

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/36 vom 23. November 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_36

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/36 du 23 novembre 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/36 del 23 novembre 2022

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG Prüfung eines polydisziplinären Gutachtens. Gemäss beweiskräftigem Gutachten ist der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig; adaptiert besteht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Restarbeitsfähigkeit aufgrund des vorgerückten Alters (im massgebenden Zeitpunkt bereits 62 Jahre und 4 Monate alt) und der gesundheitlichen Einschränkungen (medizinisches Zumutbarkeitsprofil) nicht mehr verwertbar. Gutheissung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. November 2022, IV 2022/36).

Volltext

Entscheid vom 23. November 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Corinne Schambeck (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Julia Dillier Geschäftsnr. IV 2022/36 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, rechtsanwälte.og 42, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich erstmals im November 2005 wegen eines Impingement-Syndroms der linken Schulter zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Zuletzt war er bei B.____ als Z.____ tätig gewesen (IV-act. 12). Nach Durchsicht der eingereichten Arztberichte der Behandler hielt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) fest, der Versicherte weise eine Ruptur der Supraspinatussehne an der linken Schulter auf. Daneben bestünden noch diverse internistische Krankheitsbilder, so etwa eine behandlungsbedürftige hypertensive Kardiopathie, eine leichte Niereninsuffizienz bei Verdacht auf hypertensive Nephropathie sowie ein latenter Diabetes mellitus bei Adipositas. In der angestammten Tätigkeit als Z.____ mit der Notwendigkeit von Überkopfarbeiten sowie von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei die Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit als Z.____ betrage mindestens 50 %, tendenziell sogar mehr. Von einer mindestens 20%-igen Einschränkung könne mit Sicherheit ausgegangen werden. In einer adaptierten Tätigkeit (ohne Überkopfarbeiten sowie ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg) könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (IV-act. 14). Nach beruflicher Abklärung und Arbeitstraining bei C.____ erteilte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 23. Oktober 2006 Kostengutsprache für einen Anfänger-Pizzaiolo-Kurs an der Y.____ GmbH (IV-act. 43). Dem Schlussbericht vom 4. Dezember 2006 ist zu entnehmen, dass der Versicherte den Kurs zum Pizzaiolo erfolgreich mit Diplom abgeschlossen habe. Einen Praktikumsplatz habe er allerdings trotz Unterstützung der Schule nicht finden können (IV-act. 47). Am 14. Juni 2007 unterzeichnete der Versicherte bei der D.____ GmbH einen Arbeitsvertrag als

X.____-mitarbeiter (IV-act. 70-2). Daraufhin teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 3. August 2007 mit, dass die Arbeitsvermittlung erfolgreich habe abgeschlossen werden können. Mit Verfügung vom 1. Oktober 2007 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um Rentenleistungen bei einem Invaliditätsgrad von 25 % ab (IV-act. 82). Im August 2008 wurde der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 83 ff.). Im Bericht vom 18. August 2008 führte Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie, aus, der arbeitswillige Versicherte habe nach fast 2-jähriger Arbeitslosigkeit eine neue Anstellung in einer X.____ gefunden. Dabei habe er eine Lohneinbusse von ca. Fr 2'500.-- monatlich hinzunehmen. Klinisch hätten sich indes gegenüber den früheren Untersuchungen keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte von Relevanz ergeben (IV-act. 83). Nach getätigten Abklärungen schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung am 26. März 2010 ab. Sie hielt fest, in der Tätigkeit als X.____-mitarbeiter könne der Versicherte eine volle Arbeitsleistung erbringen. Eine Anpassung des Arbeitsplatzes sei nicht möglich (IV-act. 139). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens wurde der Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 21. Juni 2010 abgelehnt (Vorbescheid vom 6. Mai 2010, IV-act. 145; Verfügung vom 21. Juni 2010, IV-act. 146). Im Dezember 2016 meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (IV-act. 147). Der RAD-Arzt Dr. med. F.____ hielt in einer internen Stellungnahme vom 15. Dezember 2016 fest, mit den mit der Wiederanmeldung eingereichten medizinischen Unterlagen lasse sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend plausibel nachvollziehen (IV-act. 154). Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2017 wurde die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (IV-act. 160). Dagegen liess der Versicherte am 26. Januar 2017 bzw. am 3. März 2017 mündlich Einwand erheben (IV-act. 161). Dazu reichte er unter anderem eine Kurzbeurteilung von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zuhanden der SWICA vom 20. Januar 2017 ein. Zudem informierte er, dass er die Kündigung per 30. April 2017 erhalten habe. Von August 2016 bis Februar 2017 habe er aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung lediglich zu 50 % als W.____-schleifer arbeiten können. Im Jahr 2013 habe er einen Rollerunfall mit Verletzungen an der Schulter und am Knie erlitten. Im November 2013 sei eine Meniskusoperation erfolgt (IV-act. 164). Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen führte die RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, in der Stellungnahme vom 2. Juni 2017 aus, im Vergleich zur medizinischen Referenzsachlage habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Zur bekannten Schulterdiagnose sei eine Arthrose am linken Kniegelenk und eine koronare Herzerkrankung hinzugekommen (IV-act. 172). Am 3. November 2017 wurde beim Versicherten eine Kniegelenkprothese eingesetzt (Operationsbericht vom 3. November 2017, IV-act. 193-2 f.). In der von der SWICA in Auftrag gegebenen Schnelluntersuchung vom 27. März 2018 attestierte Dr. med. I.____, Medbase J.____, dem Versicherten eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit, wobei es sich dabei bereits um eine Art Schonarbeitsplatz gehandelt habe. Eingeschränkt sei er vor allem beim Heben von Lasten über Hüfthöhe und bei schnellerem Gehen. Für einen optimal adaptierten Arbeitsplatz (leichte Tätigkeiten, wechselbelastend unter Vermeidung von Arbeiten über Hüfthöhe) könnte auch eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit postuliert werden. Dies wäre auch mit den kardialen Einschränkungen des Versicherten vereinbar. Realistisch sei dies jedoch nicht. Er sehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitspark für eine Tätigkeit, wie er sie zuletzt ausgeübt habe (Fremdakten-act. 4). Am

6. April 2018 berichtete Dr. med. K.____, Orthopädie, aus orthopädischer Sicht sei von einem sehr guten Verlauf fünf Monate nach der Implantation einer medialen Teilprothese am linken Knie auszugehen. Er attestierte dem Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit als W.____-mitarbeiter eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Dass bei einem optimal adaptierten Arbeitsplatz eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, sei theoretisch (IV-act. 205). Mit Mitteilung vom 20. Juli 2018 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 211). Dr. med. L.____, Radiologie M.____, berichtete am 5. November 2018 von einer anfänglichen Lumbalgie (mittlere-obere); derzeit von einem L4-Defizitsyndrom links (Quadrizepsschwäche und Hypästhesie; IV-act. 228-17). Am 8. November 2018 wurde eine CT-gesteuerte Infiltrationsanästhesie LWK 4/5 durchgeführt (IV-act. 228-19). Dr. med. N.____, Allgemeinmedizin, berichtete am 18. März 2019 von keiner wesentlichen Besserung des L4 Defizitsyndroms links nach CT-gesteuerten Infiltrationsanästhesie vom 8. November 2018. Der Verlauf sei jedoch mässig. Der Versicherte klagte nach wie vor über LWS-Schmerzen bis zum linken Fuss (IV-act. 233). In der internen Stellungnahme vom 23. April 2019 führte die RAD-Ärztin Dr. H.____ aus, der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zum Gutachten von Dr. I.____ vom 27. März 2018 nicht wesentlich verändert. Es könne auf eine Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert von 50 % ausgegangen werden (IV-act. 239). Am 24. April 2019 wurde das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen (IV-act. 242). In einem internen Feststellungsblatt notierte der zuständige Sachbearbeiter der IV-Stelle, aus rechtlicher Sicht sei in Beachtung des Berichts von Dr. I.____ nicht nachvollziehbar, weshalb der RAD in einer optimal adaptierten Tätigkeit von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, obwohl Dr. I.____ eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Unter Berücksichtigung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ermittelte er ein IV-Grad von 18 % (IV-act. 244). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 23. September 2019 mit, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Vorbescheid, IV-act. 246). Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (IV-act. 252). Am 3. Dezember 2019 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenanspruchs des Versicherten (IV-act. 253). Mit Beschwerde vom 20. Januar 2020 liess der Versicherte die Aufhebung der Verfügung vom 3. Dezember 2019 beantragen. Zur Begründung liess er unter anderem einen Arztbericht von Dr. N.____ vom 17. Januar 2020 einreichen. Diesem war zu entnehmen, dass die schlechte Lungenfunktion sowie die psychische Erkrankung, ein reaktives depressives Leiden, nicht berücksichtigt worden seien (IV-act. 256). Am 4. Februar 2020 reichte Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen psychiatrischen Bericht zuhanden der IV-Stelle ein. Darin wurde festgehalten, dass sich der Versicherte seit dem 24. August 2018 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Er leide unter einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICS-10: F33.11). Das psychische Leiden sei bislang gegenüber einer fachgerechten Behandlung resistent geblieben. Es habe Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 258). Daraufhin widerrief die IV-Stelle am 14. Februar 2020 die Verfügung vom 3. Dezember 2019 (Verfügung vom 14. Februar 2020, IV-act. 260; interne Stellungnahme vom 14. Februar 2020, IV-act. 261) und das Versicherungsgericht schrieb das Verfahren am 30. März 2020 ab (IV-act. 267). Nach Einholung weiterer Arztberichte teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 3. August 2020 mit, zur Klärung der Leistungsansprüche erachte sie eine medizinische Untersuchung (Allgemeine/Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie) als notwendig (IV-act. 280). Am 12. und 30. Oktober sowie am 4. November 2020 wurde der Versicherte im Zentrum für

Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) begutachtet. Die Sachverständigen erhoben folgende Diagnosen, denen sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimessen: ein chronisches lumbovertebrales bzw. lumbosakrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.10), eine Belastungsbeschränkung des rechten und linken Schultergelenks (ICD-10: M19.1), eine Belastungs- und Bewegungseinschränkung des rechten und linken Hüftgelenks mit einer Aussenrotationseinschränkung von 2/3 bei Coxa magna und einer Coxarthrose Grad Kellgren II-III (ICD-10: M16.0), eine Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenks bei medial betonter Gonarthrose mit einer Chondropathie Grad Kellgren II-III (ICD-10: M17.0), eine Belastungs- und Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks (ICD-10: M17.0) sowie ein Anstrengungsdyspnoe multifaktorieller Ätiologie. Als Leiden ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie ein metabolisches Syndrom, ein mittelgradiges Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose im Dezember 2018), eine leichte Niereninsuffizienz (KDIGO Stadium 3a) sowie eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als W.____ bestehe aus internistischer und orthopädischer Sicht seit der am 3. November 2017 erfolgten Implantation einer medialen Schlittenprothese auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr. Bezogen auf leidensadaptierte Tätigkeiten attestierten ihm die Sachverständigen in der Konsensbeurteilung eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit mit diversen qualitativen Schonkriterien (IV-act. 293-17 ff.). Am 21. April 2021 notierte die RAD-Ärztin Dr. H.____, das polydisziplinäre Gutachten sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 294). Mit Vorbescheid vom 18. Juni 2021 bzw. mit Korrektur vom 22. Juni 2021 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache eine ganze IV-Rente ab 1. November 2017 und einer halben Rente ab 1. Mai bis 31. Mai 2018 in Aussicht. Die getätigten Abklärungen hätten ergeben, dass aus versicherungsrechtlicher Sicht in einer körperlich schweren Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. In einer adaptierten körperlich leichten Tätigkeit habe vom 3. November bis 31. Dezember 2017 eine volle, vom 1. bis 31. Januar 2018 eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit, vom 1. bis 27. Februar 2018 eine 50%-ige und vom 1. bis 31. März 2018 eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem 1. April 2018 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Versicherte habe somit ab 1. November 2017 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. Mai 2018 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 54 % Anspruch auf eine halbe Invalidenrente, welche per 31. Mai 2018 eingestellt werde (IV-act. 296 und 298). Dagegen liess der Versicherte am 30. Juni bzw. 22. August 2021 Einwand erheben und weitere Arztberichte einreichen (IV-act. 299 ff. und 313 f.). Unter anderem nahm Dr. O.____ am 17. August 2021 Stellung zum psychiatrischen Gutachten. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sei bereits im August 2018 gestellt worden. Dies sei im Gutachten ausser Acht gelassen worden. Der psychiatrische Gutachter stelle die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung, was an sich mit der Diagnose einer längeren depressiven Reaktion auf Belastungs- und Anpassungsstörung einhergehe. Der Gutachter habe aber nicht berücksichtigt, dass laut ICD-10 die Diagnose F43.21 die depressive Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation zwei Jahre nicht überschreite. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte seit dem 24. August 2018 anhaltend zu 50 % arbeitsunfähig, sowohl in angestammter als auch in adaptierter Tätigkeit (IV-act. 316). Die RAD-Ärztin Dr. H.____ erkannte aus den eingereichten Arztberichten und der Stellungnahme von Dr. O.____ keine Gründe, die das Gutachten in Zweifel ziehen würden (IV-act. 322). Mit Verfügung vom 8. Februar 2022 hiess die IV-Stelle das Leistungsbegehren teilweise gut

und sprach dem Versicherten ab 1. November 2017 bis 30. April 2018 eine ganze IV-Rente zu (IV-act. 332). Gleichentags verfügte die IV-Stelle die Zusprache einer halben IV-Rente ab 1. bis 31. Mai 2018 (IV-act. 334). Gegen die Verfügungen vom 8. Februar 2022 erhebt der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Marco Bivetti, am 11. März 2022 (Postaufgabe) Beschwerde. Er beantragt, die angefochtenen Verfügungen seien aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine angemessene Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MwSt.). Er bemängelt zunächst den Beginn des Rentenanspruchs. Gestützt auf das Gutachten erblicke die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) spätestens seit dem 3. November 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Über den Grad der Einschränkung der Erwerbstätigkeit vor der Operation schweige sich das Gutachten aus. Im Rahmen des Untersuchungsverfahrens habe er anhand von zahlreichen Arztzeugnissen aufzeigen können, dass sich sein Gesundheitszustand seit der letzten Anmeldung verschlechtert habe. Spätestens ab Frühjahr 2017 sei sein Gesundheitszustand sowohl von der Schulterproblematik, der aufgetretenen Knieproblematik, aber auch von akuten Herzproblemen beherrscht gewesen. Im Weiteren sei ihm gemäss der angefochtenen Verfügung lediglich bis zum 30. April 2018 eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden. Über diesen Zeitpunkt hinaus habe die Beschwerdegegnerin soweit nachvollziehbar nicht verfügt. Im Vorbescheid sei ihm noch mitgeteilt worden, zumindest bis zum 31. Mai 2018 Anspruch auf eine halbe Rente zu haben. Die angefochtene Verfügung schweige sich sodann auch darüber aus, weshalb ihm zuerst die ganze Rente auf eine halbe Rente gekürzt werde und diese dann ganz weg falle. Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit fusse auf den Feststellungen des orthopädischen Teilgutachtens. Den Ausführungen des Gutachters lasse sich indes nicht entnehmen, weshalb sich der Arbeitsunfähigkeitsgrad im Verlauf des 1. Halbjahres 2018 in regelmässigen Abständen von 100 % auf 0 % reduziert habe. Das Gutachten sei damit im Kern seiner Aussagen nicht nachvollziehbar. Aus dem orthopädischen Teilgutachten ergebe sich sodann nicht, inwieweit die HWS-Problematik in die Beurteilung aufgenommen worden sei. Weiter übersehe die Beschwerdegegnerin, dass die behandelnden bzw. die begutachtenden Ärzte die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit durchaus als kritisch erachten würden. Entgegen den entsprechenden Ausführungen habe Dr. I. ___ keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert. Vielmehr gehe aus dessen Bericht hervor, dass etwas Derartiges unrealistisch sei. Auch das psychiatrische Teilgutachten sei mangelhaft. Es weiche in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (und der Diagnosen) insbesondere deshalb vom Bericht des behandelnden Psychiaters ab, weil gemäss Aussage des Gutachters der Versicherte selbst seine Schmerzen nicht in den Vordergrund gestellt habe. Dabei übersehe der psychiatrische Gutachter, dass die Gedanken des Beschwerdeführers hauptsächlich um die Verschlimmerung seines Asthmas kreisen würden und die damit verbundene Angst, unter der Belastung keine Luft mehr zu bekommen. Vor diesem Hintergrund sei rätselhaft, weshalb kein pneumologisches Teilgutachten eingeholt worden sei. Geradezu aktenwidrig sei die Äusserung des RAD, wonach keine konsequente Psychotherapie und keine konsequente antidepressive Therapie stattfände. Schliesslich sei aus der angefochtenen Verfügung nicht ersichtlich, auf welches Valideneinkommen die Beschwerdegegnerin zurückgreife. Ausgehend von seinem Lohn als V. ___ bei der P. ___ AG und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung sei das Valideneinkommen auf Fr. 87'439.-- festzusetzen. Es sei sodann auch von einem wesentlich tieferen

Invalideneinkommen auszugehen. Es sei illusorisch anzunehmen, er sei in der Lage, ein Einkommen von Fr. 73'575.-- zu erzielen. Sollte das angerufene Gericht wider Erwarten zur Ansicht gelangen, seine Restarbeitsfähigkeit sei verwertbar, wäre von einem entsprechenden Vergleichseinkommen schliesslich ein maximaler Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2022 die Abweisung der Beschwerde. Sie führt im Wesentlichen aus, als Beginn des Rentenanspruchs sei der 3. November 2017 festgelegt worden. Bis zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig gewesen. Das Arbeitsverhältnis als W.____ sei zwar per 31. Mai 2017 aufgelöst worden, weil er in seinem angestammten Tätigkeitsbereich nur noch 50 % arbeitsfähig gewesen sei. Das heisse aber nur, dass er zu diesem Zeitpunkt in seiner angestammten schweren Tätigkeit als W.____ arbeitsunfähig gewesen sei, nicht aber in einer leichten Tätigkeit. Der Beschwerdeführer bemängelt sodann das Gutachten. Bei diesem handle es sich aber um eine detailliert begründete und umfassende Expertise, welche die versicherungsmedizinischen Anforderungen erfülle. In Bezug auf die Ermittlung des Valideneinkommens sei zu erwähnen, dass entscheidend sei, was der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung überwiegend wahrscheinlich als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass dieser ohne Gesundheitsschaden weiterhin als Z.____ arbeiten würde. Das Valideneinkommen müsse daher auf der Grundlage seines Einkommens als Z.____ festgelegt werden. Massgebend sei damit sein zuletzt erzieltetes Erwerbseinkommen bei B.____. Das Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 73'575.-- sei entsprechend korrekt ermittelt worden. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens sei auf die LSE abgestellt worden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers seien ihm mit dem festgelegten Belastungsprofil etwa leichte Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier- und Prüfarbeiten zumutbar. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kenne durchaus Stellen, welche dieses Anforderungsprofil erfüllten. Zudem bestehe kein Grund für einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn, zumal dieser im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasse (act. G6). In der Replik vom 4. Juli 2022 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G10). Auf die Vorbringen der Verfahrenseteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem ihm formell nur bis 30. April 2018 eine ganze Rente zugesprochen worden sei (act. G1 Rz. 21 f.). Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV, SR 101] und Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift (BGE 116 V 182, E. 1.a; Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 8C_305/2018, E. 2). Ebenfalls aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör folgt, dass Verfügungen zu begründen sind, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess

und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis; BGE 118 V 56 E. 5b). Aktenkundig sind zwei Verfügungen, welche beide vom 8. Februar 2022 datieren. Mit der einen, dem Beschwerdeführer nachweislich zugestellten Verfügung, wurde ihm eine ganze IV-Rente für den Zeitraum vom 1. November 2017 bis 30. April 2018 zugesprochen. Mit der anderen Verfügung wurde ihm für den Monat Mai 2018 eine halbe IV-Rente zugesprochen. Auch wenn die Beschwerdegegnerin nicht in der Lage sein würde, den direkten Nachweis der ordnungsgemässen Zustellung dieser letztgenannten Verfügung zu erbringen, hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers spätestens am 8. März 2022 um die Existenz beider Verfügungen vom 8. Februar 2022 gewusst und hat über die elektronische Akteneinsicht den Inhalt und die vollständige Begründung der Verfügungen erfahren können (vgl. Akteneinsichtsgesuch vom 7. März 2022 [IV-act. 335]; Zustellung Akten in elektronischer Form [IV-act. 336]). Es ist somit nicht ersichtlich, inwiefern sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt sein sollte. Es war dem Beschwerdeführer ohne Weiteres möglich, die Verfügung sachgerecht anzufechten, zumal er bereits im Vorbescheidsverfahren über die rechtserheblichen Standpunkte der Beschwerdegegnerin informiert worden war und dagegen sachgerecht Einwand erhoben hatte. Soweit der Beschwerdeführer rügt, der Verfügungsteil 2 sei bereits im Dezember 2021 ergangen, und sich damit etwas zu seinen Gunsten ableiten will (vgl. act. G3), ist darauf hinzuweisen, dass dieses Vorgehen üblich und im Übrigen nicht zu beanstanden ist (vgl. Art. 60 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] bezgl. Aufgabenteilung IV-Stelle/Ausgleichskasse; BGE 134 V 97 E. 2.3 ff.). Ein formeller Mangel kann darin jedenfalls nicht erblickt werden. Zu prüfen bleibt somit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des IVG und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 8. Februar 2022 hat jedoch einen noch unter Geltung des vormaligen Rechts entstandenen Rentenanspruch zum Gegenstand. Daher sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1; Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 9101). Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeit zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. E. 2.2) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG 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 210 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020, E. 5.2 und vom 15. Oktober 2020, 8C_370/2020., E. 7.2). Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre ZIMB-Gutachten, welchem gemäss dem Beschwerdeführer verschiedene Mängel anhaften. Am orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten moniert er, es lasse sich den Ausführungen des Gutachters nicht entnehmen, weshalb sich sein Arbeitsunfähigkeitsgrad im Verlauf des 1. Halbjahres 2018 in regelmässigen Abständen von 100 % auf 0 % reduziert habe. Es ergebe sich im Weiteren nicht, inwieweit die HWS-Problematik in die Beurteilung aufgenommen und das chronische lumbovertebrale bzw. lumbosakrale Schmerzsyndrom berücksichtigt worden sei. Überdies habe auch Dr. I. ___ keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert. Der orthopädisch-chirurgische Sachverständige hat den Beschwerdeführer persönlich untersucht und nahm seine subjektiven Klagen auf. Er hat den Gesundheitszustand umfassend und mit

breitem Fokus abgeklärt sowie eine sorgfältige klinische Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates (insbesondere der Halswirbelsäule) vorgenommen. Nach rund vierseitigen Ausführungen zur Halswirbelsäule hielt der Sachverständige schliesslich fest, klinisch funktionell ergäben sich keine Hinweise auf eine segmentale dysfunktionale Störung im Bereich der Halswirbelsäule oder eine zervikale Nervenwurzelreizung (IV-act. 293-91 f.). Anlässlich der Begutachtung gab der Beschwerdeführer im Hinblick auf die HWS-Problematik im Übrigen an, beschwerdefrei zu sein (IV-act. 293-105). Auch das chronische lumbovertbrale bzw. lumbosakrale Schmerzsyndrom wurde entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers berücksichtigt, zumal der Sachverständige dieses Schmerzsyndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anerkannt hat (IV-act. 293-103). Ein Hinweis darauf, dass der orthopädisch-chirurgische ZIMB-Sachverständige diesbezüglich etwas vergessen/übersehen hätte, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer im Übrigen auch nicht substantiiert vorgebracht. Ein Mangel ist somit nicht zu erkennen. Im Einwandverfahren reichte der Beschwerdeführer sodann einen Arztbericht von Dr. N.____ ein. Dabei führte der Hausarzt des Beschwerdeführers aus, er sei mit dem Gutachten in keiner Weise einverstanden. Die orthopädische Beurteilung erachte er als falsch, da dem Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in sitzender Stellung attestiert werde. Die beigelegten Berichte des KSSG (Diagnose: Persistierende Schmerzen bei lumbalen Diskushernien links L3/4, L4/5, L5/S1) und der Radiologie M.____ (Klinische Angaben: Lumboradikuläres Schmerzsyndrom links und Fragestellung: DD Discushernie links) würden dieser Beurteilung widersprechen. Mit den aktuellen Beschwerden könne er keine ganztags sitzende Tätigkeit ausführen (IV-act. 315-1). Dabei gilt es anzumerken, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten nicht stets in Frage gestellt werden und Anlass zu weiteren Abklärungen bieten kann, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn – was vorliegend nicht zutrifft – objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. vorstehend E. 2.5). Dr. L.____ diagnostizierte bereits am 5. November 2018 eine mässig bis mittelgradige lumbale Spondylarthrose L4-S1 beidseits sowie eine mehrsegmentäre Chondrose und eine stellenweise fortgeschnittene, partiell überbrückende Spondylosis deformans TH10-L5 und eine fortgeschnittene Osteochondrose mit Höhenminderung des Intervertebralraums L5/S1, ebenfalls begleitet von einer leichten ventralen Spondylose (IV-act. 228-18). Am 8. November 2018 wurde eine CT-gesteuerte Infiltrationsanästhesie durchgeführt (IV-act. 228-19). Die entsprechenden Berichte waren dem Sachverständigen bekannt (vgl. IV-act. 293-47). Dieser untersuchte den gesamten Bewegungsapparat des Beschwerdeführers auch mit Blick auf die geschilderte Problematik und gelangte zum Schluss, dass eine überwiegend sitzende Tätigkeit dem Beschwerdeführer zugemutet werden könne. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erwähnte der Gutachter in seiner Beurteilung nicht, dass er ausschliesslich eine sitzende Tätigkeit ausführen könne, vielmehr empfahl er eine wechselbelastende Tätigkeit (vgl. IV-act. 293-116). Dass der Gutachter angesichts der erhobenen Befunde und Diagnosen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit und von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit ausging, ist nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer mit seiner Rüge am orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten, wonach nicht nachvollziehbar sei, weshalb sich

die Arbeitsfähigkeit im Verlauf des 1. Halbjahres 2018 in regelmässigen Abständen verbessert habe. Am 3. November 2017 wurde beim Beschwerdeführer eine Knieeileprothese eingesetzt. Dass sich die Arbeitsfähigkeit nach einer solchen Operation etappenweise verbessert, leuchtet ein und deckt sich im Übrigen mit den Arztberichten von Dr. K.____, gemäss welchen sich ein regelrechter Heilungsverlauf gezeigt habe (vgl. etwa IV-act. 202 und 205). Unzutreffend ist schliesslich die Auffassung des Beschwerdeführers, Dr. I.____ sei von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen. In seinem Bericht vom 22. März 2018 führte Dr. I.____ aus, für einen optimal adaptierten Arbeitsplatz (leichte Tätigkeiten, wechselbelastend unter Vermeidung von Arbeiten über Hüfthöhe) könnte auch eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit postuliert werden. Dies wäre auch mit den kardialen Einschränkungen des Versicherten vereinbar (Fremdenakten-act. 4). Dass Dr. I.____ schliesslich die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als nicht realistisch erachtete, ist für die Frage der massgeblichen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht von Bedeutung und hat vorliegend unberücksichtigt zu bleiben. Gegen das psychiatrische ZIMB-Teilgutachten wendet der Beschwerdeführer ein, es sei nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage der Sachverständige zum Schluss habe kommen können, der Beschwerdeführer würde seine Schmerzen bzw. Beschwerden nicht in den Vordergrund stellen. Überdies werde im Gutachten der Aspekt unberücksichtigt gelassen, dass nach ICD-10 die depressive Reaktion einer länger anhaltenden Belastungssituation zwei Jahren nicht überschreite. Bei annähernd vier Jahren sei von einer depressiven Episode auszugehen. Dabei beruft er sich auf die Stellungnahme von Dr. O.____ vom 17. August 2021 (IV-act. 316). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Die (psychiatrische) Diagnose ist für die Belange der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht ausschlaggebend (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2 und vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.4 m.w.H.). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. schon BGE 102 V 165). Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.). Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Dr. O.____ notierte am 19. Mai 2020 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine Verschlechterung des psychopathologischen Zustands mit Übergang von einer längeren depressiven Reaktion auf eine Belastungs- und Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) in eine depressive Episode mittelgradig bis schwerer Ausprägung (ICD-10: F32.1/F32.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Er schilderte, der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar, allseits orientiert, abgearbeitet und zum Teil vernachlässigt aussehend. Es falle ihm jeweils schwer, zur psychiatrischen Konsultation zu kommen. Das formale Denken sei auf depressive und somatische Beschwerden eingeengt. Er lasse sich kaum davon ablenken. Die Konzentrationsfähigkeit und die Merkfähigkeit seien erheblich beeinträchtigt. Mittelgradig beeinträchtigt sei das Gedächtnis und zum Teil die Auffassung. Das inhaltliche Denken sei frei von Wahn oder Halluzinationen, jedoch geprägt von

diffusen Ängsten. Im Affekt sei er niedergeschlagen, klagsam-jämmerlich, die Modulationsfähigkeit sei stark eingeschränkt. Er wirke hoffnungslos, verzweifelt, innerlich gequält. Der affektive Rapport sei mässig aufnehmbar. Mimik und Gestik seien verarmt. Der Antrieb sei herabgesetzt. Beim Gefühl von Lebensüberdruß würden immer wieder Selbstmordgedanken auftreten (IV-act. 274-4). In seinem Teilgutachten vom 30. Oktober 2020 verzeichnete Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen bewusstseinsklaren und wachen sowie zu allen Qualitäten voll orientierten Beschwerdeführer. Im formalen Gedankengang sei er geordnet ohne Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Wahnwahrnehmungen oder Halluzinationen. Der Beschwerdeführer habe während der gesamten Untersuchung psychomotorisch adäquat gewirkt und es seien keine Hinweise auf eine Unruhe, auch im Sinne einer psychischen Äquivalenz erkennbar gewesen. Der Affekt sei während der Untersuchung euthym gewesen. Er sei insgesamt besorgt, teilweise aufgrund seiner finanziellen Lage und den Konflikten mit seiner Ehefrau verzweifelt. Es bestehe ein relativer sozialer Rückzug, sein Selbstvertrauen und sein Selbstwertgefühl seien vermindert. Der Sachverständige stellte in der Folge die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21), welche keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. In den Unterlagen gebe es einen Befund des behandelnden Psychiaters Dr. O.____, den es zu würdigen gelte. Im Gegensatz zu dem dort erhobenen psychopathologischen Befund sei der Beschwerdeführer hier gedanklich nicht eingengt, auch nicht auf depressive Beschwerden konzentriert gewesen. Konzentrationsschwierigkeiten und Merkfähigkeit seien während der Untersuchung völlig unauffällig gewesen, der Affekt sei besorgt, aber nicht niedergeschlagen. Er sei klagsam, die Modulationsschwierigkeit sei jedoch nicht reduziert. Es habe während der Untersuchung keinen Hinweis auf einen reduzierten Antrieb bestanden. Diagnostisch bestehe eine Übereinstimmung mit der zunächst gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung bzw. einer längeren depressiven Reaktion. Schwer falle jedoch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nachzuvollziehen, vor allem weil der Beschwerdeführer selbst seine Schmerzen nicht in den Vordergrund gestellt habe. Auch die gegebene antidepressive Medikation mit 50 mg Trittico entspreche nicht der Behandlung einer mittelschweren Depression, sondern, wenn überhaupt, einer eher leichten depressiven Symptomatik. Der Beschwerdeführer besitze ausreichend Ressourcen im sozial-kommunikativen Bereich und auch im Bereich der körperlichen Leistungsfähigkeit. Seine Funktionsfähigkeiten seien aus psychiatrischer Sicht qualitativ leicht eingeschränkt im Sinne des ICF-APP, im Bereich der Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit und auch der Stresstoleranz. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich quantitativ keine Einschränkungen identifizieren (IV-act. 293-134). Wie bereits das internistische und das orthopädische Teilgutachten erfüllt auch das psychiatrische Fachgutachten zweifelsohne die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien an ein beweiskräftiges verwaltungsexternes Gutachten. Zwar ist mit dem Beschwerdeführer festzuhalten, dass eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion (ICD: F43.21) einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation darstellt, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert (Horst Dilling/Werner Mombour/Martin H. Schmidt (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinie, 10. Auflage, Bern 2015). Die Ausführungen von Dr. O.____ stehen jedoch – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht in dem Masse diametral zur Einschätzung des Gutachters, als dass sie geeignet wären, konkrete Zweifel an der Validität des Gutachtens

zu wecken, zumal die Diagnose an sich nicht ausschlaggebend ist (vgl. hierzu vorstehend E. 3.2.1). Dies bestätigte Dr. O. ___ in der Stellungnahme vom 17. August 2021 schliesslich selber, indem er ausführte, der psychiatrische Gutachter stelle die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung, was an sich mit der Diagnose einer längeren depressiven Reaktion auf eine Belastungs- und Anpassungsstörung einhergehe (IV-act. 316-2). Das psychiatrische Fachgutachten beruht sodann ebenfalls auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – sämtliche geklagten Beschwerden und ist verglichen mit den Einschätzungen seines behandelnden Arztes insbesondere in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage abgegeben worden. Es äussert sich zudem detailliert zu den dem Beschwerdeführer noch verbleibenden Ressourcen und kommt namentlich auf der Basis einer umfassenden und evidenzbasierten Analyse auch psychosozialer Belastungsfaktoren zum Schluss, dass zwar seine Funktionsfähigkeiten leicht eingeschränkt sind, dies sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Im Übrigen ist bei der Würdigung des Beweiswerts der Berichte behandelnder Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und zudem dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu akzeptieren (vgl. etwa BGE 125 V 351 E. 3b.cc). Abschliessend ist zu erwähnen, dass die Kritik von Dr. O. ___ am psychiatrischen Teilgutachten, wonach die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) aktenwidrig ausser Acht gelassen worden sei, nicht vollends nachvollziehbar erscheint. Eine Schmerzstörung nach ICD-10: F45.4 charakterisiert sich dadurch, dass der andauernde, schwere und quälende Schmerz durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann (vgl. Horst Dilling/Werner Mombour/Martin H. Schmidt (Hrsg.), a.a.O., S. 233). Die körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers sind jedoch aktenkundig und vollständig physiologisch erklärbar. Der Beschwerdeführer moniert schliesslich, es sei unverständlich, weshalb er nicht auch pneumologisch begutachtet worden sei, zumal seine Gedanken hauptsächlich um die Verschlimmerung seines Asthmas gekreist hätten (vgl. act. G1). Am 3. Januar 2019 wurde beim Beschwerdeführer erstmals ein Asthma bronchiale diagnostiziert (IV-act. 225). Bereits Ende Januar zeigte sich eine erste Besserung nach einer Inhalationsbehandlung (IV-act. 228-11 ff.). Am 4. April 2019 berichtete das Zentrum für Schlafmedizin des KSSG, beim Beschwerdeführer bestehe ein Asthma bronchiale, welches eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Frage, welche Funktionseinschränkungen bestünden, konnten die behandelnden Ärzte nicht beantworten (IV-act. 235). Im Arztbericht vom 5. Dezember 2019 hielten sie eine altersentsprechend eingeschränkte Leistungsfähigkeit bezüglich der geleisteten Arbeit, als auch bezüglich der maximalen Sauerstoffaufnahme fest. Spiroergometrisch bestünde neben einem Trainingsmangel, einem hypertensiven Kreislaufverhalten sowie einer allergisch exogenen kardialen Limitierung (Herzfrequenz noch erhalten unter Betablockade) auch elektrische Hinweise auf eine Ischämie. Die Symptomatik des Beschwerdeführers sei etwas schwer fassbar, eine kardiale Genese, wie 2017 von Dr. R. ___ postuliert, sei aber möglich. Trotzdem bestünde ein Ansprechen auf die inhalative Therapie. Als wichtigste Massnahme sowohl pulmonal als auch kardial sei der unbedingte Tabakrauchstopp (IV-act. 278-5 ff.). Die Gutachter, insbesondere der Internist, erachteten auch nach umfassender Untersuchung der Atmungsorgane (vgl. IV-act. 293-63) ein pneumologisches Teilgutachten nicht als

notwendig, andernfalls dieses vorgeschlagen worden wäre. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der Beschwerdeführer nicht noch von einem Pneumologen untersucht worden ist, zumal die Pneumologie ein Teilgebiet der Inneren Medizin ist und der internistische Teilgutachter und Facharzt für Innere Medizin eine detaillierte Untersuchung (insbesondere der Atmungsorgane [IV-act. 293-63 und 293-74 f.]) vorgenommen hat. Anzeichen dafür, dass sich die Beschwerden des Beschwerdeführers seit den vorgenannten Arztberichten weiter verschlechtert hätten, bestanden nicht (vgl. etwa IV-act. 293-57). Nach dem Gesagten ist auf das polydisziplinäre ZIMB-Gutachten, insbesondere auf die Schätzung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Somit ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig und in einer adaptierten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig zu betrachten. Zu prüfen bleibt die Rechtsfrage, ob der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 100 % auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt noch verwerten kann. Bei der Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit handelt es sich um eine rechtliche Frage, welche von den medizinischen Sachverständigen nicht alleine beantwortet werden kann. Referenzpunkt für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit ist der hypothetisch ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung handelt es sich dabei um einen theoretischen und abstrakten Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktfrage nicht berücksichtigt (BGE 134 V 64 E. 4.2.1), und dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von demjenigen der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI-Praxis 6/1998 S. 291). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt, oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (siehe zum Ganzen: Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2019, 8C_710/2018, E. 7.1 und vom 25. September 2018, 8C_290/2018, E. 5.4, je mit Hinweisen). Die Rechtsprechung anerkennt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und

Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1; 138 V 457 E. 3.3). Das Verlaufsgutachten wurde am 16. April 2021 erstattet. Die letzte für das Gutachten massgebende Untersuchung fand jedoch bereits am 4. November 2020 statt. Weiterführende Abklärungen mussten keine getätigt werden. Als massgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit ist somit der 4. November 2020 (Untersuchungsbefunde von Dr. S.____) anzunehmen. In diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer knapp 62 Jahre alt. Im polydisziplinären Gutachten gingen die Sachverständigen in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit davon aus, dass dem Beschwerdeführer sehr leichte bis leichte wechselbelastende, überwiegend sitzende Tätigkeiten zu 100 % zumutbar seien (IV-act. 292 ff.). Aus orthopädischer Sicht bestehe eine limitierte Arbeitsfähigkeit für überwiegend im Stehen und Gehen ausgeübte Tätigkeiten sowie für Tätigkeiten, die in kniender Körperposition oder im Hocksitz durchzuführen seien. Tätigkeit mit einem beidhändigen, körperfernen Heben von mehr als 5 kg bis Brustniveau und einem beidhändigen, körpernahen Heben von mehr als 8 kg bis Brustniveau seien zu vermeiden. Auch das mehr als gelegentliche Treppensteigen sowie Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder schrägen Ebenen sowie Tätigkeiten mit einer Gehdauer von mehr als 20 Minuten ohne Pause seien nicht zumutbar. Im Hinblick auf die Beschwerdesymptomatik im Bereich der Schultergelenke seien jedwede Tätigkeiten über Schulterniveau zu meiden, auch mit einer Limitierung hinsichtlich repetitiver, kraftvoller Drehbewegungen der beiden Arme. Dabei fielen Tätigkeiten, welche ein mehr als gelegentliches, kraftvolles Stossen, Zug- und Drehbewegungen, axiales Abstützen, Schläge sowie repetitives, kräftiges Zupacken verlangten, ausser Betracht. Dies würden auch repetitive Drehbewegungen der Schultergelenke unter gleichzeitigem Anheben von Gegenständen über 1 kg (Kassentätigkeit an einem Förderband) ausschliessen. Überdies seien Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglatten Untergrund sowie Tätigkeiten unter Zeitdruck und Akkordarbeiten zu vermeiden (IV-act. 293-115 f.). Aus allgemein-internistischer Sicht sei überdies darauf zu achten, dass keine Tätigkeit mit Staub-, Dampf-, oder Rauchexposition oder Expositionen mit inhalativen Allergenen ausgeführt würden (IV-act. 293-77). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Tätigkeit ohne Nachtschicht, ohne hohen Zeitdruck und ohne hohes Stressniveau empfohlen (IV-act. 293-134). Das Bundesgericht verneinte unter anderem die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit einer 62 1/2-jährigen Beschwerdeführerin ohne erlernten Beruf, die zuletzt während 7 Jahren als Montagemitarbeiterin tätig war und diese Arbeit nicht mehr ausüben konnte. Ihr waren körperlich leichte bis teilweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zeitdruck und Hektik vollumfänglich zumutbar (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2016, 9C_416/2016, E. 3 und 5.1). Gleich entschied es in Bezug auf eine ebenfalls 62 1/2-jährige Beschwerdeführerin, die während rund 20 Jahren ein eigenes Reinigungsinstitut geführt hatte und der sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr zumutbar waren (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Oktober 2019, 9C_642/2018, E. 3.6 f.). Ebenfalls verneinte es die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines 61-jährigen ehemaligen Kunststoffbeschichters, der aufgrund einer chronisch

obstruktiven Lungenkrankheit nur noch vor allem feinmotorische Tätigkeiten hätte ausführen können, in denen er nie Vorkenntnisse erwerben konnte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 23. Oktober 2003, I 392/02, E. 3.2 f.). Hingegen bejahte es die Verwertbarkeit bei einem im massgeblichen Zeitpunkt 63 1/2-jährigen Beschwerdeführer, der in angepassten Tätigkeiten – Gewichtslimite von 10 kg und eher sitzend – zu 100 % arbeitsfähig war. Im Unterschied zum vorliegenden verfügte der Beschwerdeführer in jenem Fall über Deutschkenntnisse und war ausgebildeter Servicetechniker mit Berufserfahrung auch als Hauswart. Das Bundesgericht erwog, dass ihm angesichts des erworbenen Handelsdiploms nebst Sortier- und Überwachungsaufgaben auch einfache Bürotätigkeiten offen stünden (Urteil vom 30. Dezember 2015, 9C_847/2015, E. 4.2 f.). Zur selben Erkenntnis kam es im Fall eines 61-jährigen Beschwerdeführers, der – im Unterschied zum hier zu beurteilenden Fall – für feinmotorische Tätigkeiten geeignet war (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2015, 8C_330/2015, E. 3.2). Dem Beschwerdeführer verbleiben mit seinen beinahe 62 Jahren lediglich noch gut drei Jahre bis zur ordentlichen Pensionierung. Zudem ist das beschriebene medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht nur hinsichtlich der in Frage kommenden Tätigkeiten (sehr leichte bis leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne Heben von schweren Lasten [5 bzw. 8 kg], ohne Heben über Brustniveau, etc.), sondern auch in Bezug auf die zu beachtenden Rahmenbedingungen (u.a. kein Zeitdruck, keine Akkordarbeiten, ein stressfreies Klima, keine Nachtschicht, keine Staub-, Dampf-, oder Rauchexpositionen) sehr einschränkend (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juni 2022, 9C__21/2022, E. 3.2.3). Zwar bietet der ausgeglichene Arbeitsmarkt durchaus auch Nischenarbeitsplätze an, bei welchen beeinträchtigte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Erschwerend kommt jedoch vorliegend hinzu, dass der Beschwerdeführer zwar über eine vor vielen Jahren in Italien absolvierte Berufsausbildung als Radiotechniker verfügt (vgl. IV-act. 19), er aber gemäss Schlussbericht der C. ___ über kaum mechanisches Grundwissen verfügt und ihm feinmotorische Arbeiten grosse Mühe bereiten (vgl. IV-act. 29-2) und entsprechend für ihn nicht geeignet sind. Da ihm nur noch sehr leichte bis leichte Tätigkeiten zugemutet werden können, kann er seine bisher gewonnene Berufserfahrung als Z. ___ und W. ___-schleifer in keiner Weise mehr nutzen. Trotz der medizinisch-theoretisch hohen Arbeitsfähigkeit wäre der zu erbringende Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand somit auch in einer Hilfsarbeitertätigkeit beträchtlich. Die Beschwerdegegnerin geht zwar davon aus, dass der Beschwerdeführer leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier- und Prüfarbeiten ausführen könne (act. G6). Dabei übersieht sie, dass die beispielhaft aufgezählten Tätigkeiten gestützt auf das besagte medizinische Profil dem Beschwerdeführer nicht zumutbar sind: So wird er als Hilfsarbeiter in Produktionsbetrieben entweder in einer staub-, dampf- oder rauchbelasteten Umgebung und/oder unter Zeitdruck oder im Akkord arbeiten müssen. Auch repetitive Drehbewegungen liessen sich nicht vermeiden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 3.3.2). Hinzu kommt, dass für diese Tätigkeiten oftmals feinmotorische Fähigkeiten notwendig sind, für die der Beschwerdeführer jedoch aktenkundig nicht mehr geeignet ist (vgl. HPV Schlussbericht [act. 29-2]). Aus der Gesamtwürdigung der für die Zumutbarkeitsfrage vorliegend massgebenden objektiven und subjektiven Umstände resultiert, dass die dem Beschwerdeführer verbliebene Einsatzfähigkeit mit einer Vielzahl von Einschränkungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit Blick auf sein fortgeschrittenes Alter nicht mehr nachgefragt worden wäre. Deren Verwertung war ihm somit auch gestützt auf seine

Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zuzumuten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2013, 9C_954/2012, E. 3.2). Da es nach dem Gesagten an einer wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt fehlt, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, weshalb ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht. Betreffend Rentenbeginn ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer am 13. Dezember 2016 (erneut) zum Leistungsbezug angemeldet hat. Nachdem eine relevante Arbeitsunfähigkeit frühestens ab 3. August 2016 (vgl. Fremdenakten-act. 1-6) bestanden hat, würde der Rentenbeginn in Beachtung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartejahr) und Art. 29 Abs. 1 IVG (Karenzfrist) frühestens auf August 2017 fallen, zumal zwischen August 2016 und August 2017 eine mind. 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in der früheren Tätigkeit ausgewiesen ist. Soweit sich der Beschwerdeführer bezüglich Rentenbeginn auf Art. 88a i.V.m. Art. 29 bis IVV beruft, ist anzumerken, dass es sich beim chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom, bei den Belastungs- und Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke, der Belastungseinschränkungen der Kniegelenke sowie bei der Anstrengungsdyspnoe multifaktorieller Äthologie um neue Beschwerden handelt. Überdies liegt die letzte Anmeldung zum Leistungsbezug über acht Jahre zurück. Art. 88a i.V.m. Art. 29 bis IVV ist somit nicht anwendbar. Es bleibt die Arbeitsfähigkeit ab August 2017 zu prüfen. Die Gutachter kamen in einer retrospektiven Arbeitsfähigkeitsschätzung zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als W.____ sowie einer als vergleichbar einzustufenden körperlich schweren Tätigkeit mit Belastung der Lendenwirbelsäule sowie der Schulter-, Knie- und Hüftgelenke spätestens seit der am 3. November 2017 erfolgten Implantation einer medialen Schlittenprothese auf Dauer nicht mehr arbeitsfähig (IV-act. 293-19). In der Kurzbeurteilung zuhanden der SWICA vom 20. Januar 2017 attestierte Dr. G.____ dem Beschwerdeführer eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten (IV-act. 165). Bis Mitte März 2017 war der Beschwerdeführer noch bei der V.____ AG als Anlagebediener tätig (IV-act. 176). Dr. K.____ berichtete am 16. August 2017 von einer deutlichen Beschwerdeverbesserung und führte aus, es sei unklar, ob die Schuheinlagen dafür verantwortlich seien. Jedenfalls habe der Leidensdruck erheblich abgenommen (IV-act. 184). Am 24. Oktober 2017 notierte Dr. K.____, die Knieeilprothese werde am 3. November 2017 auf Wunsch des Beschwerdeführers implantiert (IV-act. 191). Gestützt auf die aktenkundigen Arztberichte ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer vor dem 3. November 2017 in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig war. Nicht zu beanstanden ist im Weiteren die retrospektive Beurteilung der Gutachter ab dem 3. November 2017. So ist nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nach der Implantation der Knieeilprothese etappenweise wieder steigern konnte (vgl. E. 3.1.3). Dr. I.____ ging in seinem Bericht vom 27. März 2018 zuhanden der SWICA ebenfalls von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in angestammter und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus (Fremdenakten-act. 4). Vom 1. Mai bis 20. Juli 2018 konnte der Beschwerdeführer sodann an einem Einsatzprogramm teilnehmen. Dabei konnte die Arbeitsleistung von anfänglich 70 % auf 90 % gesteigert werden, wobei sich der Beschwerdeführer (subjektiv) nicht mehr als 50 % zugetraut habe (IV-act. 213). Erst am 24. August 2018 stellte der Behandler beim Beschwerdeführer die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11). Das L4-Defizitsyndrom wurde schliesslich am 5. November 2018 (IV-act. 228-17 f.) und ein Asthma bronchiale am 3. Januar 2019 (IV-act. 225)

diagnostiziert. Da das Spektrum möglicher Tätigkeiten damit nach Durchführung des Einsatzprogramms noch enger geworden ist, war unter Berücksichtigung der noch verbleibenden Ressourcen und des Alters des Beschwerdeführers die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit erst im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr gegeben. Ein Mangel an der retrospektiven medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter kann somit nicht erblickt werden. Nach dem Dargelegten steht fest, dass die befristete IV-Rente vom 1. November 2017 bis 31. Mai 2018 (anfänglich volle IV-Rente, ab 1. bis 31. Mai 2018 halbe IV-Rente) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten korrekt ist. Da wie unter E. 4 dargelegt, die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund des vorgerückten Alters ab 4. November 2020 (massgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit) nicht mehr verwertbar war, liegt seit diesem Zeitpunkt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 10. Mai 2013, 9C_954/2012, E. 4.2). In teilweiser Guttheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 8. Februar 2022 betreffend Einstellung der IV-Rente bzw. Abweisung des Leistungsgesuchs ab 1. Juni 2018 insoweit aufzuheben, als dass dem Beschwerdeführer ab dem 1. November 2020 eine ganze (unbefristete) Invalidenrente zuzusprechen ist. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Gemessen an den gestellten Anträgen hat der Beschwerdeführer nur teilweise obsiegt. Ihm sind daher ermessensweise die Hälfte der Kosten, d.h. Fr. 300.--, aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm im Umfang von Fr. 300.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 300.-- zurückzuerstatten. Den Restbetrag von Fr. 300.-- hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Da der Beschwerdeführer nur teilweise obsiegt, hat er entsprechend dem Ausmass des Obsiegens einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Vorliegend erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer somit mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Guttheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. Februar 2022 im Sinne der Erwägungen aufgehoben und ab dem 1. November 2020 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin je zur Hälfte. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer daran angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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