgenbild vom 21. Januar 2021 habe einen Einbruch des Fussgewölbes ergeben. Am 1. und 9. März 2021 sei er am linken Auge operiert worden. Diese Beschwerden schränkten die Arbeitsfähigkeit zusätzlich ein. Sein Rechtsvertreter reichte mehrere medizinische Berichte ein: Dr. D.____ hatte am 13. Januar 2021 in einem Überweisungsschreiben an die Klinik W.____ angegeben (act. G 6.1.1), der Beschwerdeführer beklage seit einiger Zeit Schmerzen im rechten Fuss, die unter Belastung zunähmen. Sie bat um eine radiologische Standortbestimmung. Fachärzte dieser Klinik hatten am 26. Januar 2021 berichtet (act. G 6.1.2), die Röntgenaufnahme vom 21. Januar 2021 habe einen Einbruch des Fussgewölbes gezeigt. Sie hätten die Beschwerden im Rahmen eines aktivierten Charcot-Fusses rechts gewertet, welcher vermutlich seit dem Sommer bestehe. Sie hätten das Tragen eines TCC-Gips empfohlen, welcher in den nächsten Tagen angepasst werde. Der Beschwerdeführer sollte überwiegend gehende und stehende Tätigkeiten vermeiden, nach Möglichkeit auch bei der Arbeit. Die Verlaufsuntersuchung am 25. Februar 2021 hatte keinen weiteren Einbruch des Fusslängengewölbes gezeigt (Bericht vom 9. März 2021, act. G 6.1.3). Am 1. und 9. März 2021 war der Beschwerdeführer in der V.____ wegen einer Glaskörperblutung infolge der proliferativen diabetischen Retinopathie am linken Auge operiert worden, nachdem er sich

am 26. Februar 2021 wegen eines akuten Visusabfalls notfallmässig vorgestellt hatte (Operationsberichte vom 2. und 10. März 2021, act. G 6.1.5, 6.1.6; Austrittsbericht vom 11. März 2021, act. G 6.1.7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 8). Erwägungen Mit einer Verfügung vom 10. Dezember 2014 ist das Begehren des Beschwerdeführers vom November 2013 um die Zusprache einer Invalidenrente formell rechtskräftig abgewiesen worden (IV-act. 64). Bei der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug vom März 2017 (IV-act. 70) kann es sich somit nur um eine Neuanmeldung gehandelt haben. Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine Anmeldung, die nach einer rechtskräftigen Leistungsverweigerung eingereicht wird, nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Verfügung vom 10. Dezember 2014 hatte in medizinischer Hinsicht die Beurteilung des RAD vom 21. Januar 2014/9. April 2014 (IV-act. 49) zugrunde gelegen. Der RAD hatte sich hierbei auf die ihm vorliegenden medizinischen Berichte, insbesondere den Bericht von Dr. D.____ vom 16. Januar 2014 (IV-act. 33), gestützt. Im Vergleich zu diesem Bericht hat Dr. D.____ am 22. Februar 2017 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit einem im Januar 2017 aufgetretenen, erneuten neuropathischen Rezidivulkus plantar rechts berichtet (IV-act. 82). Am 10. Juli 2017 ist eine Resektion des 2. Strahls vorgenommen worden (IV-act. 93). Das im Juli 2013 aufgetretene neuropathische Rezidivulkus plantar rechts mit einer im Juli/August 2013 vorgenommenen Amputation des 3. Strahls war Ende 2013 abgeheilt gewesen (IV-act. 33, 76). Im Januar 2017 ist zudem die Diagnose eines schwergradigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gestellt worden (IV-act. 93, 124). Im Referenzzeitpunkt (10. Dezember 2014) hat die Diagnose eines schwergradigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms nicht bestanden. Damit haben ausreichende Anhaltspunkte dafür bestanden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 10. Dezember 2014 verschlechtert hatte. Der Beschwerdeführer hat also eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands glaubhaft gemacht (vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 27. April 2017, IV-act. 88). Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung vom März 2017 eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2020 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 25% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die ABI GmbH mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 5. Mai 2020 haben die Sachverständigen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit attestiert. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Alle Gutachter der ABI GmbH haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt (IV-act. 230-16 ff.) und diese gewürdigt (IV-act. 230-29, 230-36, 230-47 f., 230-57, 230-65, 230-71). Sie haben den Beschwerdeführer persönlich untersucht und die subjektiven Klagen aufgenommen (IV-act. 230-25 ff., 230-32 ff., 230-39 ff., 230-53 f., 230-61, 230-68 ff.) sowie die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben (IV-act. 230-27, 230-34 f., 230-41 ff., 230-54 f., 230-61 ff., 230-70). Gestützt auf ihre Befunde haben sie die Diagnosen gestellt (IV-act. 230-28, 230-35, 230-44, 230-55, 230-64, 230-70) und ihre Beurteilung zur Arbeits(un)fähigkeit, inklusive eine Konsensbeurteilung, abgegeben (IV-act. 230-8 ff., 230-29 f., 230-36 f., 230-48 f., 230-57 f., 230-65 f., 230-72). Die gestellten Diagnosen haben im Wesentlichen denjenigen entsprochen, die auch Dr. D.____ (vgl. Berichte vom 5. Februar 2018 und 23. September 2019, IV-act. 131-10, 198) und die Fachärzte der Klinik W.____ (vgl. Bericht vom 6. November 2019, IV-act. 204) angegeben haben. Namentlich haben die Gutachter das diabetische Fussyndrom als Sekundärmanifestation des Diabetes mellitus aufgeführt und in diesem Zusammenhang auf die Diagnose der chronischen, mehrheitlich bewegungs- und belastungsabhängigen Vorfusschmerzen rechts verwiesen (IV-act. 230-9). Hinweise darauf, dass die Untersuchung nicht umfassend gewesen wäre, bestehen nicht. Festzustellen ist, dass Dr. D.____ eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit ohne das Tragen von Stahlkappenschuhen attestiert hat (IV-act. 169). In quantitativer Hinsicht deckt sich ihre Einschätzung also mit derjenigen des orthopädischen Gutachters, der die funktionellen Auswirkungen des diabetischen Fussyndroms auf die Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit beurteilt hat. Der psychiatrische Gutachter hat sich zu den Standardindikatoren, namentlich zur Konsistenz und zu den Ressourcen, geäußert. Da er keine psychiatrische Diagnose gestellt hat, sind seine

Ausführungen nachvollziehbar kurz ausgefallen. Die ophthalmologische Gutachterin hat eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit (z.B. Bürotätigkeit) attestiert und zur Begründung angegeben, die Einschränkung bestehe aufgrund eines vermehrten Pausen- bzw. Kompensationsbedarfs. Für Tätigkeiten mit wenig Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe keine Leistungseinschränkung. Ihre Angabe, die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage 80-100%, kann nur so interpretiert werden, dass je nachdem, ob eine Tätigkeit durchschnittliche oder nur wenige Anforderungen an die Sehfähigkeit beinhaltet, eine 80%ige oder eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorliegt. In der Konsensbeurteilung sind die Gutachter von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit im Untersuchungszeitpunkt ausgegangen. Sie haben also nicht nur eine Tätigkeit mit wenig, sondern auch mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit als adaptiert erachtet. Ob dies richtig gewesen ist, kann offenbleiben. Die Arbeitsunfähigkeit in einer ideal adaptierten Tätigkeit hat jedenfalls maximal 20% betragen. In der angestammten Tätigkeit als Dreher hat sie 50% betragen. Die Angabe der Gutachter, dass sich die orthopädischen und ophthalmologischen Einschränkungen in quantitativer Hinsicht nicht addieren würden, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen genutzt werden könnten, überzeugt. Die ophthalmologische Gutachterin hat in ihrem Teilgutachten keine retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. In der Konsensbeurteilung haben die Gutachter angegeben, die Arbeitsfähigkeitsschätzung in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit im Untersuchungszeitpunkt gelte auch dauerhaft und über die Zeit gemittelt seit Februar 2017. In Anbetracht dessen, dass die Sehschärfe des rechten Auges nach der im März 2015 durchgeführten Pars Plana Vitrektomie mit einem Wert von 0.8 (act. G 6.1.4) besser gewesen ist als mit einem Wert von 0.5 im Zeitpunkt der Begutachtung (IV-act. 320-62), ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer reduzierten Sehfähigkeit seit Februar 2017 nicht mehr als 20% betragen hat. In der angestammten Tätigkeit als Dreher hat die Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2017 50% betragen. Eine länger dauernde, höhere Arbeitsunfähigkeit infolge des Treppensturzes am 4. Oktober 2017 hat überwiegend wahrscheinlich nicht bestanden, denn der Hausarzt Dr. F. ___ hat ab dem 1. Dezember 2017 eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (Fremdakten-act. 31). Die Ausführungen der Gutachter sind somit schlüssig. Widersprüche bestehen im Gutachten nicht. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Einwände des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erhebliche Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat im Vorbescheidverfahren verschiedene Einwände gegen das Gutachten vorgebracht (IV-act. 234), zu welchen die RAD-Ärztin Dr. H. ___ am 18. September 2020 Stellung genommen hat (IV-act. 240). In Ergänzung zu dieser Stellungnahme ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung nicht über Konzentrationsstörungen aufgrund einer Tagesmüdigkeit, sondern nur wegen den zunehmenden Schmerzen im rechten Fuss geklagt hat (IV-act. 230-25, 230-33). Bei einer den Adaptionenkriterien entsprechenden Tätigkeit ist aber davon auszugehen, dass keine starken Schmerzen im rechten Fuss auftreten. In Bezug auf die Tagesmüdigkeit hat der Beschwerdeführer zudem angegeben, dass sich diese unter der CPAP-Therapie verbessert habe (IV-act. 230-68). Der pneumologische Gutachter hat festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit seit der Einleitung der APAP-Therapie nicht eingeschränkt gewesen sei. Da der Beschwerdeführer die CPAP-/APAP-Therapie im Februar 2017 begonnen hat (IV-act. 121, 130), hat er überwiegend wahrscheinlich seit diesem Zeitpunkt nicht mehr an einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Tagesmüdigkeit

gelitten. Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit nicht an Konzentrationsstörungen leidet. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat gerügt, bei der Begutachtung sei kein Endokrinologe beigezogen worden, obwohl das diabetische Fusssyndrom in dieses Fachgebiet falle. Der internistische Gutachter habe die Einschränkung durch das diabetische Fusssyndrom der Beurteilung durch den orthopädischen Sachverständigen überlassen. Der Orthopäde habe dieses aber nicht beurteilt, sondern lediglich chronische, mehrheitlich bewegungs- und belastungsabhängige Vorfußschmerzen diagnostiziert. Die Endokrinologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin (<https://de.wikipedia.org/wiki/Endokrinologie>, zuletzt besucht am 10. Februar 2022), weshalb davon auszugehen ist, dass der internistische Gutachter die Grunderkrankung des Diabetes mellitus Typ 2 hat beurteilen können. Das diabetische Fusssyndrom mit den amputierten zwei Zehen wirkt sich – nebst den bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Fuss – auf die Steh- und Gehfähigkeit aus. Der orthopädische Gutachter hat nämlich angegeben, am rechten Vorfuß habe sich eine relevante Pathologie gezeigt, wodurch die Steh- und Gehfähigkeit in gut begründbarer Weise deutlich eingeschränkt werde (IV-act. 230-47). Er hat ein den funktionellen Einschränkungen entsprechendes Belastungsprofil formuliert (IV-act. 230-49). Das Vorbringen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, dass der orthopädische Sachverständige die Einschränkung durch das diabetische Fusssyndrom nicht beurteilt habe, ist deshalb nicht nachvollziehbar. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, der neurologische Gutachter habe eine schwere axonale sensomotorische Polyneuropathie an den Beinen diagnostiziert; er habe aber eine vorwiegend stehend ausgeübte Tätigkeit als einschränkungslos möglich erachtet, da die Schmerzen nicht neuropathischer Natur seien. Der Neurologe habe somit die Einschränkungen durch die schwere axonale sensomotorische Polyneuropathie nicht beurteilt. Im Weiteren hat er vorgebracht, der neurologische Gutachter habe in der klinischen Untersuchung trophische Veränderungen an den Füßen, unter anderem mit Atrophien der intrinsischen Fussmuskulatur, festgestellt. Diesem Befund entspreche, dass dem Beschwerdeführer der Barfußgang schmerzbedingt fast nicht möglich sei. Nicht nachvollziehbar sei, dass dieser auffällige Befund vom Orthopäden nicht erwähnt werde. Die Erhebung der Anamnese und der Befunde durch den orthopädischen Gutachter sei oberflächlich und "schludrig". Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hat der neurologische Gutachter die Einschränkungen durch die schwere axonale sensomotorische Polyneuropathie beurteilt. Er hat nämlich festgehalten, dass die Polyneuropathie mit einer deutlich beeinträchtigten Tiefensensibilität einen Einfluss auf das Gleichgewichtssystem habe (IV-act. 230-57). Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem wie das Steigen auf Leitern, das Gehen auf unebenem Boden und im Dunkeln sowie das Tragen von Lasten, welche die Sicht auf den Boden versperren würden, seien deshalb nicht geeignet (IV-act. 230-58). Die Beurteilung, dass rein aus neurologischer Sicht eine vorwiegend im Stehen ausgeübte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar sei, da die Schmerzen nicht neuropathischer Natur seien, ist schlüssig; der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat dagegen auch keinen Einwand vorgebracht. Im Weiteren hat der orthopädische Gutachter – gleich wie der neurologische Gutachter – festgestellt, dass der Beschwerdeführer beim Barfußgang ein ausgeprägtes Schonhinken rechts gezeigt hat (IV-act. 230-42, 230-55). Der Umstand, dass er bei der Angabe der objektiven Befunde keine trophischen Veränderungen an den Füßen erwähnt hat, ist deshalb nicht relevant und

lässt nicht auf eine oberflächliche Erhebung der objektiven Befunde schliessen. Im Weiteren hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vorgebracht, obwohl die Krämpfe im Sitzen aktenkundig gewesen seien, hätten die Gutachter nicht nachgefragt. Die Auffassung der RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 18. September 2020, die Fusschmerzen seien eindeutig bewegungs- und belastungsabhängig, stimme so nicht. Der Rechtsvertreter hat auf das Assessment- und Verlaufsprotokoll vom 28. Februar 2018 verwiesen, worin festgehalten worden war, dass der Beschwerdeführer bei rein sitzenden Tätigkeiten nach eineinhalb Stunden einen Krampf in den Beinen bekomme. Mit dem 50%-Pensum habe er sein Limit erreicht; er müsse dann nach Hause und die Beine hochlagern (IV-act. 124-2). Die RAD-Ärztin Dr. H. ___ hat zu Recht festgehalten, dass das Sitzen auf dem Stehstuhl mit hängenden Beinen (vgl. dazu die Angaben im orthopädischen Teilgutachten, IV-act. 230-45) nicht dem aus medizinischer Sicht geforderten Hochlagern des Fusses entspreche. Es ist deshalb davon auszugehen, dass in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, das rechte Bein hochzulagern, nicht regelmässig Krämpfe auftreten. Mit der Angabe des Beschwerdeführers, dass er nach der Arbeit nach Hause gehen und die Beine hochlagern müsse, hat er die Einschätzung der RAD-Ärztin gleich selbst bestätigt. Der Umstand, dass sich die Gutachter nicht nach den nach längerem Sitzen auf dem Stehstuhl auftretenden Krämpfen erkundigt haben, ist deshalb nicht relevant. Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit dem Sommer 2020 erneut verschlechtert; die neu aufgetretenen Beschwerden am rechten Fuss und am linken Auge schränkten die Arbeitsfähigkeit zusätzlich ein. Gemäss den im Schreiben von Dr. D. ___ vom 13. Januar 2021 (act. G 6.1.1) und im Bericht der Klinik W. ___ vom 26. Januar 2021 (act. G 6.1.2) festgehaltenen Angaben des Beschwerdeführers hat dieser seit dem Sommer 2020 an vermehrten Schmerzen im rechten Fuss gelitten. Eine Röntgenaufnahme vom 21. Januar 2021 hat einen Einbruch des Fussgewölbes gezeigt. Die Fachärzte der Klinik W. ___ haben die Beschwerden im Rahmen eines aktivierten Charcot-Fusses rechts gewertet, welcher vermutlich seit dem Sommer 2020 bestehe. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ist mit der Röntgenaufnahme vom 21. Januar 2021 objektiv ausgewiesen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit haben sich die möglicherweise bereits seit dem Sommer 2020 bestehenden Beschwerden am rechten Fuss bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2020 aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit ausgewirkt, denn die Therapie nach dem festgestellten Einbruch des Fussgewölbes hat darin bestanden, dem Beschwerdeführer einen TCC-Gips anzupassen verbunden mit der Empfehlung, überwiegend gehende und stehende Tätigkeiten zu vermeiden. Eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit hätte der Beschwerdeführer also selbst nach der Feststellung des Einbruchs des Fussgewölbes überwiegend wahrscheinlich ausüben können, weshalb selbst unter Berücksichtigung einer Verschlechterung des Zustands des rechten Fusses im Zeitraum nach der Begutachtung bis zum 8. Dezember 2020 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen ist. In der angestammten Tätigkeit hat überwiegend wahrscheinlich bis zum 8. Dezember 2020 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, denn es bestehen keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer weniger als sein 50%-Pensum gearbeitet hätte. Anlässlich der Untersuchung am 21. Januar 2021 hat der Beschwerdeführer die Attestierung einer Arbeitsfähigkeit sogar abgelehnt. Die Verschlechterung am linken Auge ist am 26. Februar 2021 eingetreten, denn an diesem Tag hat sich der Beschwerdeführer wegen eines akuten Visusabfalls notfallmässig in der V. ___ vorgestellt

(act. G 6.1.5). Objektive Anhaltspunkte für eine mögliche Verschlechterung des Zustands des linken Auges vor dem 8. Dezember 2020 bestehen nicht. Diese Berichte vermögen deshalb keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken. Zusammenfassend ist unter Verweis auf Art. 56 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege des Kantons St. Gallen (VRP/SG, sGS 951.1) festzuhalten, dass das Gutachten der ABI GmbH vom 5. Mai 2020 beweiskräftig ist. Der Beschwerdeführer hat gemäss seinen Angaben in seinem Herkunftsland eine Ausbildung als Dreher absolviert. In der Schweiz hat er stets als Dreher gearbeitet (IV-act. 3, 4, 19), ohne über einen in der Schweiz anerkannten Berufsabschluss zu verfügen. Seit dem 1. Februar 2003 ist er bei der C. ___ AG angestellt gewesen. Sein Einkommen hat gemäss dem IK-Auszug bis im Jahr 2012 rund Fr. 71'000.-- betragen (Fr. 70'720.-- im Jahr 2012, Fr. 71'720.-- in den Jahren 2011 und 2010, Fr. 71'220.-- im Jahr 2009, IV-act. 83). Ab dem Jahr 2013 ist das Einkommen – wohl aufgrund des Bezugs von Krankentaggeldern – tiefer gewesen (Fr. 50'523.-- im Jahr 2013, Fr. 33'605.-- im Jahr 2014, Fr. 54'869.-- im Jahr 2015, Fr. 61'958.-- im Jahr 2016). Seine Arbeitgeberin hat am 22. November 2013 angegeben, der Monatslohn betrage Fr. 5'440.-- und werde dreizehnmal im Jahr (= Fr. 70'720.--) ausbezahlt (IV-act. 19). Im Jahr 2017 (undatiert, Posteingang 29. August 2017, IV-act. 95) hat sie angegeben, der Monatslohn betrage ab 1. Januar 2017 Fr. 5'500.-- bzw. der Jahreslohn Fr. 71'500.--; der Beschwerdeführer würde ohne Gesundheitsschaden gleich viel verdienen. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hat das Einkommen ab 1. Januar 2017 also nicht das Invalideneinkommen, sondern das Valideneinkommen dargestellt, denn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben sich bis zu diesem Zeitpunkt nicht auf die Höhe des Einkommens und damit auf die Erwerbsfähigkeit ausgewirkt. Der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns ist der 1. September 2017 gewesen (sechs Monate nach der Anmeldung zum Leistungsbezug, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer hat bis zum 14. Februar 2017 in einem Vollzeitpensum und ab dem 3. März 2017 in einem 50%-Pensum gearbeitet (IV-act. 95-2, 93-4). Möglicherweise hat er vor dem 14. Februar 2017 über das ihm zumutbare Ausmass gearbeitet, denn gemäss den Angaben von Dr. D. ___ hat er ab September 2015 nach dem Ende des Bezugs von Krankentaggeldern aus wirtschaftlichen Gründen wieder zu 100% gearbeitet (IV-act. 76). Der Arbeitgeber hat am 13. Februar 2018 zudem Bedenken geäussert, dass er den Beschwerdeführer überfordern könnte (IV-act. 124), was ein Indiz dafür ist, dass der Beschwerdeführer möglicherweise vor dem 14. Februar 2017 über das ihm zumutbare Ausmass gearbeitet haben könnte. Ob das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) am 1. September 2017 abgelaufen gewesen ist, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Zur Klärung der Frage, ob beim Beschwerdeführer bereits vor dem 14. Februar 2017 eine Teil-Arbeitsunfähigkeit in seiner Tätigkeit bei der C. ___ AG bestanden hat, sind weitere Sachverhaltsabklärungen, insbesondere die Einholung einer Auskunft bei der C. ___ AG, erforderlich. Unter Verweis auf Art. 56 Abs. 2 VRP/SG ist festzuhalten, dass das Valideneinkommen auf der Basis des ab 1. Januar 2017 erzielten Jahreseinkommens von Fr. 71'500.-- zu bemessen ist. Zur Klärung, ob das Wartejahr am 1. September 2017 abgelaufen gewesen ist, ist die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers bei der C. ___ AG mit einem 50%-Pensum ab dem 3. März 2017 stellt nicht die Invalidenkarriere dar, denn für die Bestimmung der Invalidenkarriere ist allein massgebend, welche zumutbare Tätigkeit der Beschwerdeführer auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausüben könnte. Dabei muss der Beschwerdeführer seine Erwerbsfähigkeit, also die Fähigkeit, ein

Einkommen zu erzielen, optimal verwerten. Relevant ist also einzig, ob der Beschwerdeführer in einer ideal adaptierten Tätigkeit mehr verdienen könnte als am bestehenden Arbeitsplatz. Das Invalideneinkommen stellt damit ein fiktives, objektives Faktum dar, das unabhängig von der subjektiven Zumutbarkeit eines Wechsels von einem bestehenden Arbeitsplatz in eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit ist. Es handelt sich deshalb hierbei nicht um einen Anwendungsfall der Schadenminderungspflicht. Wie die Gutachter der ABI GmbH zu Recht festgehalten haben, ist die Tätigkeit als Dreher nicht ideal leidensadaptiert, weil diese vorwiegend im Stehen durchgeführt wird und erhöhte Anforderungen an das Detailsehen beinhaltet. Aufgrund eines fehlenden, in der Schweiz anerkannten Berufsabschlusses besteht die Invalidenkarriere deshalb in einer Tätigkeit als durchschnittlich entlohnter Hilfsarbeiter. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, die verbliebene Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei nicht verwertbar, weshalb eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vorliege und der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Gemäss dem beweiskräftigen Gutachten der ABI GmbH ist dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit mit einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei einer vollzeitlichen Präsenz mit dem folgenden Belastungsprofil zumutbar: Eine mehrheitlich im Sitzen ausgeübte Tätigkeit mit zwischenzeitlichen Abschnitten im Stehen und Gehen und idealerweise der Möglichkeit, den rechten Fuss hochzulagern; Vermeidung von Überkopfbewegungen des linken Arms und von Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewichtssystem (kein Besteigen von Leitern, kein Gehen auf unebenem Boden oder im Dunkeln, kein Tragen von Lasten, die die Sicht auf den Boden verhindernen); keine selbst- und fremdgefährdende Tätigkeiten; keine Tätigkeiten in grossen Höhen oder als Chauffeur, keine sehr feinmotorischen Tätigkeiten, Tätigkeiten mit durchschnittlichen oder mit wenig Anforderungen an die Sehfähigkeit. Die 80%ige Arbeitsfähigkeit resultiert aus einem erhöhten Pausenbedarf, weshalb der Beschwerdeführer die Möglichkeit haben muss, im benötigten Umfang Pausen einzulegen. Aufgrund der Vielzahl der Kriterien, die eine Tätigkeit an einem ideal adaptierten Arbeitsplatz erfüllen muss, stellt sich die Frage, ob auf dem den ungelernten Hilfsarbeitern offenstehenden allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt Stellen existieren, an welchen der Beschwerdeführer seine verbliebene Restarbeitsfähigkeit verwerten könnte. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in einer so eingeschränkten Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter einem nicht realistischen Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Januar 2022, 9C_366/2021 E. 4.2 m.w.H.). Die Beschwerdegegnerin hat dies nicht abgeklärt, sondern lediglich festgehalten, dass nach der Rechtsprechung die Hürden für die Annahme einer Unverwertbarkeit hoch seien und dass aufgrund der aufgeführten Adaptionskriterien nicht von einer Unverwertbarkeit auszugehen sei (IV-act. 244-2). Welche beruflichen Tätigkeiten auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt konkret in Frage kommen, ist offengeblieben. Angesichts der für einen Hilfsarbeiter besonders nachteiligen Einschränkungen (insbesondere das Sitzen mit hochgelagertem Fuss, das eingeschränkte Sehvermögen und die allfälligen feinmotorischen Einschränkungen), die eine Kontrolltätigkeit ebenso wie eine Bildschirmarbeit mit einem Beschäftigungsgrad von 80% wohl nicht zulassen dürften, reicht die allgemeine Lebenserfahrung nicht aus, um die Frage der Verwertbarkeit der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beantworten. Da das Gericht

nicht über das notwendige Fachwissen verfügt, um beurteilen zu können, ob die verbliebene Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verwertbar ist, ist die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie wird durch eine berufs-/eingliederungsberaterische Fachperson abzuklären haben, ob es auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiter Stellen gibt, welche den formulierten Adaptionskriterien entsprechen. Es bleibt der Beschwerdegegnerin überlassen, ob sie dies durch eine interne oder externe Fachperson abklären lässt. Sofern die Verwertbarkeit bejaht wird, wird sie den Einkommensvergleich vornehmen müssen. Sofern die Verwertbarkeit verneint wird, wäre zu prüfen, ob (ausnahmsweise) das am bestehenden Arbeitsplatz erzielte Einkommen das Invalideneinkommen darstellt, denn aus medizinischer Sicht ist dem Beschwerdeführer diese Tätigkeit zu 50% zumutbar. 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.-- erweist sich als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. 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 (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch spricht das Versicherungsgericht eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu. Vorliegend handelt es sich um ein durchschnittlich aufwändiges Beschwerdeverfahren. Der Rechtsvertreter hat den Beschwerdeführer bereits in dem mangels Streitgegenstand gegenstandslos gewordenen Verfahren IV 2018/394 vertreten und ist für seinen Aufwand mit Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) entschädigt worden (IV-act. 166). Da der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers also bereits mit einem erheblichen Teil der Akten befasst gewesen ist und da er bei der juristischen Aufarbeitung auf das frühere Verfahren hat zurückgreifen können, erweist sich eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Verfügung vom 8. Dezember 2020 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen