



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 20. Februar 2023 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

IV-Stelle Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug
Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2022 62

A. Der 1972 geborene A._____ war als Schreiner bei der C._____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft obligatorisch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 29. Januar 2013 ausrutschte und sich dabei eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks zuzog (IV-act. 32 S. 185), weshalb am 7. August 2013 eine Arthroskopie mit intraartikulärem Débridement, partieller anteriorer Synovektomie und lateraler Bandrekonstruktion durchgeführt wurde (IV-act. 32 S. 164 f.). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Kurzzeitleistungen wie Taggelder und Heilkosten aus. Am 24. Juni 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine seit November 2014 bestehende psychische Erkrankung auch bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 5). Die IV-Stelle holte bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein, zog die Akten der Unfallversicherung bei und gewährte dem Versicherten berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 36). So wurde ab dem 8. Januar 2018 ein Belastbarkeitstraining durchgeführt, welches indes per 14. Januar 2018 abgebrochen werden musste (IV-act. 46 und 51 f.), da am 16. Januar 2018 eine weitere Operation (arthroskopisches Débridement mit partieller Synovektomie, mediale und laterale Bandrekonstruktion, Neurektomie mit Neuromentfernung OSG rechts) notwendig wurde (IV-act. 56 S. 5 f.). Mit Schreiben vom 26. März 2018 stellte die Suva die Heilkostenleistungen per 31. März 2018 und das Taggeld per 30. April 2018 ein (IV-act. 62). Einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneinte sie mit Verfügung vom 21. Januar 2021 (IV-act. 115) sowie Einspracheentscheid vom 29. April 2021, während für die verbliebenen Unfallfolgen eine Integritätsentschädigung von 20 % zugesprochen wurde. Dagegen erhob der Versicherte am 31. Mai 2021 Verwaltungsgerichtsbeschwerde (Verfahren S 2021 78). Die IV-Stelle ihrerseits liess den Versicherten polydisziplinär begutachten (IV-act. 127) und sprach ihm mit Vorbescheid vom 12. Juli 2021 (IV-act. 129) bzw. Verfügung vom 20. April 2022 (IV-act. 166) eine halbe Rente ab 1. Dezember 2015 und eine ganze IV-Rente ab 1. August 2021 zu.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 23. Mai 2022 liess A._____ beantragen, die Verfügung der IV-Stelle vom 20. April 2022 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. Dezember 2015 eine Rente nach Gesetz zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht liess der Beschwerdeführer die Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum Entscheid des hiesigen Gerichts über den im Verfahren S 2021 78 gestellten Antrag auf Einholung eines orthopädischen Gerichtsgutachtens beantragen (act. 1).

- C. Der mit Verfügung vom 25. Mai 2022 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 3 f.).
- D. Mit Verfügung vom 23. Juni 2022 wurde der Antrag auf Sistierung des vorliegenden Verfahrens abgewiesen (act. 7).
- E. Mit Vernehmlassung vom 24. August 2022 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 8).
- F. Im Rahmen des weiteren Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 13, 15, 17 und 19). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 20. April 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 146 V 364 E. 7.1).

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 20. April 2022, womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs (in casu: 1. Dezember 2015) sowie sämtliche Revisionsgründe vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.3 nachher), weshalb (mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022) die bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des IVG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]) und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 20. April 2022; diese ging am 21. April 2022 beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 23. Mai 2022 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit unter Berücksichtigung von Art. 38 Abs. 3 und 4 lit. a ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr

zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis). 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. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den

behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welcher die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

4. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 29. Januar 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat und danach unfallkausale Beschwerden im Bereich des rechten Sprunggelenks aufgetreten sind. Als erstellt gilt sodann, dass der Beschwerdeführer daneben auch noch an diversen unfallfremden Beschwerden leidet (u.a. psychischen Beeinträchtigungen). Zwischen den Parteien ist ebenso unbestritten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Leiden in seinem angestammten Beruf nicht mehr einsetzbar ist. Ebenfalls nicht beanstandet wird die von der Beschwerdegegnerin ab 1. August 2021 zugesprochene ganze Invalidenrente. Streitig ist hingegen die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ab dem Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs im Dezember 2015 zu Recht von einer lediglich 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellt zur Beurteilung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten – Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie – der ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend ABI) vom 10. Juni 2021 ab. Folgenden Diagnosen massen die Gutachter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu:

- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)
- Chronische residuelle Schmerzen bei posttraumatischer lateraler OSG-Instabilität rechts
- Chronisches subakromiales Impingement rechts
- Chronisches Zervikalsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen (MRI August 2015)
- Chronisches Thorakovertebral-Syndrom bei Wirbelsäulenfehlform und degenerativen Veränderungen (MRI August 2015 und Januar 2018)
- Chronisches Lumbovertebral-Syndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen (MRI Mai 2015 und Januar 2018)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nahmen die Gutachter eine intermittierende unspezifische Periarthropathia coxae links sowie einen Verdacht auf eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss Aktenlage (ICD-10 F45.41) an. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der schweren Depression aus psychiatrischer Sicht zurzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, angepasste Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %. Vermieden werden sollten Arbeiten in der Höhe, auf Dächern, Leitern und Gerüsten, Arbeiten auf unebenem Boden, Arbeiten mit permanentem Treppab- oder Treppaufgehen, Arbeiten mit Tragen von Gegenständen schwerer als 10 kg bis intermittierend 15 kg sowie Arbeiten unter Einfluss von Stössen und Vibrationen. Der Arbeitsplatz sollte ergonomisch gut eingestellt sein und es sollte die Möglichkeit des regelmässigen Positionswechsels bestehen. Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder Rückhalteposition seien zu vermeiden ebenso wie repetitive Überkopfarbeiten (aufgrund der Schulterpathologie rechts). Aus neurologischer Sicht bestehe für angepasste, körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Aus allgemein internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit ebenfalls nicht eingeschränkt.

Insgesamt könne in der angestammten Tätigkeit ab Januar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Januar 2018 eine dauerhaft aufgehobene Arbeitsfähigkeit angenommen werden. In einer leidensangepassten Tätigkeit könne nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Mai 2021 eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit angenommen werden.

Die Arbeitsfähigkeit sei derzeit psychiatrisch ganz aufgehoben, nach vorangehend 50%iger Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2016. Rein somatisch würde in gut adaptierten Tätigkeiten nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit und nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Januar 2018 ab April 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bestehen. Die Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht im Zeitraum von April 2018 bis April 2021 ergänzten sich, aber addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten.

Aus psychiatrischer Sicht sollte eine intensive fachpsychiatrische Behandlung in die Wege geleitet werden im Sinne einer kombinierten hochfrequenten Gesprächspsychotherapie und einer suffizienten thymoleptischen Behandlung. Aufgrund der Schwere des Störungsbildes und der in der Depressivität inkludierten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung sei nicht davon auszugehen, dass ambulante Behandlungsmassnahmen ausreichend seien. Es werde empfohlen, eine stationäre fachpsychiatrische Behandlung in die Wege zu leiten, welche dem Versicherten vollumfänglich zumutbar sei. Prognostisch sei davon auszugehen, dass sich das schwer ausgeprägte und mittlerweile zur Chronifizierung neigende depressive Störungsbild ein Jahr nach Einleitung der empfohlenen Therapiemassnahmen verbessert haben sollte. Es sei somit zu dem Zeitpunkt von der Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 127).

4.2 Würdigend ist festzustellen, dass das polydisziplinäre Gutachten der ABI GmbH die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 vorstehend) erfüllt. Das Gutachten ist umfassend und basiert auf Kenntnis der Vorakten sowie auf einer eingehenden internistischen, neurologischen, psychiatrischen und rheumatologischen Abklärung. Zudem enthält das Gutachten anamnestische Angaben, es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und vermittelt ein vollständiges Bild seines Gesundheitszustandes. Die Schlussfolgerungen sind zudem begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu. Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen und Einwendungen gegen das Gutachten stichhaltig sind und an dessen Beweiswert etwas zu ändern vermögen.

4.2.1 Gegen die beweisrechtliche Verwertbarkeit des Gutachtens wendet der Beschwerdeführer zunächst ein, die IV-Stelle habe ohne Begründung und somit nicht nachvollziehbar auf eine Begutachtung in der Disziplin Orthopädie verzichtet. Wie sich aus den Akten ergibt, trifft es zwar zu, dass RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, unter anderem eine Begutachtung in der Disziplin Orthopädie empfahl (vgl. IV-act. 112), stattdessen aber eine rheumatologische Begutachtung durchgeführt wurde. Der Beschwerdeführer übersieht jedoch, dass die IV-Stelle entsprechend der Empfehlung des RAD-Arzt eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie in Auftrag gab (vgl. IV-act. 113), schliesslich aber die Gutachterstelle nach Durchsicht der Akten anstelle einer orthopädischen eine rheumatologische Abklärung vorgesehen hat

(vgl. IV-act. 119; "äquivalente medizinische Indikation von Rheuma und Ortho" [vgl. IV-act. 120]). Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern – was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft – ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, wonach die Wahl der Fachrichtungen in erster Linie von den Gutachterfragen abhängt und je nach Gesundheitsschaden mehrere Fachrichtungen in Frage kommen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (BGer 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Vorliegend waren an der Erstellung des polydisziplinären Gutachtens vom 10. Juni 2021 ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein Facharzt für Neurologie, ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ein Facharzt für Rheumatologie beteiligt. Gegenstand der Rheumatologie sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates, was u.a. auch auf die Orthopädie zutrifft (BGer 9C_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5 und 8C_835/2014 vom 16. Januar 2015 E. 3.3). Die beiden medizinischen Disziplinen der Rheumatologie und Orthopädie stehen nicht etwa für unterschiedliche Konzepte, wie ein Gesundheitsschaden und dessen Folgen zu betrachten seien. Vielmehr scheint sich – im Sinne einer praktischen Aufgabenteilung – für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates der Beizug der Rheumatologie durchzusetzen, während die Orthopädie eher im Zusammenhang mit Fragen der Therapie zuständig ist (BGer 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 3.3). Insofern erscheint es nachvollziehbar, wenn die Gutachterstelle vorliegend eine rheumatologische Untersuchung anstelle einer orthopädischen durchgeführt hat. Insgesamt ist jedenfalls nicht ersichtlich, weshalb die Gutachter nicht in der Lage gewesen sein sollten, die gesundheitlichen Beschwerden und die damit einhergehende Arbeitsfähigkeit des Versicherten kompetent zu beurteilen. Im Übrigen darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Beschwerdeführer vor Durchführung der Begutachtung über die rheumatologische Abklärung anstelle der orthopädischen informiert wurde (vgl. IV-act. 119), ohne dass er daraufhin Vorbehalte oder Einwände dagegen vorgebracht bzw. die Nichtdurchführung einer orthopädischen Begutachtung moniert hätte.

Des Weiteren ist an dieser Stelle anzumerken, dass der Beschwerdeführer im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren von Kreisarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 10. November 2020 untersucht wurde und dem rheumatologischen Teilgutachter der entsprechende Kreisarztbericht, worin auf dem unfallchirurgisch-orthopädischen Fachgebiet eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ganztags

attestiert wurde (vgl. IV-act. 110 S. 4 ff.), vorlag. Darüber hinaus hatte der rheumatologische Sachverständige Kenntnis der zahlreichen in den Akten liegenden orthopädischen Berichte des Kantonsspitals F._____. Von einer unvollständigen Abklärung in orthopädischer Hinsicht kann somit keine Rede sein. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung beim behandelnden Orthopäden keine weiteren Berichte einholte, ging sie doch gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten ab Mai 2021 ohnehin von einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus, was zu einer ganzen Rente ab August 2021 führte. Daher erübrigt es sich an vorliegender Stelle auch, sich weiter mit den replicando eingereichten Berichte (Beilagen 5–9), die sich allesamt zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab Oktober 2021 äussern, auseinanderzusetzen. Im Übrigen war der Beschwerdegegnerin die Mehrheit der im vorliegenden Verfahren aufgelegten somatischen Berichte ohnehin bereits bekannt, liess der Beschwerdeführer doch bereits im Vorverfahren nach Erlass des Vorbescheids mehrmals neue Berichte zu den Akten reichen (darunter unter anderem auch der Sprechstundenbericht des Kantonsspitals F._____ vom 16. März 2021 [vgl. IV-act. 150 S. 2 f., wobei der Beschwerdeführer diesen Bericht auch bereits dem rheumatologischen Sachverständigen zur Begutachtung mitgebracht hat, dieser seine Beurteilung mithin in Kenntnis des genannten Berichts abgegeben hat] sowie die Sprechstundenberichte vom 1. Februar 2022 [IV-act. 159 S. 8 f.] und 15. März 2022 [IV-act. 164]).

4.2.2 Soweit der Beschwerdeführer für die Zeitperiode bis Mai 2021

(Explorationszeitpunkt) unter Hinweis auf echtzeitliche medizinische Akten eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit als die im ABI-Gutachten in psychiatrischer Hinsicht attestierte 50%ige geltend macht, kann ihm ebenso wenig gefolgt werden. Doktor med. G._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in dem zu Händen der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht vom 23. März 2015 (IV-act. 11 S. 7 ff.) eine mittelgradige depressive Episode und eine massive psychosoziale Belastungssituation. Dabei wies er explizit darauf hin, dass ein depressives Zustandsbild grundsätzlich behandel- und vollständig remittierbar sei. Er empfahl die Intensivierung der psychiatrischen Behandlung mit Ausbau der antidepressiven Psychopharmaka-Medikation und allenfalls eine stationär-psychiatrische Behandlung. Nach Behandlungsoptimierung erachtete er eine Zustandsverbesserung und die Wiedererlangung einer zumindest 50%igen Teilarbeitsfähigkeit mit erhöhter Wahrscheinlichkeit als möglich, auch wenn er gleichzeitig mit einem erschwerten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf rechnete, dies aber vielmehr aufgrund der massiven psychosozialen Belastungsfaktoren, welche IV-

fremd sind. Bezogen auf das zu Grunde liegende behandel- und vollständig besserbare psychische Erkrankungsbild rechnete er mit keiner bleibenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines andauernden, therapeutisch nicht beeinflussbaren psychischen Krankheitsgeschehens. Der behandelnde Psychiater med. pract. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erwartete im Mai 2015 (IV-act. 11 S. 5 f.) bei einem positiven Verlauf ebenfalls eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine rückschonende Tätigkeit. Mit Bericht vom 28. Januar 2016 (IV-act. 24) diagnostizierte er eine mittelgradige depressive Episode und gab eine mögliche Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine leichte rückschonende Tätigkeit an. Schliesslich gab auch der beratende Psychiater der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. I. _____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 20. Juli 2015 (IV-act. 31 S. 8) an, dass spätestens ab September 2015 von einem Zustand auszugehen sei, welcher eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als gerechtfertigt ausweise. Doktor G. _____ wiederum ging mit Bericht vom 26. Mai 2016 (IV-act. 37) weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Episode aus und empfahl erneut die Intensivierung der fachärztlich psychiatrischen und insbesondere auch psychopharmakologischen Behandlung und zwar im stationären Rahmen einer geeigneten Spezialklinik. Ausgehend von der weiter anzunehmenden prinzipiellen Behandel- und Besserbarkeit sollte im Rahmen eines intensivierten stationären Therapieprozesses unter optimierter antidepressiver Medikation weiterhin auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit hingearbeitet werden. In der Folge fand nicht nur keine stationäre Behandlung statt, sondern der Beschwerdeführer brach Mitte Oktober 2017 sogar die fachärztliche psychiatrische Behandlung bei med. pract. H. _____ ab, was im Verlaufsbericht vom 9. Mai 2018 (IV-act. 69) unter Hinweis auf die am 17. Oktober 2017 letztmals stattgefundene ärztliche Kontrolle explizit so bestätigt wird und auf einen geringen Leidensdruck schliessen lässt. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festgestellt hat, sind echtzeitliche psychiatrische Berichte schliesslich erst wieder ab dem 26. März 2019 aktenkundig. Ab dem 26. März bis 5. April 2019 attestiert der behandelnde Psychiater wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, während er für die Zeit vom 9. bis 30. April 2019 noch eine solche von 50 % annimmt. Als Grund hierfür gab er lediglich Krankheit an (vgl. IV-act. 88). Angesichts des soeben Ausgeführten ist mit der Beschwerdegegnerin einig zu gehen, dass es in den echtzeitlichen medizinischen Unterlagen keine rechtsgenüglichen Anhaltspunkte oder Hinweise dafür gibt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % vorgelegen haben sollte, zumal der therapeutische Rahmen nicht als ausgeschöpft bezeichnet werden kann – keine stationäre Behandlung, lediglich 2 psychiatrische

Gespräche pro Monat und schliesslich sogar kompletter Behandlungsabbruch für eine gewisse Zeit – und eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation bestand. An dieser Auffassung vermögen auch die im vorliegenden Verfahren neu aufgelegten Arztberichte (Beilage 4 zur Replik und Beilage zur Eingabe vom 29. November 2022) nichts zu ändern. Es trifft zwar zu, dass Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 7. September 2022 eine seit Mai 2015 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Wie die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 5. Januar 2023 (act. 19) jedoch zutreffend darauf hingewiesen hat, geht aus dem genannten Bericht auch hervor, dass sich der Beschwerdeführer erst seit dem 15. Dezember 2021 bei Dr. J. _____ in Behandlung befindet. Gestützt auf welchen Befund der behandelnde Psychiater eine seit Mai 2015 fortbestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit ableiten will, lässt sich dem Bericht sodann nicht entnehmen. Damit fehlt es weiterhin an echtzeitlichen Arztberichten, welche eine bereits vor Mai 2021 vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen lassen.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers trifft es im Übrigen nicht zu, dass die ABI-Gutachter ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung abgegeben hätten, ohne sich mit den echtzeitlichen psychiatrischen Akten auseinanderzusetzen. Unter Ziff. 8.5 erwähnt der psychiatrische Teilgutachter die rudimentär gefassten Arztberichte mit fehlenden psychopathologischen Befunden, welche zur retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht verwertbar seien (vgl. IV-act. 127 S. 42).

Ebenso wenig kann dem Beschwerdeführer gefolgt werden, wonach die fehlenden ärztlichen Berichte der unterbliebenen Abklärung der Beschwerdegegnerin zuzuschreiben seien. Aktenkundig ist, dass die Beschwerdegegnerin nach Eingang der IV-Anmeldung im Rahmen ihrer Abklärungspflicht auch beim behandelnden Psychiater einen Arztbericht eingeholt hat, wobei dieser mehrfach gemahnt werden musste (vgl. IV-act. 22), bevor schliesslich der Bericht vom 28. Januar 2016 (IV-act. 24) einging. Nachdem die IV-Stelle auch noch die Akten des Unfallversicherers und der Krankentaggeldversicherung eingeholt hatte, ging sie gestützt darauf in einer angepassten Tätigkeit von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Basierend darauf wurden in der Folge berufliche Eingliederungsmassnahmen geprüft und initiiert (vgl. dazu IV-act. 35 ff.). Das Belastbarkeitstraining musste schliesslich aber bereits nach wenigen Tagen per 14. Januar 2018 wieder abgebrochen werden (vgl. IV-act. 51). In der Folge aktualisierte die IV-Stelle die Akten, wobei insbesondere auch der behandelnde Psychiater aufgefordert

wurde, mit einem Verlaufsbericht über die Zeit ab Februar 2016 – der letzte Bericht des Psychiaters datierte vom 28. Januar 2016 – zu berichten (vgl. IV-act. 63). Dies tat er mit dem allerdings sehr rudimentär gehaltenen Bericht vom 9. Mai 2018 (IV-act. 69). Dabei hielt er einen stationären Gesundheitszustand ohne Änderung der Diagnose fest und verwies auf seinen letzten Bericht. Zudem gab er an, dass die letzte ärztliche Kontrolle am 17. Oktober 2017 stattgefunden und der Versicherte die Behandlung daraufhin abgebrochen habe. Daraufhin folgten wiederum berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. IV-act. 79 ff.), bevor die IV-Stelle zur Aktualisierung des Dossiers bei med. pract. H. _____ einen weiteren Verlaufsbericht für die Zeit ab Mai 2018 anforderte (vgl. IV-act. 97), der bei ihr am 17. Januar 2020 einging (vgl. IV-act. 98). Angesichts des soeben aufgezeigten Sachverhalts kann der Vorinstanz keine Verletzung ihrer Abklärungspflicht vorgeworfen werden. Indem die Beschwerdegegnerin den behandelnden Psychiater jeweils aufgefordert hat, einen Bericht zum Verlauf seit seiner letzten Berichterstattung einzureichen, kam sie ihrer Abklärungspflicht offensichtlich nach, zumal med. pract. H. _____ im Mai 2018 von einem seit seinem zuletzt ergangenen Bericht (28. Januar 2016) unveränderten Gesundheitszustand berichtete. Aufgrund dessen ist nicht erkennbar, inwiefern die IV-Stelle den psychiatrischen Gesundheitszustand noch weiter hätte abklären müssen, insbesondere da im gleichen Bericht auch von einem Behandlungsabbruch die Rede war. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann somit nicht gesagt werden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht verletzt hat.

4.2.3 Des Weiteren kann dem Beschwerdeführer auch nicht gefolgt werden, wenn er sich auf den Standpunkt stellt, RAD-Arzt Dr. D. _____ habe die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Sein Einverständnis mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht ergibt sich weder aus der Stellungnahme vom 8. September 2015 (IV-act. 14) noch aus denjenigen vom 11. Februar 2016 (IV-act. 29) und 22. März 2016 (IV-act. 35). Vielmehr bezweifelte der RAD-Arzt bereits im Rahmen seiner ersten Stellungnahme, dass eine leitliniengerechte Behandlung durchgeführt werde. Die Annahme einer de facto nicht leitliniengerechten Therapie bzw. eines nicht ausgeschöpften therapeutischen Rahmens bestätigte sich für Dr. D. _____ im Februar 2016, wobei er gleichzeitig darauf hinwies, dass auch die Diagnose der PTBS kritisch überprüft werden sollte. Schliesslich hielt er im März 2016 fest, dass – bei einem unverändert nicht ausgeschöpften therapeutischen Rahmen – die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von psychiatrischer Seite ab Anfang Januar 2016 auf 30 bis 50 % geschätzt werde, weshalb zwischenzeitlich mindestens mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 %

gerechnet werden könne. Zu guter Letzt bezeichnete Dr. D. _____ mit Stellungnahme vom 14. Dezember 2020 (IV-act. 112) die vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen und Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit als de facto nicht nachvollziehbar, sodass eine gutachterliche Abklärung notwendig wurde. Was das psychiatrische Teilgutachten anbelangt, beanstandete Dr. D. _____ schliesslich lediglich, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in einer der somatischen Problematik angepassten Tätigkeit psychiatrisch mit einer schwergradigen affektiven Störung begründet werde, wobei die Herleitung der Diagnose doch erhebliche Zweifel am Schweregrad der Störung aufkommen lasse. Daher empfahl er eine Verlaufsbeurteilung im Zeitraum eines Jahres, wobei auch eine neuropsychologische Testung vorgenommen werden sollte (vgl. IV-act. 128). Da RAD-Arzt Dr. D. _____ die volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab Mai 2021 entsprechend dem Gutachten aber schliesslich akzeptierte, ist es nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle unter diesen Umständen auf eine Ergänzung des Gutachtens bzw. eine Nachfrage beim psychiatrischen Teilgutachter verzichtet hat.

4.2.4 Ebenfalls fehlt geht der Einwand, die ABI-Gutachter würden ab Januar 2018 und nicht erst wie von der Beschwerdegegnerin angenommen ab Mai 2021 von einer dauerhaft aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ausgehen. Wie die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Vernehmlassung zutreffend darauf hingewiesen hat, äussern sich die Gutachter unter der vom Beschwerdeführer selbst zitierten Ziff. 4.6.4 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung lediglich zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die angestammte Tätigkeit. Ausführungen zur hauptsächlich interessierenden Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten folgen demgegenüber erst unter Ziff. 4.7, wobei unter Ziff. 4.7.5 explizit ausgeführt wird, dass betreffend die angepassten Tätigkeiten ab Januar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Mai 2021 eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne (vgl. IV-act. 127 S. 13). Geht die Beschwerdegegnerin ab Mai 2021 von einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes (100%ige Arbeitsunfähigkeit) aus, kann somit keine Rede davon sein, dass diese Beurteilung der gutachterlichen Einschätzung widerspreche, ist doch gutachterlich gerade ab diesem Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit ausgewiesen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers trifft es daher nicht zu, dass die Beschwerdegegnerin von der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachter abweicht und stattdessen eine eigene Einschätzung abgibt. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung widerspricht schliesslich auch nicht der Einschätzung der Suva. Es trifft zwar zu, dass die Suva ab Mitte Januar 2018 wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit annahm und dementsprechend auch Taggelder ausbezahlte (vgl. IV-

act. 59). Grund hierfür war ein am 16. Januar 2018 durchgeführter operativer Eingriff am oberen Sprunggelenk (vgl. IV-act. 56 S. 5 f.). Dabei handelte es sich jedoch lediglich um eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes von wenigen Wochen. RAD-Arzt Dr. D. _____ rechnete am 15. Februar 2018 (IV-act. 57) mit einer Rehabilitationsdauer in der Grössenordnung von sechs Wochen. Mit Bericht vom 26. Februar 2018 (IV-act. 60) war von einem regelrechten postoperativen Verlauf und der Wiederaufnahme der Arbeit in ca. zwei bis drei Wochen die Rede. Kreisarzt Dr. K. _____ erachtete den Versicherten schliesslich ab dem Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. März 2018 für leichte Tätigkeiten als ganztags (100 %) arbeitsfähig (vgl. IV-act. 61). Somit kann der Beschwerdeführer auch daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

4.2.5 Nach dem soeben Dargelegten ist festzuhalten, dass sich die Vorbringen des Beschwerdeführers insgesamt als nicht stichhaltig erwiesen haben, um die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens in Frage zu stellen. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das genannte Gutachten vom 10. Juni 2021 als beweiskräftig angesehen und darauf abgestellt hat. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten ab Januar 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, welche gemäss Dr. D. _____ im Querverlauf sogar bereits ab November 2014 besteht (vgl. IV-act. 128). Ab Mai 2021 ist schliesslich von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.3 Nachdem sich der Beschwerdeführer am 24. Juni 2015 bei der Beschwerdegegnerin zum Rentenbezug angemeldet hatte, konnte der Rentenanspruch frühestens ab 1. Dezember 2015 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). In diesem Zeitpunkt bestand eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Gemäss Art. 88a IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Abs. 2). Gemäss der Beurteilung der Gutachter ist der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der Begutachtung, also ab Mai 2021, in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig. Die ab Mai 2021 eingetretene Verschlechterung (100%ige Arbeitsunfähigkeit) ist somit nach einer dreimonatigen Wartefrist ab August 2021 zu berücksichtigen.

5. Der Beschwerdeführer beanstandet im Weiteren die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung.

5.1

5.1.1 Für die 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 dabei so konkret wie möglich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat, auszugehen ist. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

5.1.2 Das Valideneinkommen wurde von der Beschwerdegegnerin aufgrund der zuletzt bei der C. _____ AG als Schreiner innegehabten Stelle erhoben und für das Jahr 2014 auf Fr. 74'750.– (= 13 x Fr. 5'750.–) festgesetzt (vgl. IV-act. 131). Indexbereinigt auf das massgebende Jahr 2015 resultierte ein Valideneinkommen von Fr. 75'040.–. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf den Fragebogen für Arbeitgebende vom 14. September 2015, wonach der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein monatliches Einkommen von Fr. 5'750.– zzgl. eines 13. Monatslohnes in gleicher Höhe erzielt habe (vgl. IV-act. 16 S. 7). Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, er habe in der relevanten Zeitspanne infolge von Überstunden bedeutend mehr verdient. Überstundenentschädigungen gehören zum Valideneinkommen, wenn und soweit die versicherte Person effektiv weiterhin mit solchen Einkünften hätte rechnen können (BGer 9C_159/2010 vom 1. Juli 2010 E. 6.4). Aktenkundig ist, dass im Jahr 2014 im Juni und im Dezember Überstunden von einmal Fr. 1'992.85 und einmal Fr. 3'747.90 ausbezahlt wurden (vgl. IV-act. 16 S. 7). Weitere Überstundenentschädigungen können dem Lohnkonto 2014 indes nicht entnommen werden. Sodann geht aus den Akten nicht hervor, ob der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit (weiterhin) Überstunden im Wert von jährlich Fr. 5'740.75 geleistet hätte. Weitere Abklärungen diesbezüglich erübrigen sich jedoch, da selbst bei Berücksichtigung der geleisteten Überstunden kein Valideneinkommen resultiert (in casu Fr. 80'803.– [= Fr. 5'750.– x 13 + Fr. 5'740.75, indexbereinigt auf das Jahr 2015]), welches Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründen würde. Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus noch von einem höheren Valideneinkommen ausgehen möchte, kann ihm nicht gefolgt werden. Es trifft zwar zu, dass in den Lohnausweisen der Jahre 2012–2014 (Beilagen 4–6 der Beschwerde) ein Jahreslohn von durchschnittlich Fr. 84'605.– aufgeführt wird. Nicht unberücksichtigt bleiben darf jedoch, dass der IK-Auszug vom 13. Juli 2015 (IV-act. 12) abweichend davon für die genannten Jahre ein wesentlich tieferes Jahreseinkommen von durchschnittlich

Fr. 62'980.30 aufweist. So wurde von der C._____ AG als beitragspflichtiges Einkommen für das Jahr 2012 Fr. 79'291.–, für 2013 Fr. 39'068.– und für 2014 Fr. 70'582.– abgerechnet. Ein Teil der Diskrepanz lässt sich dabei dadurch erklären, dass der in den Lohnausweisen aufgeführte Bruttolohn wohl auch nicht AHV-pflichtige Kinderzulagen enthält, bezieht der Beschwerdeführer doch Kinderzulagen in der Höhe von monatlich Fr. 900.–. Familienzulagen gehören nun aber gerade nicht zum Valideneinkommen. Zum Valideneinkommen zählen nur jene Zahlungen des Arbeitgebers, auf welche paritätische Beiträge erhoben worden sind. Angesichts dessen besteht vorliegend keine Veranlassung, auf die in den Lohnausweisen aufgeführten Jahreslöhne abzustellen. Da sich, wie bereits dargelegt, selbst bei Berücksichtigung der Überstunden nichts am Rentenanspruch ändern würde, erübrigen sich schliesslich Weiterungen zu dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen Valideneinkommen. Dies insbesondere auch deshalb, weil selbst bei Heranziehung der Tabellenlöhnen kein höheres Valideneinkommen resultieren würde. Vielmehr bewegen sich die von der Suva (Fr. 73'848.–) und von der Beschwerdegegnerin (Fr. 75'040.–) angenommenen Beträge in etwa der gleichen Grössenordnung. Damit hat es sein Bewenden.

5.2 Bezüglich des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin vom Durchschnittslohn der Männer, Tabelle TA1, ganzer privater Sektor, Kompetenzniveau 1 aus. Bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von wöchentlich 41,7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung ergab sich bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 33'316.– (vgl. IV-act. 131). Der Beschwerdeführer bestreitet das gestützt auf die LSE 2014 ermittelte Invalideneinkommen grundsätzlich nicht. Er ist hingegen der Ansicht, es sei ein Leidensabzug von mindestens 15 % vorzunehmen. Begründend verweist der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang auf den Umstand, dass er auch in einer leidensangepassten Tätigkeit deutlich eingeschränkt sei. So sei er auf eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Hebe-/Tragbelastung über 10 kg gelegentlich 15 kg, ohne Zwangshaltungen, ohne Arbeiten auf Leitern/Gerüsten/Dächern und/oder auf unebenem Untergrund, ohne Schläge/Vibrationen angewiesen. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen hat, wurde den leidensbedingten Einschränkungen mit der Beschränkung des Arbeitspensum auf 50 % Rechnung getragen. Des Weiteren ist festzuhalten, dass Stellen des Kompetenzniveaus 1 grundsätzlich unbesehen von Alter, Nationalität und Dienstjahren vergeben werden. Nach dem Dargelegten erscheint die Verneinung eines leidensbedingten Abzugs rechtmässig, weshalb auch das von der Beschwerdegegnerin errechnete Invalideneinkommen von gerundet Fr. 33'316.– nicht zu beanstanden ist. Im

Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass selbst bei Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % für die Limitierungen von bestimmten Tätigkeiten – ein höherer Abzug drängt sich jedenfalls nicht auf – kein IV-Grad mit Anspruch auf eine höhere Rente resultieren würde.

5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 75'040.– und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'316.– ergibt sich ein Minderverdienst von Fr. 41'724.– und somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 56 %. Damit besteht ab 1. Dezember 2015 ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

6. Zusammenfassend ist die ab 1. Dezember 2015 bis zum Zeitpunkt der Erhöhung des Rentenanspruchs ab 1. August 2021 zugesprochene halbe Invalidenrente nicht zu beanstanden. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und sie ist vollumfänglich abzuweisen.

7. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensausgang angemessen erscheint. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 20. Februar 2023

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am