

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 77

Entscheid vom 14. April 2022

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Milena Pesic, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____1967) hat eine Lehre als Zimmermann mit eidg. Fähigkeitszeugnis absolviert. In der Folge übte er diverse Erwerbstätigkeiten als Zimmermann, Schreiner bzw. Monteur (Fassadenmonteur/ Küchenabdeckungen) aus. Seit Mai 2004 arbeitete er für die Firma C._____ AG (Schulungseinrichtungen, D._____ [Sitz], IV-act. 10). Am 2. Oktober 2017 ging bei der IV-Stelle eine Anmeldung zur Früherfassung ein, in welcher A._____ seine gesundheitlichen Probleme mit "Einschränkung der linken Körperhälfte" umschrieb (IV-act. 1).

B. Nach dem ersten Abklärungsgespräch vom 23. Oktober 2017 (IV-act. 7) unterzeichnete A._____ gleichentags eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Dazu führte er sinngemäss aus, "linke Körperteile blockieren immer wieder Hals, Schulter, unterer Rücken" in den Jahren 2013, 2015, 2016 und 2017 (IV-act. 9-6/8 unten). Die Firma C._____ AG kündigte das Arbeitsverhältnis per 30. April 2018 (IV-act. 28-2/2).

C. Nach weiteren Abklärungen und u.a. einem Aufenthalt in der E._____ (Rehaklinik) (15.3.2018 - 14.4.2018, siehe IV-act. 38) erteilte die IV-Stelle am 10. Januar 2019 Kostengutsprache für eine einmonatige Berufswahlabklärung in der F._____ (Rehaklinik) (IV-act. 55, inkl. Taggelder, IV-act. 57). Der Bericht zur beruflichen Grundabklärung folgte am 19. März 2019 (IV-act. 59). Gemäss Mitteilung vom 11. April 2019 (bzw. vom 14.5.2019) übernahm die IV-Stelle die Kosten für eine berufliche Abklärung beim G._____ in H._____ (IV-act. 62 und 68). Am 24. Juni 2019 wurde Kostengutsprache für ein Bewerbungstraining erteilt (IV-act. 79).

Nach einem Standortgespräch vom 21. August 2019 (vgl. IV-act. 98) übernahm die IV-Stelle am 17. September 2019 die Kosten für ein Belastbarkeits-/ Aufbau-training beim G._____ (IV-act. 99). Dieses Aufbau-training wurde am 20. Dezember 2019 verlängert (IV-act. 112, mit Taggeldanspruch, vgl. IV-act. 115). Der G._____ -Schlussbericht wurde am 2. März 2020 erstattet (IV-act. 122).

D. Nach einer Beurteilung der medizinischen Akten durch Dr.med. I._____ (RAD Zentralschweiz) vom 7. Januar 2021 (IV-act. 144) und weiteren Abklärungen teilte die IV-Stelle am 22. Februar 2021 mit, dass ein orthopädisches Gutachten in Auftrag gegeben werde, welches am 24. April 2021 durch Dr.med. J._____ (Orthopädische Chirurgie FMH, K._____) erstattet wurde (IV-act. 152 i.V.m. 161).

Der RAD-Arzt Dr.med. I. _____ beurteilte am 24. Juni 2021 das Gutachten als beweiskräftig (IV-act. 163).

E. Mit Vorbescheid vom 29. Juni 2021 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (vgl. IV-act. 165). Dagegen reichte A. _____ am 25. August 2021 Einwände ein, wobei er auf eine Stellungnahme von Dr.med. L. _____ (M. _____-Klinik) verwies (IV-act. 169).

Die IV-Stelle unterbreitete die Einwände von Dr.med. L. _____ auf Anregung des RAD-Arzt Dr.med. I. _____ dem orthopädischen Gutachter (IV-act. 172f.), welcher sich in einer am 21. September 2021 eingegangenen Stellungnahme äusserte (IV-act. 175).

F. Mit Verfügung vom 29. Oktober 2021 lehnte es die IV-Stelle ab, A. _____ eine Rente zuzusprechen (IV-act. 179).

Dagegen reichte A. _____ rechtzeitig am 29. November 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle sei aufzuheben und die Sache sei zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Insbesondere sei der Anspruch auf eine IV-Rente neu zu beurteilen.
2. Die IV-Stelle sei anzuweisen, ein Obergutachten über die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie über Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erstellen zu lassen.
3. Es sei die IV-Stelle anzuweisen, eine Evaluation der funktionalen Leistungsfähigkeit (EFL) des Beschwerdeführers durchzuführen.
4. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

G. Mit Vernehmlassung vom 10. Januar 2022 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zulasten des Beschwerdeführers. Dazu äusserte sich der zwischenzeitlich beanwaltete Beschwerdeführer in Eingaben vom 27. Januar 2022 und vom 11. Februar 2022. Die IV-Stelle verzichtete am 2. März 2022 auf die Erstattung weiterer Bemerkungen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchti-

gung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG:

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.1.2 Anzufügen ist, dass der Gesetzgeber mit der Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WE IV) bzw. den Änderungen des IVG vom 19. Juni 2020, welche per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind, u.a. ein neues, stufenloses Rentensystem eingeführt hat. Mit diesem Wechsel wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (vgl. Erw. 1.1.1 in fine). Allerdings gilt das stufenlose Rentensystem für Rentenansprüche ab dem 1. Januar 2022. Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden sind, werden noch nach altem Recht zugesprochen (vgl. die Übergangsbestimmungen zur IVG-Änderung vom 19.6.2020; vgl. auch Anne-Sylvie Dupont, Weiterentwicklung der IV, in SZS 1/2022, S. 7; siehe auch Mélanie Sauvain, Sozialversicherungen: Was ändert sich 2022, in: SZS 1/2022, S. 41; Kreisschreiben über die Übergangsbestimmungen zum Rentensystem im Rahmen der WE IV, Rz. 1008).

1.1.3 Im konkreten Fall geht es grundsätzlich darum, ob und inwiefern dem Versicherten nach der IV-Anmeldung vom 23. Oktober 2017 sowie den im Zusammenhang mit den Eingliederungsbemühungen gewährten Taggeldleistungen (2019/ 2020) ein Anspruch auf IV-Rentenleistungen zusteht. Bei dieser Sachlage wäre ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 entstanden, weshalb dieser allfällige Rentenanspruch nach dem bisherigen Recht zu prüfen ist.

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades 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 (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität

stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizini-

schen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.6 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. A. Rz. 153; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

1.7 Anzuführen ist, dass sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt beschränkt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 29.10.2021) verwirklicht hat (BGE 143 V 409 Erw. 2.1).

2. Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten sowie die Auswirkungen auf das verbliebene (zumutbare) Leistungsvermögen anbelangt,

sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben zu entnehmen.

2.1 Mit der Anmeldung ging am 25. Oktober 2017 bei der IV-Stelle auch ein Bericht von Dr.med. N._____ (FMH Rheumatologie/ FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/ FMH Allgem. Innere Medizin, O._____) vom 29. September 2017 ein, in welchem folgende Diagnosen gestellt wurden (IV-act. 13; DISH = Diffuse Idiopathische Skelettale Hyperostose, vgl. Vernehmlassung, Ziff. 5):

Panvertebralsyndrom, DD DISH, SpA

- DISH, DD SpA bei Sakroilitis bds. (MRI WS 1/2016)
- HLAB27 negativ

V.a. Radikuläres Reizsyndrom C6/7 bei Foraminalstenose C5/6 links

Diskusprotrusion HWK 3/4 und Th 10/11 mit Tangierung des Rückenmarks (MRI WS 1/2016)

- Keine Hinweise radiologisch und neurologischerseits für eine Myelopathie
- Chronisches Carpaltunnelsyndrom bds.

In der Beurteilung führte dieser Arzt unter anderem aus, aufgrund der ausgeprägten Veränderungen bestünden myofasziale Befunde sowie eine stark eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule. Die radiologischen und klinischen Befunde würden (nebst der eingeschränkten Beweglichkeit der Wirbelsäule) zu Schmerzen panvertebral (auch mit Ausstrahlung) bzw. zu intermittierender Arbeitsunfähigkeit bei Schmerzexazerbationen führen (IV-act. 13).

2.2 Am 26. November 2017 berichtete Dr.med. N._____ der IV-Stelle u.a., beim Versicherten bestehe eine sehr schwierige Situation mit multiplen Beschwerden am Bewegungsapparat. Es fänden sich für die Beschwerden sehr gut nachvollziehbare Korrelate im Sinne von multiplen Diskusprotrusionen und einem Verdacht auf radikuläre Reizsyndrome mit einer diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose. Der Versicherte habe bislang auf der Montage gearbeitet (inkl. schwere Gewichte bei Installationen). Aufgrund der immer wieder aufgetretenen Schmerzexazerbationen mit Arbeitsunfähigkeit (über das Jahr hinweg) sei ein Wechsel in die hauseigene Schlosserei erfolgt, wo er zu 70% arbeite (zu 30% sei er durch den Hausarzt Dr. P._____ krankgeschrieben, vgl. IV-act. 22).

2.3 Nach einer Kontrolle vom 19. Dezember 2017 veranschlagte Dr.med. P._____ am 8. Januar 2018 für leidensangepasste Tätigkeiten (d.h. ohne schwere körperliche Arbeit) eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von aktuell 80% (IV-act. 23-5/9 Ziff. 4.2 und 4.4).

2.4 Am 9. Januar 2018 wurde der Versicherte an der Q._____ (Klinik) von Dr.med. R._____ (Assistenzarzt Orthopädie) untersucht. Dieser Arzt stellte im

Bericht vom 18. Januar 2018 an die IV-Stelle folgende Diagnosen (IV-act. 24-1/7):

Degenerative Rotatorenmanschettenläsion mit Verkalkungen von Supraspinatus und Subscapularis, sowie Tendinopathie der langen Bicepssehne, sowie wenig symptomatische AC-Gelenksarthrose Schulter links.

Die zuletzt ausgeübte (körperlich anstrengende) Tätigkeit erachtete dieser Arzt als nicht mehr zumutbar, derweil er für eine angepasste Tätigkeit (d.h. für nicht belastende Tätigkeiten bzw. Vermeidung von Überkopfarbeiten, von Lasten über 10 kg sowie ohne vermehrtes Treppensteigen, etc.) eine Arbeitsfähigkeit von 100% veranschlagte (IV-act. 24-3/7 oben, siehe auch die differenzierende Beurteilung von noch zumutbaren bzw. unzumutbaren Aktivitäten in IV-act. 24-3/7 unten und 24-4/7 oben). Ergänzend führte PD Dr.med. S. _____ (Stv. Leiter Schulterchirurgie, Q. _____) in seinem Bericht vom 15. Januar 2018 an den Hausarzt aus, dass aufgrund der starken degenerativen Veränderungen mit einer operativen Versorgung im Sinne eines arthroskopischen Débridements mit Biceps-Tenotomie und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion sehr zurückhaltend vorgegangen werden sollte. Es sei dem Versicherten empfohlen worden, die vom Hausarzt vorgeschlagene stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (IV-act. 24-7/7).

2.5 Der RAD-Arzt Dr.med. I. _____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) fasste in seiner Stellungnahme vom 5. April 2018 die bereits bekannten Diagnosen zusammen. Die bisherige, körperlich schwere Arbeit als Monteur (Gerüstbauer) sei dem Versicherten auf Dauer nicht mehr zumutbar. Hingegen leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, wechselbelastend, im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne häufiges Heben und Tragen über 10 kg, ohne Steigen von Gerüsten und Leitern, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Arbeiten in gebückter Haltung bzw. mit repetitiven Bewegungen des Oberkörpers, seien dem Versicherten vollschichtig zumutbar (IV-act. 34-5/5).

2.6 Seit dem 15. März 2018 (bis 14.4.2018) befand sich der Versicherte zur stationären rheumatologischen Rehabilitation in der E. _____ (Rehaklinik). Im Verlaufsbericht vom 9. April 2018 (an die T. _____ Versicherung) wurden von der zuständigen Assistenzärztin folgende Diagnosen aufgelistet (IV-act. 38):

1. Panvertebralsyndrom
 - DD DISH, Spondylarthropathie bei Sakroilitis bds. (MRI 1/2016)
 - HLAB27 negativ
2. Radikuläres Reizsyndrom C6/7 bei Foraminalstenose C5/C6
3. Diskusprotrusion HWS 3/4 und Th10/11 mit Tangierung des Rückenmarks (MRI 1/2016)

- Keine Hinweise für eine Myelopathie
- 4. Periarthropathia humeroscapularis links
- 5. Chronisches Carpaltunnelsyndrom
- 6. Polyglobulie
- 7. Schlafapnoesyndrom

Des Weiteren wurde im Bericht u.a. ausgeführt, beim Eintritt habe sich der 50-jährige Versicherte in reduziertem Allgemeinzustand und in adipösem Ernährungszustand präsentiert. Im Verlaufe der Behandlungen habe er "viele Fortschritte gemacht mit einer progressiven Erhöhung der Belastbarkeit und Beweglichkeit". Abschliessend wurde (bei der T. _____-Versicherung) um eine Kostengutsprache für eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit er-sucht (IV-act. 38-2/3).

2.7 In der Folge wurde eine 4 Wochen umfassende berufliche Grundabklärung in der F. _____(Rehaklinik) organisiert (mit Beginn am 18.2.2019, vgl. IV-act. 51f.). Die entsprechenden Kosten (inkl. IV-Taggeldleistungen ab 18.2.2019) wur-den von der IV-Stelle übernommen (IV-act. 55, siehe auch Fremddakten 5-92/181 = Steuerausweis für 2019, wonach ab 18.2.2019 bis zum 31.12.2019 ein grosses IV-Taggeld ausgerichtet wurde).

Im Bericht zur beruflichen Grundabklärung vom 19. März 2019 wurde u.a. von den Fachpersonen der F. _____(Rehaklinik) ausgeführt, dass sich der Versi-cherte vorwiegend für angepasste Tätigkeiten im Hausdienst sowie in der Beglei-tung von Personen mit Unterstützungsbedarf interessiert habe. Als Zwischener-gebnis wurde eine vertiefende berufliche Abklärung vorgeschlagen (IV-act. 59).

2.8 Dr.med. N. _____ führte in seinem Verlaufsbericht vom 8. April 2019 an die IV-Stelle u.a. aus, dass dem Versicherten die bisherige Arbeit als Monteur längerfristig unzumutbar sei (aufgrund schwerer Arbeit bei der Montage komme es immer wieder zu Schmerzexacerbationen mit v.a. muskulärer Verspannung). Für eine Verweistätigkeit (leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit) erachtete er den Versicherten als 50% arbeitsfähig (IV-act. 61-3/3).

2.9 Nach der vertiefenden Abklärung in der F. _____(Rehaklinik) wurde eine branchenspezifische Abklärung im G. _____ (ab 16.4.2019) in die Wege ge-leitet (IV-act. 64, inkl. Taggeldleistungen, IV-act. 69f.).

2.10 Am 21. Mai 2019 führte der RAD-Arzt Dr.med. I. _____ mit dem Versi-cherten ein medizinisches Standortgespräch durch. Dabei klagte der Versicherte vor allem über Beschwerden im Bereich der HWS (mit Ausstrahlungen im Be-reich der linken Schulter und Oberarmregion, Ausstrahlungen im Bereich der Hände, Daumen, Zeige- und Mittelfinger rechts, Daumen und Kleinfinger links),

zudem über Schmerzen lumbal links bis gluteal. In seiner Beurteilung erwähnte der RAD-Arzt u.a., insgesamt bestehe beim Versicherten vor allem eine fortgeschrittene funktionelle Einschränkung bedingt durch die fast komplette Einsteifung der HWS und der BWS. Aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit seien Tätigkeiten, welche die freie Beweglichkeit des Kopfes voraussetzen, nicht mehr zumutbar (Arbeiten Überkopf, gebückt, mit Rotationen des Kopfes), analog auch repetitives Heben und Tragen über 10 kg; der linke Arm könne nur bis Schulterhöhe eingesetzt werden mit Heben und Tragen bis 5 kg.

Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs sei ein Pensum in einer optimal angepassten Tätigkeit von maximal 80% zumutbar (eine Wiedereingliederung sollte stufenweise ab einem Pensum von 50% beginnen). Die angestammte Tätigkeit als Schreiner, Gerüstbauer sei auf die Dauer nicht mehr zumutbar (IV-act. 71-4/6). Am Schluss des Berichts zum medizinischen Standortgespräch veranschlagte der RAD-Arzt die Arbeitsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten auf ein Pensum von 70% bis 80% (mit dem Vermerk, dass ein erhöhter Pausenbedarf bestehe, vgl. IV-act. 71-5/6 oben). Eine dauerhafte Leistungsfähigkeit werde beim Versicherten nur bei optimal angepasster Tätigkeit möglich sein (IV-act. 71-5/6 in fine).

2.11 Bei der Besprechung vom 18. Juni 2019 mit dem Versicherten, mit der IV-Berufsberaterin und dem von der IV-Stelle finanzierten Job-Coach wurde u.a. festgehalten, dass der Versicherte aktuell in einem 100%-Pensum beim G. _____ arbeite und sich dabei "körperlich äusserst gefordert" fühle, weshalb eine Reduktion des Pensums vereinbart wurde, damit kein Rückfall oder eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation eintrete (IV-act. 96-2/5 oben).

Beim nächsten Standortgespräch vom 21. August 2019 wurde u.a. ausgeführt, dass sich die Schmerzsituation verschlechtert habe und der Versicherte letztmals am 12. Juli 2019 im G. _____ tätig gewesen sei; ab 27. August 2019 arbeite der Versicherte wieder in einem 30%-Pensum im G. _____ (IV-act. 98-1/2).

Im Schlussbericht vom 4. November 2019 wurde sinngemäss ergänzt, dass sich die Rücken-, Nacken- und Rumpfprobleme nicht verbessert hätten; zusätzlich bestünden grosse Beschwerden mit dem linken Handgelenk (Untersuchungen seien in der M. _____-Klinik in U. _____ geplant, vgl. IV-act. 105-12/12 bzw. 106-12/12 und 107-12/12).

Am 20. Dezember 2019 erklärte der neu zuständige IV-Berufsberater, dass die Eingliederungsmassnahme um einen Monat bis 31. Januar 2020 verlängert werde (IV-act. 122-5/43 Mitte).

2.12 Am 22. Dezember 2019 berichtete Dr.med. P._____ der IV-Stelle von einem stationären bzw. verschlechterten Gesundheitszustand (mit CTS-Operation am 27.11.2019). Seit der letzten Berichterstattung habe sich der Verlauf "nicht wesentlich verändert" (IV-act. 116).

Am 23. Dezember 2019 erfolgte in der M._____ -Klinik in U._____ eine zervikale Facettengelenksinfiltration (IV-act. 119).

2.13 Im WTL-Schlussbericht vom 2. März 2020 (für die Dauer der Eingliederungsmassnahme im Zeitraum vom 29.3.2019 bis 31.1.2020) wurde u.a. festgehalten, dass das Pensum anfangs mit 100% begonnen wurde und aufgrund der Gesundheit auf 30% reduziert wurde. Der Versicherte habe oft mehr gewollt, als es seine Gesundheit zugelassen habe; da er oft über seinem Limit gearbeitet habe, sei er von Schmerzen geplagt gewesen und habe aussetzen müssen (IV-act. 122-2/43 unten, i.V.m. IV-act. 122-1/43 Mitte).

Eine Aufforderung der IV-Stelle vom 9. März 2020 zur Einreichung eines Verlaufsberichts an das Ärztezentrum O._____ wurde am 14. Mai 2020 von Dr.med. V._____ dahingehend beantwortet, dass der Versicherte letztmals im April 2019 erschienen sei und dass Dr. N._____ nicht mehr in dieser Praxis arbeite, weshalb keine neuen Angaben möglich seien (IV-act. 126).

2.14 Am 18. Mai 2020 ging bei der IV-Stelle ein Bericht der M._____ -Klinik ein, welcher sich auf das Karpaltunnelsyndrom rechts bzw. den Status nach Dekompression Karpalkanal links und Tenosynovektomie am 29. Januar 2020 bezog. Der Versicherte habe bei der ersten klinischen Verlaufskontrolle 6 Wochen nach dieser Operation (vom 29.1.2020) über einen sehr guten Verlauf berichtet (gelegentlich seien die Finger noch deutlich steif, IV-act. 129).

2.15 Nach einer Konsultation vom 25. November 2020 in der M._____ -Klinik führten Dr.med. W._____ (Assistenzärztin) sowie Dr.med. X._____ (Oberärztin) im Bericht vom 26. November 2020 (an Dr.med. Y._____, Assistenzarzt Manuelle Medizin, ebenfalls M._____ -Klinik) u.a. aus, dass die Befunde im MRI nicht mit der Klinik des Patienten korrelieren würden. Es falle vor allem eine ausgeprägte Tonuserhöhung auf, sowie eine Schonhaltung mit Neglect des linken Armes bei den alltäglichen Bewegungen. Dies könne einerseits auf die lange Ruhigstellung und Schonhaltung zurückgeführt werden, andererseits auch auf eine Nervenproblematik aus der HWS ausstrahlend. Als nächster Schritt werde die Durchführung von spezifischer Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit und Kräftigung der Schulter vorgesehen (IV-act. 142-3/42).

2.16 Eine Anfrage der IV-Stelle (hinsichtlich Diagnosen, Therapien, Arbeitsfähigkeit etc., IV-act. 139) beantwortete Dr.med. P._____ am 1. Dezember 2020 u.a. wie folgt (IV-act. 140):

Wichtige Dauerdiagnosen:

Schulter links

- Chronische Schmerzen bei Status nach Sturz auf die linke Schulter links 2013
- Partiailläsion der Supraspinatussehne sowie Infraspinatussehne und der langen Bizepssehne im Sulcusübergang
- Pulleyläsion und caniale Partialruptur der Subscapularissehne
- Tendinopathie des Supraspinatus
- AC-Gelenksarthrose mit Imprimierung d. Supraspinatusmuskel
- Subakromiales Impingement-Syndrom
- Tendinopathie mit grobscholligen Verkalkungen des Subscapularis
- Bursitis subacromialis
- Tendinopathie des M. biceps mit peritendinösem Erguss (...)
- Spondyloarthritis mit axialem Befall

TEP re 9/15

Polyglobulie (...)

Panvertebralsyndrom

- Sakroilitis bds. (MRT WS 1/2016)
- HLA B 27 negativ

V.a. Radikuläres Reizsyndrom C6/7 bei Foraminalstenose C5/6 links

- Diskusprotrusion HWK 3/4 und Th 10/11 mit Tangierung des Rückenmarks (MI 1/2016)

CTS bds.

OSG-OP links ca. 1980

Skidaumen OP rechts ca. 1980

Im Übrigen beurteilte Dr.med. P._____ den Versicherten als nicht arbeitsfähig (IV-act. 140-2/2 ad Ziff. 3).

2.17 Am 7. Januar 2021 nahm der RAD-Arzt Dr.med. I._____ zur aktuellen medizinischen Aktenlage wie folgt Stellung (IV-act. 144):

Beim Versicherten erfolgt aktuell eine stark protrahierte Abklärung und Therapie der Wirbelsäulen-, Schulter- und Handbeschwerden (CTS) in der M._____ - Klinik durch mehrere Behandler, zuletzt wird noch eine stationäre Behandlung in E._____ (Rehaklinik) empfohlen (Bericht vom 26.11.2020). Die Carpal tunnel operation rechts steht noch an, eine mögliche operative Behandlung der Schulter wird diskutiert. Vom Hausarzt wird eine AUF attestiert.

Procedere: Abklären, ob die stat. Rehabilitation zeitnah ansteht. Wenn ja, das Ergebnis der Reha abwarten, wenn nein, sollte eine orthopädische Begutachtung erfolgen (z.B. bei Dr. J._____).

Nachdem die angesprochene Rehabilitation dem Versicherten "aufgrund der Corona-Situation jedoch nicht passend" schien (IV-act. 145, siehe auch 148) und Dr.med. Y._____ von einem Reha-Aufenthalt keinen grossen Nutzen erwartete

tete (IV-act. 149), wurde in der Folge eine orthopädische Begutachtung in Auftrag gegeben (siehe nachfolgend Erw. 2.18). Zuvor hatte Dr.med. Y. _____ am 12. Februar 2021 der IV-Stelle u.a. den Verlauf der wiederholten Infiltrationen (ohne nachhaltige Besserung) berichtet und ausgeführt, dass der Versicherte weder länger sitzen, noch länger stehen, noch länger laufen könne. Er könne den Kopf nicht mehr rotieren und sich nicht mehr vollständig bücken, sodass jegliche körperliche Betätigung zu einer starken Verschlechterung der Schmerzen führe (IV-act. 150-3/4 Ziff. 3.4). Hingegen betonte dieser Arzt, dass von seiner Seite dem Versicherten "bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert" worden sei (IV-act. 150-1/4 Ziff. 1.3).

2.18.1 Der von der IV-Stelle beauftragte Gutachter Dr.med. J. _____ (Orthopädische Chirurgie FMH/ zertif. mediz. Gutachter SIM) untersuchte den Versicherten am 14. April 2021 und stellte in seinem am 24. April 2021 fertiggestellten Gutachten, welches am 21. Juni 2021 bei der IV-Stelle einging, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 161-10f./26):

Regrediente Cervicobrachialgie links bei DISH der Halswirbelsäule und initial 01/2013 Diskushernie C5/6 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel C6 links sowie Diskushernie C6/7 mit wahrscheinlicher Irritation der Nervenwurzel C7 links

Pseudolumboischialgie links bei DISH und Spondylarthrose L2 bis 5

Ruptur der Supraspinatussehne, Partialruptur der Subscapularissehne, Pulley-Läsion und Acromioclaviculargelenksarthrose links

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Hüfttotalprothese links 2015 sowie Adipositas aufgeführt (IV-act. 161-11/26).

2.18.2 Zu den Fragen von Konsistenz und Plausibilität nahm der Gutachter wie folgt Stellung (IV-act. 161-12/26):

Wie bereits erwähnt, können die Schmerzen in der Hals- und Lendenwirbelsäule aufgrund des radiologischen Befunds zumindest teilweise erklärt werden. Bei mittlerweile fehlenden neuralen Kompressionen in den MRI-Untersuchungen kann allerdings die Ausstrahlung der Schmerzen in die linke Hand und linke Kniekehle nicht objektiviert werden.

Aufgrund der Laboruntersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass die Schmerzmittel entgegen den Angaben des Probanden nicht regelmässig verwendet werden.

Es ist unklar, woher der Rheumatologe Dr. N. _____ in O. _____ in seinem Bericht 04/2019 die Diagnose "Verdacht auf radikuläres Reizsyndrom C6/7 bei Foraminalstenose C5/6 links" hat. Er erwähnt keine MRI-Untersuchung, welche diese degenerativen Veränderungen nachweisen würde. Die Diagnose Periarthropathia humeroscapularis links ist nichtssagend und etwa gleich präzise wie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen. Seiner Einschätzung, dass als Monteur keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht, kann beigespflichtet werden, aber die Arbeitsfähigkeit von 50% in adaptierten Tätigkeiten ist aufgrund der vorliegenden Befunde nicht erklärbar.

2.18.3 Die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten beurteilte der Gutachter dahingehend, dass körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, auf Tischhöhe, ohne repetitive Bewegungen der linken Schulter, bei voller Stundenpräsenz auf 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) mit vermehrtem Pausenbedarf zu veranschlagen sei (IV-act. 161-13/26 Mitte).

2.19 Der RAD-Arzt Dr.med. I. _____ äusserte sich am 24. Juni 2021 zum Gutachten und führte dazu sinngemäss aus, dass es die nötigen Anforderungen erfülle, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 153).

2.20 Im Auftrage des Versicherten nahm Dr.med. L. _____ (Oberarzt Manuelle Medizin, M. _____-Klinik) zum Gutachten (und sinngemäss zum ablehnenden Vorbescheid der IV-Stelle) in einem Bericht vom 13. August 2021 Stellung. Dabei stellte er folgende Hauptdiagnosen (IV-act. 169-3f./8, im Original fehlt in der Nummerierung Ziff. 3):

1. Linksseitige Zervikozephalgien, linksbetonte Zervikobrachialgien und nahezu komplett eingeschränkte HWS-Rotation bei Zustand nach einem Sturz im Januar 2013 (...);
2. Mittelschweres CTS beidseits (...)
3. (fehlt)
4. Radikuläres Schmerzsyndrom L5 links seit zirka 2017 (...)
5. Schulter links
 - geringe anteriore knapp transmurale Ruptur der Supraspinatussehne
 - Pulleläsion und craniale Partialruptur der Subscapularissehne
 - aktuell ausgeprägte Tonuserhöhung und Schonhaltung mit partiellem Neglekt des linken Armes
 - Therapien (...)
6. Polyzytämie (...)

In seiner Beurteilung erwähnte Dr.med. L. _____, seit dem Sturz auf den Kopf bestehe die Symptomatik mit beträchtlichen funktionellen Einschränkungen im Alltag. Der Versicherte könne die Haushaltsarbeiten nicht mehr selber durchführen. Aktuell helfe die Mutter des Versicherten im Haushalt (IV-act. 169-5/8 Mitte).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Dr.med. L. _____ aus (IV-act. 169-6/8):

Aus aktueller Sicht maximale Arbeitsbelastung: Stundenweise Tätigkeit, beschränkt auf 2-3 Stunden an jeweils 2-3 Tagen pro Woche mit sehr niedriger Intensität, vermehrtem Pausenbedarf, abwechselnd sitzend und stehend, ohne inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltung und ohne repetitive Bewegungen der linken Schulter. Danach Reevaluation und Anpassung der Tätigkeit je nach Beschwerdeverlauf. Hierfür eignet sich eine Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (Lösen von verschiedenen Aufgaben mit einem Physiotherapeuten, danach fachärztliche Beurteilung). Wir werden auch künftig versuchen, die Schmerzen auf ein erträgliches Niveau zu senken und die funktionellen Einschränkungen

zu minimieren. Dennoch wird gemäss unserer fachärztlichen Beurteilung auch unter einer längeren Perspektive die Erwerbstätigkeit deutlich eingeschränkt bleiben, bei weit über 50%.

Des Weiteren kritisierte Dr.med. L. _____ gewisse Ausführungen im erwähnten Gutachten, namentlich (sinngemäss) dass der Gutachter sich in seiner Argumentation ausschliesslich auf die Bildgebung der zervikalen Nervenwurzel fokussiert habe, dass die Arbeits(un)fähigkeitsschätzung des Gutachters unrealistisch sei und dass die vom Gutachter im untersuchten Medikamentenspiegel festgestellte Nichteinnahme der Medikamente damit zu begründen sei, dass der Versicherte die Einnahme vor der Begutachtung sistiert habe, "um die Beurteilbarkeit in der klinischen Untersuchung nicht zu beeinträchtigen" (IV-act. 169-6f./8).

2.21 Der von Dr.med. L. _____ kritisierte Gutachter entgegnete in seiner Stellungnahme vom 21. September 2021 unter anderem (sinngemäss), dass es sich bei Dr.med. L. _____ nicht um einen orthopädischen Facharzt handle und seine orthopädischen Diagnosen nicht präzise bzw. teilweise falsch seien; es liege kein radikuläres Schmerzsyndrom L5 links vor, nachdem explizit im MRI eine neurale Kompression ausgeschlossen wurde. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit basiere i.d.R. nicht auf einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, sondern einer Zusammenschau der subjektiven und objektiven Befunde. Wenn der Medikamentenspiegel serologisch tief sei, dokumentiere dies, dass die Medikamente nicht eingenommen werden. Eine Ausrede, dass die Medikamente pausiert worden seien, könne nicht nachkontrolliert werden (IV-act. 175).

3.1 Bevor auf die strittige Frage der zumutbaren Arbeits- bzw. verbliebenen Leistungsfähigkeit des Versicherten nachfolgend näher eingegangen wird, ist folgender Ausgangspunkt hier festzuhalten: Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sollen Rentenleistungen erst dann zur Ausrichtung gelangen, wenn keine zumutbaren Eingliederungsmassnahmen (mehr) in Betracht fallen (u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2012 vom 5.6.2012 Erw. 2.2.1 mit Hinweisen). Der in der Invalidenversicherung geltende Grundsatz "Eingliederung vor Rente" bewirkt, dass die Rente grundsätzlich hinter einer Eingliederungsmassnahme bzw. dem damit verbundenen Taggeld zurücktreten muss (so Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Ein Rentenanspruch kann im Prinzip erst nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen entstehen, und zwar selbst dann, wenn diese nur einen Teilerfolg brachten oder scheiterten. Vor diesem Zeitpunkt ist eine Rente, gegebenenfalls auch rückwirkend, nur dann zuzusprechen, wenn die versicherte Person nicht oder noch nicht eingliederungsfähig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_380/2021 vom 31.1.2022 Erw. 5.1, 9C_450/2019 vom 14.11.2019 Erw. 3.3.1 mit Verweis auf BGE 121 V 190 Erw. 4c, d, e S. 192 ff.;

vgl. auch Meyer/Reich-muth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N 7 zu Art. 28 IVG; Urteil des Bundesgerichts 9C_689/2019 vom 20.12.2019 Erw. 3.1; VGE I 2021 9 vom 17.5.2021 Erw. 1.3).

3.2.1 Im konkreten Fall hat die IV-Stelle umfangreiche Bemühungen zur beruflichen Wiedereingliederung des Versicherten vorgenommen, welche in der F._____ (Rehaklinik) sowie im G._____ erfolgten und IV-Taggeldleistungen für den Zeitraum vom 18. Februar 2019 bis 31. Januar 2020 auslösten (vgl. u.a. Fremddakten 5-92/181, 5-70/181 und 5-100/181).

3.2.2 Nach der IV-Anmeldung (10.2017) beurteilte der damals behandelnde Dr.med. N._____ die Arbeitsfähigkeit für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit auf 80%, mithin bejahte dieser Arzt ein relevantes Eingliederungspotenzial (vgl. IV-act. 23-5/9; siehe auch IV-act. 22 in fine).

3.2.3 Analog wurde auch im Bericht der Q._____ (Klinik) vom 18. Januar 2018 eine Eingliederungsfähigkeit für "nicht belastende Tätigkeiten bzw. Vermeidung von Überkopparbeiten und Tragen von Lasten von > 10kg" (etc.) eindeutig bestätigt (vgl. IV-act. 24-3/7 oben, sowie oben Erw. 2.4). Dieser Einschätzung pflichtete auch der konsultierten RAD-Arzt bei (IV-act. 34-5/5).

3.2.4 Im Verlaufe des Aufenthalts in der E._____ (Rehaklinik) (15.3.18 - 14.4.18) wurde eine progressive Erhöhung der Belastbarkeit und Beweglichkeit bescheinigt (IV-act. 38-2/3), was ebenfalls für eine in diesem Zeitpunkt gegebene Eingliederungsfähigkeit spricht. Dies wird auch durch die subjektiven Angaben des Versicherten am Ende seines abgegebenen Lebenslaufes dokumentiert (vgl. IV-act. 39-2/2).

3.3 Bei dieser Sachlage kommt nach Massgabe der in Erwägung 3.1 dargelegten Rechtsprechung ein allfälliger Rentenanspruch erst nach Beendigung der von der IV-Stelle bis zum 31. Januar 2020 ausgerichteten IV-Taggelder in Frage.

4. Eine gerichtliche Würdigung der Angaben (zur Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Versicherten) zeitigt (unter Einbezug der gesamten Aktenlage) die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

4.1 Im vorliegenden Fall sind sich alle Beteiligten einig, dass dem Versicherten aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen die angestammte Berufstätigkeit als Monteur (gelernter Zimmermann/ Schreiner) bzw. schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zumutbar sind. Diesbezüglich braucht es weder zusätzliche Abklärungen noch weitere Ausführungen.

4.2 Das am 21. Juni 2021 eingegangene Gutachten des orthopädischen Facharztes Dr.med. J._____, welcher eine Zusatzausbildung als zertif. medizinischer Gutachter SIM aufweist, erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen. Dem Gutachter wurde das ganze IV-Aktendossier zur Verfügung gestellt (IV-act. 156-2/2 in fine) und im Gutachten als verwendete Quellen ausgewiesen (IV-act. 161-3/26 Ziff. 1.3), mithin wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstattet. Der Versicherte erhielt die Möglichkeit, sich spontan im Rahmen eines offenen Interviews sowie zusätzlich im Rahmen einer vertiefenden Befragung zu seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen/ Beschwerden substantiiert zu äussern. Ausgehend von den erhobenen (somatischen) Untersuchungsbefunden erstattete der Gutachter nachvollziehbare Schlussfolgerungen, unter anderem:

- dass die Schmerzen in der HWS (und die Untersuchungsbefunde) aus orthopädischer Sicht im Wesentlichen auf die radiologisch nachgewiesene DISH zurückgeführt werden können (IV-act. 161-10/26 oben);
- dass die Schmerzen in der LWS und die pathologischen objektiven Befunde mit der radiologisch gesicherten DISH und den Spondylarthrosen L2 bis 5 plausibilisiert werden können (IV-act. 161-10/26 Mitte);
- dass - obwohl der Versicherte spontan explizit nicht über Schulterschmerzen links klagte - bei der körperlichen Untersuchung deutliche pathologische Untersuchungsbefunde der linken Schulter auffielen (IV-act. 161-10/26 unten);
- und dass aufgrund der Laboruntersuchungen von der Annahme auszugehen ist, wonach der Versicherte entgegen seinen Angaben die Schmerzmittel nicht regelmässig einnimmt.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass der Gutachter zur Klärung der HWS-Beschwerden ein aktuelles MRI der HWS veranlasste (mit der klinischen Indikation "Zervikobrachialgie bei DISH, Ausmass Arthrose, neurale Kompression?"), wie die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (S. 2 Ziff. 4) zutreffend darauf hingewiesen hat (vgl. auch Vi-act. 161-17/26).

Des Weiteren legte der Gutachter konkret dar, mit welchen Umschreibungen er für leidensangepasste Tätigkeiten einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 90% (bei voller Stundenpräsenz) als gegeben erachtet. Dabei nahm er auch zur abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzung eines behandelnden Arztes Stellung (IV-act. 161-12/26 Ziff. 7.3 in fine).

Auf die Fragestellung, ob und inwieweit die im Gutachten hergeleitete Arbeitsfähigkeitsbeurteilung einer gerichtlichen Überprüfung standhält, ist nachfolgend zurückzukommen.

4.3 Der Beschwerdeführer hält dem von der Vorinstanz berücksichtigten und als beweiskräftig beurteilten Gutachten u.a. hauptsächlich "das Gutachten Dr. L. _____" (= Bf-act. 4 bzw. IV-act. 169-3ff./8) entgegen, welcher zu einem anderen Ergebnis gelangt sei (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 8). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers stellt die angesprochene Stellungnahme von Dr.med. L. _____ (vom 13.8.2021) kein Gutachten im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne dar, da sie nicht in Kenntnis des gesamten IV-Aktendossiers verfasst wurde (wie auch in der Eingabe vom 11.2.2022, S. 6, nicht bestritten wurde). Vielmehr handelt es sich dabei um einen Bericht eines Arztes, welcher den Versicherten mit manueller Medizin behandelt. Soweit nun ein behandelnder Arzt zu einer anderen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für leidensangepasste Tätigkeiten gelangt (hier höchstens 50%, vgl. IV-act. 169-6/8) als der begutachtende Orthopäde in seinem fachärztlichen Gutachten, ist darin nicht ohne weiteres ein Grund für die Einholung eines Obergutachtens zu erblicken.

4.4 Dieses in Erwägung 4.3 enthaltene Zwischenergebnis gilt erst recht, wenn beim Versicherten nicht unerhebliche Inkonsistenzen vorliegen (siehe anschliessend).

4.4.1 Gegenüber dem (orthopädischen) Gutachter erklärte der Versicherte (am 14.4.2021), dass er täglich Analgetika benötige (IV-act. 161-5/26).

Von der Durchführung einer Begutachtung wurde er mit Schreiben vom 22. Februar 2021 in Kenntnis gesetzt (IV-act. 152). Verhielte es sich so, dass der Versicherte im Hinblick auf die bevorstehende Begutachtung seinen Analgetikakonsum sistiert (bzw. reduziert) hätte, was nicht völlig ausgeschlossen erscheint, wäre zu erwarten gewesen, dass der Versicherte gegenüber dem Gutachter offengelegt hätte, er habe in den vergangenen Monaten/ Jahren regelmässig Schmerzmittel konsumiert, aber seit kurzem (bzw. seit Kenntnisnahme der Begutachtung) darauf verzichtet.

Eine solche Präzisierung (gegenüber dem Gutachter) ist weder ersichtlich noch wurde sie (im Rahmen der Begutachtung) geltend gemacht. Soweit der Beschwerdeführer - nachdem ihm die dargelegte Diskrepanz vorgehalten wurde - nachträglich die ursprüngliche Aussage ("Analgetika werden täglich gebraucht") mit einer anderen Erklärung ("lediglich vor der Begutachtung wurde die Schmerzmedikation sistiert") relativiert hat (und sinngemäss daran festhält, ansonsten benötige er weiterhin täglich Schmerzmedikamente), erweist sich eine derartige Argumentation des Beschwerdeführers als unglaubwürdig. Den entsprechenden Ausführungen der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (Ziff. 6 in fine) ist uneingeschränkt beizupflichten. Nach den konkreten Umständen ist davon auszuge-

hen, dass der Versicherte grundsätzlich nicht täglich Analgetika in voller therapeutischer Dosierung benötigt und insofern dem Gutachter wahrheitswidrige Angaben unterbreitete, was der Gutachter erkannt hat und in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung einfließen liess.

4.4.2 Soweit der behandelnde Arzt Dr.med. L. _____ zur in Erwägung 4.4.1 behandelten Thematik in seiner Stellungnahme vom 13. August 2021 den Standpunkt des Versicherten übernahm (wonach die Medikamenteneinnahme im Hinblick auf die Begutachtung pausiert worden sei, vgl. IV-act. 169-6/8 unten), dokumentiert diese Haltung die unterschiedliche Natur von Begutachtungs- und Behandlungsauftrag. Wenn wie hier die Feststellungen des Gutachters von jenen eines behandelnden Arztes abweichen, ist auf die ständige höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, von den geklagten Schmerzen zunächst bedingungslos auszugehen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2017 vom 27.10.2017 Erw. 3.3.6 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 135 V 465 Erw. 4.5 S. 470f.).

4.4.3 In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Arztes Dr.med. L. _____, wonach die maximale Arbeitsbelastung "auf 2-3 Stunden an jeweils 2-3 Tagen pro Woche" beschränkt sei, nicht zu überzeugen vermag. Würde man dieser Argumentation folgen, wären dem Versicherten beispielsweise 2-3 Stunden am Montag, weitere 2-3 Stunden am Folgetag sowie allenfalls weitere 2-3 Stunden am Mittwoch zumutbar, worauf vier (allenfalls fünf, wenn der Mittwoch wegfiel) Erholungstage folgen würden. Eine Antwort auf die (an seine Argumentation anschliessende) Fragestellung, weshalb für den Fall, wenn der Versicherte beispielsweise während der Woche nur vormittags leichte (leidensangepasste) Arbeiten ausführen würde, die freien Nachmittage nicht für eine hinreichende Erholung ausreichen würden, bleibt dieser Arzt schuldig.

4.4.4 Inkonsistent ist aber auch, dass der Versicherte bei der vertiefenden Befragung durch den Gutachter erwähnte, das Sitzen sei auf 20 Minuten beschränkt (IV-act. 161-5/26 Ziff. 3.2). An anderer Stelle antwortete der Versicherte auf die Frage, wie er zur Begutachtung angereist sei, dass er "im Auto" gefahren sei. Gemäss Routenplaner umfasst die Strecke von seiner Wohnung bis zur Gutachterstelle in K. _____ (via Autobahn bzw. via Z. _____) rund 135 km und

benötigt (ohne Stau) einen Zeitbedarf von rund 80 Minuten (via AA. _____ bzw. AB. _____ - AC. _____ wäre die Strecke rund 30 km kürzer, allerdings betrüge der Zeitbedarf über 90 Minuten). Verhielte es sich so, dass der Versicherte tatsächlich nur 20 Minuten lang sitzen könnte, hätte er für die Anreise zur Gutachterstelle am AD. _____ dreimal eine Pause einschalten müssen. Dabei wäre zu erwarten gewesen, dass der Versicherte bei der Befragung auf so viele Pausen bei der Anreise hingewiesen hätte (wenn sie tatsächlich nötig gewesen wären). Mit anderen Worten erweist sich die vorgebrachte maximale Sitzdauer von lediglich 20 Minuten als unglaubwürdig.

Abgesehen davon beinhaltet eine wechselbelastende Tätigkeit regelmässig auch die Möglichkeit, zwischen sitzen, stehen und gehen wechseln zu können, was gerichtsnotorisch ist.

4.4.5 Den vorliegenden Akten sind sodann weitere Diskrepanzen zu entnehmen. Der behandelnde Hausarzt attestierte dem Versicherten für den Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. März 2020 (mithin etwas mehr als 1 Jahr vor der Begutachtung) eine Arbeitsunfähigkeit von 80% (Fremdakten 5-34/181). Analoge Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (von 80%) sind auch für die Monate April 2020, Mai 2020 und Juni 2020 aktenkundig (Fremdakten 5-32f./181, 5-24f./181). Demgegenüber erklärte der Versicherte gegenüber dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV), dass er in den Monaten März, April, Mai und Juni 2020 100% arbeitsfähig gewesen sei (bzw. in den entsprechenden Formularen verneinte der Versicherte ausdrücklich, dass er im betreffenden Zeitraum arbeitsunfähig gewesen sei, siehe Fremdakten 5-17/181, 5-23/181, 5-28/181, 5-29/181). Zu betonen ist an dieser Stelle, dass der Versicherte im Zusammenhang mit diesen Deklarationen ans RAV ausdrücklich auf die Wahrheitspflicht hingewiesen wurde (vgl. Fremdakten 5-22/181 in fine, 5-26/181 in fine, 5-30/181 in fine; siehe in diesem Kontext auch beispielsweise die Erklärung ans RAV für den Februar 2020, wo der Versicherte eine Arbeitsunfähigkeit vom 29.1.2020 bis 29.2.2020 deklarierte, was sich mit der Operation vom 29.1.2020 deckt = Fremdakten 5-43/181). Soweit aber der Versicherte sich für den gleichen Zeitraum gegenüber behandelnden Ärzten und dem RAV unterschiedlich präsentierte (um einerseits eine entsprechende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bzw. andererseits Arbeitslosentaggelder zu erlangen), kann der Versicherte aus solchen Diskrepanzen hier nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Im Übrigen kann der Versicherte für die oben angesprochenen Zeiträume, in welchen er aufgrund seiner Deklaration "nicht arbeitsunfähig gewesen zu sein" effektiv Arbeitslosentaggelder bezogen hat, nicht noch für den gleichen Zeitraum IV-Rentenleistungen beziehen.

4.5 Soweit der Beschwerdeführer (bzw. der behandelnde Dr.med. L. _____) geltend macht, dass die massgebende Arbeitsfähigkeit durch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) oder eine vergleichbare Untersuchungs-massnahme festzulegen sei, ist auf die konstante Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen (welche zu Recht auch von der Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung unter Ziffer 10 angeführt wurde). Darnach besteht bei zuverlässiger bzw. nachvollziehbarer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte diese angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_433/2018 vom 5.10.2018 Erw. 4.2 mit weiteren Hinweisen, publ. in SVR-Rechtsprechung 2/2019 IV Nr. 13). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Abgesehen davon ist unter Hinweis auf die oben thematisierten Inkonsistenzen eine Symptomausweitung oder eine gewisse Selbstlimitierung nicht auszuschliessen, womit durch eine EFL-Abklärung kaum valide Aussagen zu erwarten wären (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_324/2016 vom 25.7.2016 Erw. 3.2.2).

4.6.1 Des Weiteren hat die Vorinstanz in ihrer Vernehmlassung (ab Ziff. 5) überzeugend ausgeführt, welche weiteren Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge durch den orthopädischen Gutachter von Bedeutung sind. Diesen Ausführungen ist grundsätzlich (bis auf eine Ausnahme, siehe dazu sogleich) beizupflichten, ohne dass sie hier nochmals zu wiederholen wären.

4.6.2 Nicht tel quel beigepflichtet kann der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des begutachtenden Orthopäden, welche verhältnismässig sehr streng ausgefallen ist. Zudem ist diese Einschätzung insofern ungenau ausgefallen, als der Gutachter ausführt, dass dem Versicherten (bei Einhaltung bzw. Beachtung der limitierenden Faktoren wie keine inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen etc., siehe oben, 2.18.3) körperlich leichte Tätigkeiten "bei voller Stundenpräsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) *mit* vermehrtem Pausenbedarf zugemutet werden" können (vgl. IV-act. 161-13/26, kursiver Fettdruck nicht im Original). Diese Einschätzung ist nach den konkreten Umständen so zu verstehen, dass *zusätzlich* zum Arbeitsunfähigkeitsgrad von 10% ein nicht prozentual gewichteter Pausenbedarf zu berücksichtigen ist.

4.6.3 Im Einklang damit steht aber auch, dass der involvierte RAD-Facharzt Dr.med. I. _____, welcher den Versicherten am 21. Mai 2019 selber untersuchte, in seiner Beurteilung ebenfalls einen erhöhten Pausenbedarf anerkannte und unter Einhaltung bestimmter leidensangepasster Vorgaben (vgl. oben, Erw.

2.10 in fine) eine massgebende Arbeitsfähigkeit von 70% bis 80% anerkannte (vgl. IV-act. 71-5/6 oben).

4.7.1 Im Lichte dieser vorgenannten Aspekte und weil es sich rechtsprechungsgemäss bei der Festlegung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades letztlich um eine juristische Fragestellung handelt (siehe oben, Erw. 1.5.4 in fine), rechtfertigt es sich in diesem konkreten Einzelfall, auf die in Anlehnung an die vom beteiligten RAD-Arzt Dr.med. I. _____ nach der selber vorgenommenen Untersuchung veranschlagte Arbeitsfähigkeit von 75% (Mittelwert der Bandbreite von 70% bis 80%) für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten (im Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Arbeiten in Zwangshaltung, ohne repetitive Rotationen des Oberkörpers etc.) abzustellen (vgl. IV-act. 71-5/6 oben), ohne dass noch ein weiteres Gutachten einzuholen wäre. In dieser Vorgehensweise sind auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung mitenthalten.

4.7.2 An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vor Gericht nichts zu ändern. Unbehelflich ist namentlich auch der Einwand in der Eingabe vom 11. Februar 2022 (S. 5 unten), dass Dr. N. _____ "die Arbeitsfähigkeit auf max. 50% bei einer mittelschweren Tätigkeit" geschätzt habe. Dieser Einwand übersieht, dass die oben hergeleitete Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sich auf *leichte* körperliche Tätigkeiten beschränkt, derweil Dr. N. _____ auch noch (körperlich) *mittelschwere* Tätigkeiten einbezogen hat. Mit anderen Worten leuchtet ohne weiteres ein, dass bei ausschliesslich leichten (wechselbelastenden) Tätigkeiten grundsätzlich ein höherer Arbeitsfähigkeitsgrad resultiert als dann, wenn dem Betroffenen (mit dem erwähnten Beschwerdebild) auch noch mittelschwere Tätigkeiten zugemutet werden sollen.

Ferner lässt sich aus den in der Eingabe vom 11. Februar 2022 aufgeführten Schulter- und Armschmerzen (Ziff. 7.4.1) oder Beinschmerzen (Ziff. 7.4.2) nicht tel quel auf einen (hohen bzw. höheren) Arbeitsunfähigkeitsgrad schliessen.

5. In der Folge ist der Einkommensvergleich näher zu prüfen.

5.1.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte. Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich festzusetzen. Da nach empirischer Erfahrung in der Regel ohne gesundheitliche Beeinträchtigung die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teue-

rung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (Urteil des Bundesgerichts 8C_134/2021 vom 8.9.2021 Erw. 3.2 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 134 V 322 Erw. 4.1). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 Erw. 3.3.2 mit Hinweisen).

5.1.2 Die Vorinstanz orientierte sich bei der Festlegung des Valideneinkommens am Lohn des Versicherten als Monteur bei der C._____ AG, wonach der Jahresverdienst per 2017 Fr. 80'340.-- (13x Fr. 6'180.--) betrug (vgl. IV-act. 1-2/4 oben). Umgerechnet nach Massgabe der Entwicklung der Nominallohnentwicklung (Index 2249/2298) setzte die IV-Stelle das Valideneinkommen per 2020 auf Fr. 82'090.40 fest. Das Gericht hat keinen Anlass, davon abzuweichen. Die wenig substantiierten Vorbringen in der Eingabe vom 11. Februar 2022 (Ziff. 13) sind nicht geeignet, ein anderes Valideneinkommen herzuleiten.

5.2.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in der 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 derartiges tatsächlich erzielttes 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 die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 Erw. 5.2; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130, Urteil des Bundesgerichts 8C_7/2014 vom 10.7.2014 Erw. 7.1). Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_206/2021 vom 10.6.2021 Erw. 4.4.2 mit Hinweisen).

5.2.2 In der angefochtenen Verfügung berücksichtigte die IV-Stelle ein Invalideneinkommen von Fr. 62'015.40, ausgehend von den Angaben des Bundesamts für Statistik, wonach ein Hilfsarbeiter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Jahr 2020 ein Durchschnittseinkommen von Fr. 68'906.-- erzielt, wovon bei einer Arbeitsfähigkeit von 90% (gemäss Gutachten) Fr. 62'015.40 anzurechnen seien ($68'906 \times 0.90$). Ein leidensbedingter Abzug wurde in der angefochtenen Verfügung nicht gewährt.

5.2.3 Der als Ausgangspunkt verwendete Tabellenlohn von Fr. 68'906.-- (per 2020) gibt keinen Anlass zur Beanstandung. Daran vermögen die Vorbringen des Versicherten vor Gericht nichts zu ändern.

5.2.4 Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 Erw. 5.2 S. 301; Urteil 8C_114/2017 vom 11.7.2017 Erw. 3.1). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_663/2019 vom 3.3.2020 Erw. 4 mit Verweis auf BGE 135 V 297 Erw. 5.2 S. 301; 134 V 322 Erw. 5.2 S. 327 f.; 126 V 75 Erw. 5b/bb-cc S. 80).

5.2.5 Die Vorinstanz lehnte in der angefochtenen Verfügung einen leidensbedingten Abzug mit der (sinngemässen) Begründung ab, der Umstand, wonach nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar seien, begründe keinen Abzug, zumal der Tabellenlohn im zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasse.

Diese Argumentation übersieht indessen, dass dem Versicherten leichte (wechselbelastende) Tätigkeiten nicht uneingeschränkt zumutbar sind, sondern zusätzlich noch verschiedene Einschränkungen zu beachten sind, namentlich (vgl. IV-act. 161-13/26 Mitte):

- dass inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen zu meiden sind;
- dass grundsätzlich Arbeiten auf Tischhöhe verlangt werden,
- dass repetitive Bewegungen der linken Schulter zu meiden sind,
- und dass es sich um körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen handeln muss.

Für diese zusätzlichen, einzuhaltenden Vorgaben rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10%, was gesamthaft zu einem Invalideneinkommen von Fr. 46'511.55 führt ($68'906 \times 0.75 \times 0.90$).

5.3 Bei einem massgebenden Valideneinkommen von Fr. 82'090.40 und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'511.55 resultiert ein Invaliditätsgrad von 43% ($82'090.40 \text{ minus } 46'511.55 = 35'578.85$; $35'578.85 : 82'090.40 \times 100 = 43.34$). Damit ist ein Anspruch auf eine Viertelsrente zu gewähren. Die Festsetzung des

Beginns der Viertelsrente sowie die Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge ist Sache der Verwaltung (wobei - wie oben erwähnt - namentlich auch die ausgerichteten IV-Taggelderleistungen während den Eingliederungsbemühungen sowie die von der Arbeitslosenversicherung ausbezahlten Taggelderleistungen mitzuberechnenden sind).

5.4 Am dargelegten Anspruch auf eine IV-Viertelsrente würde sich schliesslich auch dann nichts ändern, wenn - entgegen den vorstehenden Erwägungen, an welchen weiterhin festzuhalten ist - anstelle eines leidensbedingten Abzuges von 10% ein solcher von 15% in Frage käme. Denn in diesem Falle würde ein IV-Grad von 46% resultieren ($68'906 \times 0.75 \times 0.85 = 43'927.57$; $82'090.40$ minus $43'927.57 = 38'162.82$; $38'162.82 : 82'090.40 \times 100 = 46.48$), was für eine halbe IV-Rente nicht ausreicht.

6.1 Aus all diesen Gründen ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als der in der angefochtenen Verfügung ermittelte IV-Grad von 24% auf 43% erhöht wird. Diesem Teilobsiegen entsprechend werden die Verfahrenskosten zu 3/5 dem Beschwerdeführer und zu 2/5 der Vorinstanz auferlegt.

6.2 Das Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird deswegen abgewiesen, weil angesichts eines (am 9.7.2021) deklarierten Vermögens von Fr. 172'592.-- (Bankguthaben bei der Zürcher Kantonalbank, bei der CS und bei der Bank Cler) die Voraussetzung der Bedürftigkeit fehlt (vgl. Bf-act. 21, Blatt 4, Blatt 6).

6.3 Für das Teilobsiegen wird dem Beschwerdeführer zudem zulasten der IV-Stelle eine reduzierte Parteientschädigung zugesprochen. Die Entschädigung richtet sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (Geb-TRA, SRSZ 280.411). § 2 GebTRA sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streit-sache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Das Honorar beträgt für die Vertretung vor Verwaltungsgericht Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). Gestützt auf diese Kriterien sowie unter Berücksichtigung des Umstandes, wonach der Rechtsvertreter bei der Einreichung der Beschwerde noch nicht (sondern erst nachträglich) mitwirkte, wird die Parteientschädigung ermessensweise auf Fr. 500.-- festgelegt.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als dem Beschwerdeführer im Sinne der Erwägungen auf der Basis des ermittelten IV-Grades von 43% eine Viertelsrente zugesprochen wird. Die Festlegung des Rentenbeginns und der nachzuzahlenden IV-Rentenleistungen ist Sache der IV-Stelle. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer zu 3/5 (Fr. 300.--) sowie der IV-Stelle zu 2/5 (Fr. 200.--) auferlegt. Die Parteien haben ihre Kostenanteile innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das PC-Konto 60-22238-6 zu überweisen.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 500.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. April 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 9. Mai 2022