



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 14. Dezember 2021

Mitwirkende	Obergerichtspräsident W. Kobler Obergerichtsvizepräsident M. Hüsler Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 21 6
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 9. Februar 2021

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung vom 9. Februar 2021 sei teilweise aufzuheben, und es sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung spätestens ab April 2018 mindestens eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen;
2. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und es seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1964 geborene A. (nachfolgend: der Versicherte oder Beschwerdeführer), dannzumal zuletzt als Maschinist tätig, meldete sich erstmals im Dezember 2014 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Bezüglich gesundheitlicher Beeinträchtigung machte er die Angaben "Nierenerkrankung, 1995 Transplantation" (act. 8.2/1). Die IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend: IV-Stelle oder Vorinstanz) tätigte die erwerblichen und medizinischen Abklärungen und verfügte schliesslich am 22. Mai 2015, dass kein Anspruch auf Leistungen der IV bestehe, da in einer adaptierten (mehrheitlich sitzenden) Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben sei (act. 8.2/18). Der nämliche Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.
- B. Im Oktober 2017 tätigte der Versicherte eine weitere Anmeldung. Bezüglich gesundheitlicher Beeinträchtigung lieferte er diesmal die Angaben "Chronische Müdigkeit, Nierentransplantation, Hepatitis B, Osteochondrose Knie, Depression" (act. 8.2/19). In einer Stellungnahme vom 12. November 2017 erachtete der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) eine relevante Veränderung der gesundheitlichen Situation als überwiegend wahrscheinlich (act. 8.2/27). Am 27. April 2018 erklärte er sodann, rein somatisch seien seit der letzten massgebenden Verfügung neue Diagnosen hinzugekommen (Knie links, Wirbelsäule, Schulter rechts), die eine relevante Handicapierung nachvollziehen liessen. Es sei erstaunlich, dass die Spenderniere (vom Vater) seit 1995 immer noch recht gut funktioniere. Es sei eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit dauerhaft möglich. Es sei noch unklar, inwieweit auf die neuen gesundheitlichen Probleme therapeutisch reagiert werde. Allenfalls werde im Verlauf eine MEDAS-Begutachtung notwendig (act. 8.2/39). Nachdem weitere Abklärungen

gen getätigt und Behandlungsverläufe abgewartet worden waren, empfahl der RAD schliesslich am 6. Juni 2019 eine polydisziplinäre Begutachtung (act. 8.2/56), welche folglich von der IV-Stelle in die Wege geleitet wurde. Der Gutachterauftrag wurde via die Vergabeplattform SuisseMED@P der B. zugeteilt (act. 8.2/71). Gestützt auf ihre Untersuchungen, die zwischen dem 11. Oktober und dem 3. Dezember 2019 stattfanden, gelangte die B. in ihrem Gutachten mit Redaktionsdatum vom 1. Februar 2020 zum Schluss, aus interdisziplinärer Sicht sei der Versicherte in einer leidensadaptierten Arbeit zu ca. 50 % arbeitsfähig (act. 8.2/131). In einer Beurteilung vom 10. Februar 2020 erachtete der RAD das Gutachten der B. plausibel (act. 8.2/82), woraufhin die IV-Stelle dem Versicherten mittels Vorbescheid vom 27. April 2020 mitteilte, es stehe ihm gestützt auf einen IV-Grad von 48 % ab 1. September 2018 eine Viertelsrente zu (act. 8.2/87). Hiegegen liess der Versicherte am 27. Mai 2020 durch RA AA. Einwand erheben (act. 7.2/88). Im Zuge weiterer Abklärungen hielt die IV-Stelle schliesslich am 9. Februar 2021 an ihrem Vorbescheid insoweit fest, als sie weiterhin auf eine Viertelsrente erkannte, wobei sie den IV-Grad nunmehr indes auf 49 % bezifferte (act. 8.2/102).

- C. Gegen letzteren Entscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde des durch RA AA. vertretenen Versicherten vom 11. März 2021, mit dem eingangs zitierten Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Beschwerdeabweisung wurde am 19. April 2021 erstattet (act. 7). Mit Replik vom 24. Juni 2021 hielt der Versicherte an seinem Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeschrift fest (act. 11). Die Vorinstanz machte von dem ihr eingeräumten Duplikrecht keinen Gebrauch.

Erwägungen

1. 1.1

Der angefochtene Entscheid regelt einen Anspruch gegenüber der Invalidenversicherung, ist mithin in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) bestellt jeder Kanton ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung. Im Kanton Appenzell Ausserrhoden beurteilt das Obergericht in seiner Eigenschaft als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden gegen solche Entscheide (Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010; bGS 145.31). Auf dem Rechtsgebiet der Invalidenversicherung ist sodann die Vorschrift von Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) zu beachten, gemäss welcher Verfügungen der

kantonale IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anzufechten sind. Da vorliegend eine Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden Gegenstand der Beschwerde bildet, ist die örtliche Zuständigkeit des dem Obergericht angegliederten ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.

1.2

Das Gesamtgericht des Obergerichts hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [[https:// staatskalender.ar.ch/organizations/pdf](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

1.3

a) In prozessualer Hinsicht ist hier zunächst auf das genaue Anfechtungsobjekt einzugehen. Die IV-Stelle hatte über den Anspruch des Beschwerdeführers zunächst am 9. Februar 2021 verfügt, wobei der betreffende Entscheid direkt an diesen adressiert war statt an den Rechtsvertreter. RA AA. hatte auf diesen Umstand in seiner Beschwerdeschrift hingewiesen und namentlich erklärt, man habe am 16. Februar 2021 bei der IV-Stelle reklamiert, woraufhin diese eine neue Eröffnung der Verfügung angekündigt habe (act. 1). RA AA. liess dem Obergericht dann mit Eingabe vom 1. April 2021 (act. 6) ein Schreiben der IV-Stelle vom 11. März 2021 zukommen, in dem diese darlegte, die Eröffnung der Verfügung sei irrtümlich an den Versicherten selber statt an den Rechtsvertreter erfolgt. Laut den Ausführungen der IV-Stelle in dem nämlichen Schreiben werde nun die Verfügung dem Rechtsvertreter nachgesendet, und es erging der Hinweis, dass bezüglich der Frist für die Erhebung des Rechtsmittels die Zustellung dieses Schreibens gelte (act. 6.1). Das besagte Schreiben der IV-Stelle vom 11. März 2021 wurde des Weiteren auch der vorinstanzlichen Vernehmlassung beigelegt (act. 8.3).

b) Es stellt sich hier somit die Frage, wie die (zweite) Eröffnung der angefochtenen Verfügung an den beschwerdeführerischen Rechtsvertreter in rechtlicher Hinsicht zu würdigen ist. Erfolgte die Eröffnung einer Verfügung bei bekanntem Vertretungsverhältnis an die vertretene Person anstatt an die bestellte Rechtsvertretung oder gesetzliche Vertretung, so ist sie mangelhaft. Denn die vertretene Partei darf in der Regel annehmen, dass die von ihm beauftragte, der Behörde bekannte Vertretung die Verfügung ebenfalls erhalten hat. Traf dies nicht zu, wird die (Rechtsmittel-)Frist unter dem Blickwinkel von Treu und Glauben frühestens im Zeitpunkt ausgelöst, in dem die Partei oder ihre Vertretung bei gebotener Sorgfalt vom Eröffnungsmangel Kenntnis haben konnte und musste, spätestens mit der nachträglichen, ordnungsgemässen Zustellung der schriftlichen Mitteilung an die Vertretung (UHLMANN/

SCHILLING-SCHWANK, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], VwVG, Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, N. 12 zu Art. 38 VwVG mit Verweisen).

c) Vorliegend hatte die IV-Stelle dem Versicherten die Verfügung, mit welcher letzterem eine Viertelsrente zugesprochen wurde, am 9. Februar 2021 eröffnet. Am 16. Februar 2021 hatte RA AA. gegenüber der Vorinstanz auf die Missachtung der bestehenden Rechtsvertretung hingewiesen (act. 2.2). Aufgrund der Ausführungen des Rechtsvertreters ist nicht ganz klar, an welchem Tag genau er von seinem Mandanten über die ergangene Verfügung informiert wurde. Geht man jedenfalls davon aus, dass RA AA. spätestens am 16. Februar 2021 von der Verfügung Kenntnis gehabt haben muss, und begann folglich die 30tägige Beschwerdeschrift an jenem Tag zu laufen, so war letztlich die mit der Eingabe vom 11. März 2021 (act. 1) erfolgte Beschwerdeerhebung ohne weiteres fristwährend. Die Verfügungseröffnung vom 9. Februar 2021 ist nach dem Gesagten als rechtsgültig anzusehen. Was demgegenüber die nachträgliche Sendung der Rentenverfügung durch die Vorinstanz an den Rechtsvertreter vom 11. März 2021 betrifft, so kommt dieser Zustellung bzw. nochmaligen Eröffnung keinerlei rechtliche Bedeutung mehr zu. Mithin ist es auch unbeachtlich, soweit der Beschwerdeführer die "zweite" Verfügung ebenfalls noch anfechtet und eine Vereinigung mit dem auf die erste Verfügungseröffnung hin eingeleiteten Beschwerdeverfahren anbegehrt. Auf den betreffenden Antrag ist nicht weiter einzugehen.

d) Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt letztlich, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b Justizgesetz sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29^{ter} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 2009). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.4

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der

Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

2.5

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG, welcher laut den vorstehenden Erwägungen analog zur Anwendung gelangt, gibt Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

2.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten

Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Behörden eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351).

3. Im vorliegenden Fall steht fest, dass die IV-Stelle auf die Neuanschuldung des Versicherten vom Oktober 2017 eingetreten ist. Die Vorinstanz erachtete eine Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 ATSG im Vergleich zur Verfügung vom Mai 2015 insoweit als gegeben, als sie dem Beschwerdeführer nunmehr eine Viertelsrente ausrichtete. Streitig ist nun, ob ein darüber hinaus gehender Rentenanspruch besteht.

4. 4.1

Die vorliegend zu beurteilende Rentenverfügung vom 9. Februar 2021 fusst im Ergebnis auf dem Gutachten der B. vom 1. Februar 2020 (act. 8.2/81). Die von der Gutachterstelle getätigten Abklärungen umfassten folgende medizinischen Disziplinen: Orthopädie-Traumatologie, Rheumatologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Neurologie.

4.2

Laut dem Gesamtgutachten bestehen beim Versicherten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. 8.2/81, S. 9):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode;
2. Zervikale Spinalkanalstenose [...];
3. Morbus Ahlbäck rechts;
4. Status nach Lebendnierentransplantation 1995 bei terminaler Niereninsuffizienz [...];

5. Chronische HBe-Ag- negative Hepatitis B unter Immunsuppression nach Nierentransplantation, aktuell leicht erhöhte Lebertransaminasen, Lebersynthese erhalten, unauffällige Leberultrasonographie, FibroScan 3.5 kPa (normal);
6. Ausgebaute medikamentöse Therapie mit Nebenwirkungen bei polymorbidem Patienten (zusätzlicher Depression und zervikobrachialem Schmerzsyndrom)

4.3

Bezüglich funktioneller Auswirkungen der Befunde/Diagnosen führten die Gutachter aus, aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS und der leichtgradigen Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes bestünden Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit des Versicherten für häufige Über-Kopf-Arbeiten. Die Nutzung des linken Armes im Alltag sei durch die festgestellten Diagnosen und funktionellen Einschränkungen deutlich eingeschränkt. Aufgrund der Osteokrose am medialen Femurcondylus des rechten Kniegelenks bestünden Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit für Tätigkeiten mit häufigem Knien und Hocken. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung seien überwiegend sachbetonte, regelmässige, gut vorstrukturierte, kognitiv einfache Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die Belastbarkeit geeignet. Die aktuelle Symptomatik des Versicherten (zum Teil als Folge einer ausgebauten Medikation) mit Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, fehlendem Durchhaltevermögen und Skelettschmerzen führten in Kombination aus internistischer Sicht zu einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. 8.2/81, S. 10).

4.4

Bezüglich Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, es betrage diese 0 %. Die Arbeitsfähigkeit adaptiert belaufe sich auf ca. 50 % (Präsenz 5 – 6 Stunden; Leistungsminderung von ca. 15 %). Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs wird ausgeführt, als ausreichend sicher belegt werde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angepasst erst ab Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung am 11. Oktober 2017 gesehen. Es werde eingeschätzt, dass ab diesem Zeitpunkt überwiegend eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorgelegen habe. Während der teilstationären Behandlungen in der Klinik D. (8. Januar 2018 bis 2. Februar 2018 und 30. September 2019 bis 15. November 2019) sowie während der stationären Behandlung in der Klinik E. (2. April 2019 bis 4. Mai 2019) sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen.

5. Im Folgenden ist zu prüfen, welcher Beweiswert dem Gutachten zukommt. Der Beschwerdeführer hält dieses in diversen Punkten nicht für nachvollziehbar.

5.1

Der Beschwerdeführer rügt insbesondere, die Gutachter hätten den Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit falsch festgesetzt. Aus seiner Sicht habe nicht erst ab Oktober 2017, sondern schon spätestens seit Sommer 2016, eher 2014, eine mindestens teilweise Arbeitsunfähigkeit bestanden. Namentlich sei er auch nach dem 1. Januar 2017 noch mindestens teilweise arbeitsunfähig gewesen. Die Kündigung per Ende 2016 habe er aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhalten. Die Attestierung einer vollen Arbeitsfähigkeit per 1. Januar 2017 seitens seines Hausarztes sei auf Veranlassung der Suva erfolgt. Es sei dies für ihn existenziell gewesen, um im Rahmen der Vorleistungspflicht der Arbeitslosen-kasse wenigstens eine überbrückende finanzielle Hilfe zu erhalten. Er habe seine therapeutischen Behandlungen auch während der Zeit beim RAV weitergeführt. Die ausgeprägten Bein- und Knieprobleme hätten 2017 ernsthaft angegangen werden müssen. Es hätten diese dannzumal laut dem Kantonsspital G. schon seit 2-3 Jahren bestanden. Des Weiteren habe sich eine erhebliche Depression schon ab 2016 entwickelt, nach dem schweren Unfall des jüngsten Sohnes.

5.2

Wie oben aufgezeigt (vgl. E. 4.4), ist der Expertise der B. bezüglich des Verlaufs zu entnehmen, als ausreichend sicher belegt werde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angepasst erst ab Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung am 11. Oktober 2017 gesehen. In der bisherigen Tätigkeit befanden die Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit schon ab dem 15. September 2017 (MRI des rechten Kniegelenks) als gegeben (act. 8.2/81, S. 13). Vorliegend ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer am 10. Oktober 2017 einen Arbeitsunfall erlitten hatte. Gemäss den von der IV-Stelle beigezogenen Akten des Unfallversicherers, konkret der Suva, sei der Versicherte damals im eigenen Personenwagen beim Warten von einem rückwärtsfahrenden Bulldozer am Heck gerammt worden. Er habe anschliessend Schmerzen im Nacken und im Rückenbereich verspürt (act. 8.2/92.17, S. 1). Der Hausarzt des Versicherten hatte in der Folge fortlaufend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Per 1. Januar 2017 sah er indes wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (act. 8.2/92.8). Der Beschwerdeführer kann sich klarerweise nicht darauf berufen, es habe angeblich über den 1. Januar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und es sei nur im Hinblick auf die Vermittlungsfähigkeit im Rahmen der Anmeldung beim RAV eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angegeben worden. Es besteht keine Veranlassung, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Hausarztes nicht für massgebend zu erklären. Zumal zu beachten ist, dass die Suva, welche im Zuge des fraglichen Unfalls die gesetzlichen Leistungen erbrachte, letztere aufgrund der hausärztlichen Angaben per Ende 2016 eingestellt hatte (act. 8.2/92.5). Im Übrigen fehlt es auch sonst an Attesten, welche dem Beschwerdeführer schon vor dem 11. Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bescheinigen. So ist

zu beachten, dass der Beschwerdeführer ab jenem Datum in Behandlung bei der Klinik D. stand. Diese äusserte sich dahingehend, dass beim Beschwerdeführer ab dem 11. Oktober 2017 bis auf Weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Hingegen geht aus den betreffenden Angaben nicht hervor, dass schon zuvor eine bestimmte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (vgl. den Bericht vom 16. März 2018, act. 8.2/36). In diesem Zusammenhang sei indes noch erwähnt, dass die von der Klinik D. bescheinigte *volle* Arbeitsunfähigkeit aufgrund der plausiblen Ausführungen im Gutachten der B. nicht nachvollzogen werden kann (vgl. dazu unten E. 5.3). Weitere Angaben im besagten Bericht der Klinik D., konkret, dass der Beschwerdeführer schon im Jahr 2008 gemerkt habe, dass er psychisch belastet sei und dieser Zustand ab 2014 sich verschlechtert habe, bilden ebenfalls keinen Beleg für eine versicherungsmedizinisch relevante Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt ist es so jedenfalls nicht zu beanstanden, wenn die B. eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit erst ab Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung am 11. Oktober 2017 als gesichert ansah. Was die somatische Seite betrifft, wurde im orthopädisch-traumatologischen und im rheumatologischen Teilgutachten der B. erklärt, entsprechend den Akten sei erst seit dem MRI des rechten Kniegelenkes vom 15. September 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in der bisherigen Tätigkeit des Versicherten nachvollziehbar. Im Sinne der Ausführungen des Beschwerdeführers hatte das Kantonsspital G. zwar in seinem Untersuchungsbericht vom 13. September 2017 erklärt, dass beim Beschwerdeführer "seit 2-3 Jahren" rechtsseitige Knieschmerzen bestünden. Gerade die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer mit diesen Beschwerden erst im September 2017 im Kantonsspital G. vorgestellt hatte, lässt aber nicht darauf schliessen, dass schon vor jenem Datum eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hatte. Solches wurde denn auch nirgends dokumentiert. Zusammenfassend kann auf die Angaben der B. zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich abgestellt werden.

5.3

5.3.1 Der Beschwerdeführer rügt sodann auch, dass die Gutachter der B. aufgrund der bei ihm bestehenden Leiden bloss eine rund 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen hätten. Aus seiner Sicht liege adaptiert eine Restarbeitsfähigkeit nicht über 20 – 30 % vor. Das im Oktober 2019 erhobene Gutachten sei auch gar nicht mehr aktuell. Der Gesundheitszustand sei noch nicht stabil genug. Es sei die Progredienz durch Verlaufsberichte und allenfalls ein neues Gutachten abzuklären.

5.3.2 Dem Beschwerdeführer ist nicht zu folgen. Soweit er rügt, die Gutachter hätten bestimmte Leiden nicht hinreichend gewürdigt, erscheint diese Kritik schon deshalb nicht angebracht, als sich die Begutachtung als sehr umfassend darstellt, mit Blick auf die fünf durchgeführten Konsilien Orthopädie-Traumatologie, Rheumatologie, Innere Medizin, Psychiatrie

und Neurologie. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass alle aus versicherungsmedizinischer Sicht relevanten Leiden in der gutachterlichen Beurteilung korrekt gewürdigt wurden. Zwar ist im Sinne der Angaben des Beschwerdeführers darauf hinzuweisen, dass von Seiten der behandelnden Ärzte etwa auch die Diagnosen des Verdachts auf eine Kiefergelenksmyarthropathie bds. links > rechts sowie eine symmetrische sensineurale hochbetonte Lärmschwerhörigkeit gestellt wurden (Bericht des Kantonsspitals G., Hals-Nasen-Ohrenklinik, vom 18. September 2018, act. 8.2/48, S. 3). Die Gutachterstelle hatte sich mit diesen Diagnosen in ihrer Beurteilung offenbar nicht auseinandergesetzt. Es sind diese auch nicht in der Diagnoseliste aufgeführt, das heisst weder unter den Diagnosen mit, noch unter jenen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Letztlich war der nämliche Bericht des Kantonsspitals G. der Gutachterstelle indessen bekannt, wie der Aktenauszug (Ziffer 22) im Gutachten belegt (vgl. act. 8.2/81, S. 21). Eine eigentliche Fehlerhaftigkeit der gutachterlichen Gesamtbeurteilung bzw. Arbeitsfähigkeitsschätzung ist jedenfalls nicht erstellt. Diese Schlussfolgerung gilt im Übrigen auch hinsichtlich der Folgen des Unfalls vom 10. Oktober 2017. Die Gutachter hatten von diesem Ereignis offensichtlich Kenntnis (vgl. act. 8.2/81, S. 91, a.E.), auch wenn ihnen die Akten der Suva damals nicht zur Verfügung standen. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die B. die Tatsache, dass beim Beschwerdeführer im Jahr 1995 eine Lebendnierentransplantation erfolgte und er seither eine Immun-suppressionstherapie in Anspruch nimmt, hinreichend gewürdigt hatte. Der ausgebauten Medikation, wie sie beim Versicherten namentlich aufgrund dieser Therapie besteht, wurde von den Gutachtern ja auch dahingehend Rechnung getragen, dass diese eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bescheinigten. Für die Zuverlässigkeit der gesamtgutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung spricht letztlich aber vor allem auch, dass es weitgehend an Einschätzungen von behandelnden Ärzten fehlt, welche im Widerspruch zu jener stehen. So hatte zwar die Klinik D. in ihrem Bericht vom 16. März 2018 in Bezug auf die Frage der Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit angegeben, aus psychiatrischer Sicht wäre eine Präsenz von 2-3 Stunden pro Tag möglich. Die Aussagekraft dieser Beurteilung erscheint indessen eingeschränkt mit Blick auf die von der Klinik D. gestellten Diagnosen, welche aufgrund des Gutachtens der B. nicht als nachvollziehbar erachtet werden können (vgl. schon oben E. 5.2). So hatte die Klinik D. im nämlichen Bericht von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode gesprochen. Von der Gutachterstelle wurde dies jedoch plausibel mit dem Hinweis entkräftet, die Alltagsgestaltung des Versicherten sei mit einer schweren depressiven Episode keinesfalls vereinbar (act. 8.2/81, S. 81). Schliesslich kann dem Beschwerdeführer auch nicht gefolgt werden, soweit er geltend macht, das polydisziplinäre Gutachten sei gar nicht mehr aktuell aufgrund einer angeblichen Progredienz von Beschwerden. Tatsache ist, dass der IV-Stelle nach Durchführung der Begutachtung keinerlei medizinischen Berichte zugegangen sind,

welche eine seitherige Verschlechterung des Gesundheitszustands attestieren oder nahelegen.

5.4

Gesamthaft ist festzustellen, dass das Gutachten der B. für die streitigen Belange umfassend ist. Die Expertise leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, namentlich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, plausibel. Bezüglich der Fachdisziplin der Psychiatrie überzeugt das Gutachten sodann insoweit, als es im psychiatrischen Teil (act. 8.2/81, S. 74 ff.) schlüssige Antworten für die Beurteilung der gemäss der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen zu prüfenden Standardindikatoren liefert (BGE 141 V 281; BGE 143 V 418). Insgesamt sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf dieses Gutachten abgestellt werden sollte. Es ist damit aus medizinischer Sicht davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer in einer optimal dem Leiden angepassten Tätigkeit eine rund 50%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

6. Ausgehend von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu bestimmen.

6.1

Für die Ermittlung des Invaliditätsgrads wird im Sinne der Bestimmung des Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, welches 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, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

6.2

a) Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 42/01 vom 16. Mai 2001, mit Hinweisen).

b) Betrachtet man die bisherige berufliche Laufbahn des Beschwerdeführers, so hatte dieser ursprünglich in seinem Heimatstaat H. die Grundschule besucht. Danach arbeitete er auf dem Landwirtschaftsbetrieb seiner Eltern. Im Jahre 1987 war er erstmals in der Schweiz als Saisonier auf einem Landwirtschaftsbetrieb tätig. Nachdem er die B-Aufenthaltsbewilligung erhalten hatte, fand er ab November 1991 beim Unternehmen I. eine Stelle, wo er während gut 17 Jahren als Maschinenführer in der [...]produktion arbeitete. Im Sommer 2008 wurde ihm aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt. Im Jahr 2009 absolvierte er einen Weiterbildungskurs Schweissen. Im Februar 2010 trat er beim Unternehmen J. eine neue Anstellung als Maschinenführer an. Diese wurde ihm per Ende März 2014 gekündigt. Von Oktober 2015 bis zum Ende des Jahres 2016 stand er noch in einer Anstellung bei seinem Bruder als Hilfsmaler, wobei er nach dem Unfall vom 10. Oktober 2016 bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig geschrieben war. Für die Folgezeit ist keine Arbeitstätigkeit mehr dokumentiert (act. 8.2/11; act. 8.2/58; act. 8.2/81, S. 91).

c) Vorliegend hatte der Beschwerdeführer wie gesehen zunächst während Jahren als Maschinist gearbeitet, konkret bis März 2014. Im Sinne obiger Ausführungen kann hier nicht davon ausgegangen werden, dass die Beendigung des Arbeitsverhältnisses medizinische Gründe hatte. Dem Versicherten war damals gekündigt worden, und dessen damalige Arbeitgeberin hatte dies mit Fehlern bei der Arbeit begründet, welche entweder wegen mangelndem Interesse an der Tätigkeit oder fehlendem Qualitätsbewusstsein aufgetreten sein müssten (act. 8.2/8). Im Anschluss war er während 18 Monaten beim RAV gemeldet. Per Oktober 2015 trat dann der Beschwerdeführer in besagte Anstellung als Maler im Betrieb seines Bruders ein. Die IV-Stelle stellte zur Ermittlung des Valideneinkommens auf jene Einkünfte ab, die der Versicherte im Rahmen dieser Tätigkeit im Jahr 2016 erzielt hatte. Hierbei bezog sie sich auf den Auszug aus dem individuellen Konto, wo für das Jahr 2016 ein Betrag von Fr. 59'800.-- ausgewiesen ist. Es erscheint zunächst fraglich, ob der betreffende Wert tatsächlich als Valideneinkommen herangezogen werden kann. Der Versicherte übte damals die Tätigkeit als Maler erst seit rund einem Jahr aus, derweil er davor während vieler Jahre stets als Maschinenführer gearbeitet hatte. Aufgrund der Akten ist auch nicht klar, ob er nach dem Stellenverlust per Ende 2016 beabsichtigte, weiterhin als Maler tätig zu sein, oder wieder als Maschinenführer zu arbeiten. Dokumentiert ist einzig, dass er ab Anfang 2017 erneut beim RAV war. Nachdem der Beschwerdeführer nach der Kündigung vom März 2014 offenbar aber doch rund 18 Monate in keiner Anstellung als Maschinenführer mehr stand, spricht wohl im Sinne der Auffassung der Vorinstanz nichts dagegen, in Bezug auf die Ermittlung des Valideneinkommens an die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maler anzuknüpfen. Der erwähnte Wert von Fr. 59'800.-- ist mithin für massgebend zu erklären. Des Weiteren ist noch der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2018 Rechnung zu tragen; in

Bezug auf letztere Periode erfolgt auch die Bemessung des Invalideneinkommens (vgl. nachstehend E. 6.3). Unter Berücksichtigung einer Nominallohnerhöhung von 0.4 % im Jahr 2017 und 0.5 % im Jahr 2018 errechnet sich so letztlich ein Betrag von Fr. 60'339.-- (Fr. 59'800.-- x 1.004 x 1.005).

d) Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonnierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb S. 157). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.4 S. 225). Die Grundüberlegung dieser Rechtsprechung ist die folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässig) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 326; BGE 135 V 58 E. 3.4.3 S. 61, BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300). Praxisgemäss kann diese Parallelisierung der Einkommen entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.; 134 V 322 E. 4.1 S. 325) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.; 135 V 58 E. 3.1 S. 59). Dabei gilt der tatsächlich erzielte Verdienst als unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht; eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch – bei Erfüllen der übrigen Voraussetzungen – nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 und 6.1.3 S. 302 ff.).

e) Die IV-Stelle nahm im angefochtenen Entscheid eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vor. Als Vergleichsbasis hinsichtlich des vom Versicherten tatsächlich erzielten Lohnes zog sie dabei den Zentralwert im Baugewerbe für Männer, Kompetenzniveau 1, heran; dies indes erst auf einen entsprechenden Antrag des Beschwerdeführers im Einwand hin, zuvor im Rahmen des Vorbescheids wurde noch auf das allgemeine Lohnniveau von

Männern im Kompetenzniveau 1 abgestellt. Den Parteien ist vorliegend zu folgen. Es ist mit- hin in Bezug auf das im Jahr 2018 tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen von indexiert Fr. 60'339.-- eine Parallelisierung vorzunehmen, wobei als Vergleichsgrundlage der Zentralwert im Baugewerbe für Männer, Kompetenzniveau 1, zugrunde zu legen ist. Der nämliche Betrag beläuft sich gemäss den LSE 2018 auf Fr. 5'622.--. Hochgerechnet auf zwölf Monate und unter Abstellen auf die im Jahr 2018 betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden errechnet sich eine Summe von Fr. 70'331.--. Das vom Versicherten erzielte Einkommen als Maler war gemäss dieser Berechnung um 14.21 % tiefer als branchenüblich. Somit ist das trotz Gesundheitsschaden erzielbare Invalideneinkommen (vgl. nachfolgend E. 6.3) nach Abzug der 5%igen Toleranzgrenze im Umfang von 9.21 % zu parallelisieren.

6.3

a) Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die LSE-Tabellen oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 f. E. 4b/aa).

b) In Bezug auf die Festsetzung des Invalideneinkommens kann auf die Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung vom 19. April 2021 verwiesen werden. Mit Blick auf das von den Gutachtern dargestellte Zumutbarkeitsprofil ist das Kompetenzniveau 1, Total, Männer, heranzuziehen. Der betreffende Wert beläuft sich auf Fr. 5'417.--. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2018 von 41.7 Stunden resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 33'883.-- (Fr. 5'417.-- x 12 x 0.5 : 40 x 41.7). Korrigiert um den Parallelisierungswert von 9.21 % beläuft sich der Betrag noch auf Fr. 30'762.--.

c) Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wird dem Umstand Rechnung getragen, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe

des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1; 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; je mit Hinweisen). Dabei rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3; 9C_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.2, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 mit Hinweisen). Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_163/2015 vom 16. Juni 2015 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.3.1).

d) Gemäss obiger Rechtsprechung geht es beim Leidensabzug um die Beurteilung einer Reihe von persönlichen und beruflichen Merkmalen, die auch bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen von Bedeutung sind. Es stellt sich somit die Frage, in welchem Verhältnis Parallelisierung und Leidensabzug zueinander stehen. Das Bundesgericht hat diesbezüglich festgehalten, soweit persönliche und berufliche Merkmale des konkreten Einzelfalles bereits im Rahmen der Parallelisierung der hypothetischen Vergleichsgrössen berücksichtigt wurden, dieselben lohnbestimmenden Einflussfaktoren nicht zusätzlich einen Abzug vom anhand statistischer Werte ermittelten Invalideneinkommen zu rechtfertigen vermögen. Im Sinne dieser Rechtsprechung hat sich die Prüfung eines Abzugs vom Tabellenlohn auf leidensbedingte Faktoren zu beschränken (vgl. BGE 134 V 322 E. 6.2).

e) Die Gutachterstelle B. bezifferte die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit auf 50 %. Sie präzisierte hierzu, die zumutbare Präsenzzeit betrage 5 – 6 Stunden, wobei eine Leistungsminderung von ca. 15 % bestehe. Die Beurteilung der Gutachter macht jedoch deutlich, dass die Ressourcen des Versicherten noch weitergehend gemindert sind. So wird ausgeführt, aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS und der leichtgradigen Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes bestünden Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit des Versicherten für häufige Über-Kopf-Arbeiten. Die Nutzung des linken Armes im Alltag sei durch die festgestellten Diagnosen und funktionellen Einschränkungen deutlich eingeschränkt. Aufgrund der Osteokrose am medialen Femurcondylus des rechten Kniegelenks bestünden Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit für Tätigkeiten mit häufigem Knien und Hocken. Beeinträchtigungen der genannten Art wirken sich durchaus auf die Lohnhöhe aus. Mit der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung scheint jenen noch nicht ausreichend Rechnung getragen. Ein Leidensabzug ist hier deshalb soweit angezeigt. Im Übrigen ist noch zu prüfen, ob sich ein Abzug vom Tabellenlohn auch zufolge Teilzeitarbeit rechtfertigt. Zur Beantwortung dieser Frage ist praxisgemäss die LSE-Tabelle T18 heranzuziehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_782/2019 vom 15. April 2020 E. 3.2). Daraus ergeht, dass Männer ohne Kaderfunktion im Pensum von 50 % im Jahr 2018 unterdurchschnittlich verdienten (LSE-Tabelle T18, 2018). Dies stellt einen Faktor dar, welcher in die Bemessung des Abzugs vom Tabellenlohn mit-einzubeziehen ist. In Anbetracht der gesamten Umstände erscheint es vorliegend gerechtfertigt, einen Leidensabzug von 10 % zu gewähren. Auf diese Weise reduziert sich das oben ermittelte (parallelisierte) Invalideneinkommen auf Fr. 27'686.-- (Fr. 30'762.-- x 0.9).

6.4

Bei Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 60'339.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 27'686.-- resultiert ein Erwerbsausfall von Fr. 32'653.-- bzw. ein IV-Grad von abgerundet 54 % ($[\text{Fr. } 32'653.-- / \text{Fr. } 60'339.--] \times 100$). Der Versicherte hat somit Anspruch auf eine halbe Rente, was zu einer entsprechenden teilweisen Guttheissung der Beschwerde führt, nachdem in der angefochtenen Verfügung bloss auf eine Viertelsrente erkannt wurde. Der Rentenanspruch besteht gemäss den vorinstanzlichen Berechnungen ab September 2018.

7. 7.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend ist – wie in vergleichbaren Fällen üblich – von

Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- auszugehen. Die Regelung der Verteilung der Kosten erfolgt für die kantonalen Verfahren ausschliesslich nach kantonalem Recht (Urteile des Bundesgerichts 9C_254/2018 vom 6. Dezember 2018 E. 2.1 und 9C_672/2008 vom 23. Oktober 2008 E. 5.2.1). Laut dem massgebenden ausserrhodischen Verfahrensrecht ist im Rechtsmittelverfahren gebühren- und kostenpflichtig, wer ganz oder teilweise unterliegt oder auf dessen Rechtsmittel nicht eingetreten wird (Art. 19 Abs. 3 VRPG). Für die Frage nach dem Mass des Obsiegens und Unterliegens ist von den rechtsrelevanten Rechtsbegehren der beschwerdeführenden Partei auszugehen. Diesbezüglich gelangt Bundesrecht zur Anwendung, gemäss welchem der Beschwerdeführer nicht verpflichtet gewesen wäre, den für die beantragte Rente massgebenden Invaliditätsgrad zahlenmässig zu spezifizieren, sondern sich damit hätte begnügen können, eine höhere Rente zu verlangen (BGE 117 V 401 E. II.2 b S. 406). Es gilt deshalb grundsätzlich als volles Obsiegen, wenn die beschwerdeführende Person durch die Erkenntnis des Versicherungsgerichts besser gestellt wird als nach dem angefochtenen Entscheid. Der Beschwerdeführer hat demnach keine Gerichtskosten zu tragen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist zurückzuerstatten. Der unterliegenden IV-Stelle sind unabhängig vom Verfahrensausgang keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 22 Abs. 1 VRPG). Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- sind damit auf die Staatskasse zu nehmen.

7.2

Die Vorinstanz hat dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten, die vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Bildet dabei ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3 mit Verweisen). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). In Sozialversicherungsverfahren vor Obergericht ist das Honorar pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung über den Anwaltstarif vom 14. März 1995 [bGS 145.53]). Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlich leichten Fall, der weder eine hohe Menge an Akten produzierte noch besonders aufwendig zu beantwortende Sachverhalts- und Rechtsfragen aufwirft. Unter diesen Umständen ist für die Bemessung des anwaltlichen Honorars als Grundlage der Parteientschädigung grundsätzlich von einem Betrag von Fr. 2'500.-- auszugehen, wie er vom Obergericht für vergleichbare Fälle gewährt wird. Hinzu kommen die Barauslagen von 4 %

sowie die Mehrwertsteuer von 7.7 %, so dass insgesamt eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 resultiert.

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die IV-Stelle verpflichtet wird, dem Beschwerdeführer ab September 2018 eine halbe Rente auszurichten. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden auf die Staatskasse genommen. Die Gerichtskasse wird angewiesen den Kostenvorschuss von Fr. 800.-- dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.
3. Die Vorinstanz wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 zu bezahlen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz, das Bundesamt für Sozialversicherungen sowie nach Rechtskraft im Dispositiv an die Gerichtskasse.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 16. Dezember 2021