

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/80 vom 29. September 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_80

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/80 du 29 septembre 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/80 del 29 settembre 2016

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG: Rentenrevision infolge nachträglicher erheblicher Sachverhaltsänderung; erheblich verbesserter Gesundheitszustand, erhebliche Änderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. September 2016, IV 2014/80).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin am 7. Januar 2014 zu Recht im Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die Aufhebung der seit 1. Dezember 2001 ausgerichteten ganzen Rente der Invalidenversicherung verfügt hat.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zu einer Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, eine Änderung des Gesundheitszustands und der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sowie der massgebenden Vergleichseinkommen (vgl. dazu Art. 16 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.5; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 17 N 28 ff.).

E. 3

In formeller Hinsicht rügt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zu Unrecht die unzulässige Einleitung eines Rentenrevisionsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin wie nachfolgend zu zeigen sein wird.

E. 3.1

3.1.1 Es ist ihm zwar darin zuzustimmen, dass die im November 2012 von der Beschwerdegegnerin eingeleitete Überprüfung des Rentenanspruchs u.a. unter dem Titel von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 8. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; nachfolgend: SchlBest IVG) erfolgt ist. Mit dieser am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmung hatte der Gesetzgeber eine rechtliche Grundlage zur Anpassung laufender Renten geschaffen, die vor dem 1. Januar 2008 wegen "somatoformer Schmerzstörungen, Fibromyalgie und ähnlicher Sachverhalte" zugesprochen worden waren. In der Botschaft hatte der Bundesrat ausgeführt, dass eine Rente in Abweichung von Art. 17 ATSG auch dann anzupassen sei, wenn weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Verhältnisse vorliege, sofern die Überprüfung durch die IV-Stelle ergebe, dass eines der vorgenannten Beschwerdebilder vorliege und gemäss Art. 7 ATSG als überwindbar zu qualifizieren sei. Eine Herabsetzung oder Aufhebung dürfe allerdings nur nach eingehender Prüfung des Sachverhalts (vgl. dazu BGE 130 V 352) erfolgen (BBl 2010 1911; vgl. auch Amtl. Bull. SR 2010 661 ff. und Amtl. Bull. NR 2010 2116 ff.). Die Überprüfung war innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung vorzunehmen. Bei lit. a Abs. 1 SchlBest IVG handelte es sich um ein zeitlich befristetes, zusätzliches Korrekturinstrument für bestimmte formell rechtskräftige Rentenverfügungen. Die Renten sollten aufgehoben oder herabgesetzt werden können, wenn sie dieser nachträglichen Überprüfung nicht standhielten, und zwar auch dann, wenn die Voraussetzungen für eine Rentenanpassung gemäss Art. 17 ATSG nicht erfüllt waren. Es handelte sich also um eine Anpassung von Renten gestützt auf eine (auf einer Bundesgerichtspraxis beruhenden) gesetzliche Ausnahmeregelung.

3.1.2 Ebenfalls zutreffend stellt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fest, dass RAD-Arzt med. prakt. F. ___ am 29. Januar 2013 auf Anfrage der Beschwerdegegnerin feststellte, dass die rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht überwiegend mit einem Leiden gemäss lit. a Abs. 1 SchlBest IVG begründet worden sei (IV-act. 45). Diese Beurteilung des RAD-Arztes wurde nachfolgend auch von den ABI-Gutachtern bestätigt (IV-act. 51-23). Eine Rentenrevision gestützt auf die besagte Schlussbestimmung fiel damit - wie von der Beschwerdegegnerin auch angenommen - ausser Betracht.

E. 3.2

3.2.1 Die Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG stellt neben lit. a Abs. 1 SchlBest IVG ein eigenständiges Korrekturinstrument dar, um rechtskräftig zugesprochene, laufende Invalidenrenten - anders als bei lit. a Abs. 1 SchlBest IVG - einer nachträglichen Änderung des anspruchsbegründenden Sachverhalts anzupassen. Entgegen der Annahme des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers wurde vorliegend gleichzeitig auch ein Verfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durchgeführt. So fragte die Beschwerdegegnerin RAD-Arzt med. prakt. F. ___, ob neben einem Leiden gemäss lit. a Abs. 1 SchlBest IVG weitere Gesundheitsschäden/Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit verursachen würden und ob Revisionsgründe ersichtlich seien (IV-act. 45). Wie in Art. 17 Abs. 1 ATSG vorgesehen, erfolgt die Anpassung entweder auf Gesuch hin oder - wie im konkreten Fall

passiert - von Amtes wegen. Handelt der Versicherungsträger von Amtes wegen, lässt er sich von einem vorgemerkten Anpassungstermin leiten, der in der Verwaltungspraxis in einem ungefähren Abstand von drei Jahren festgelegt wird (vgl. dazu KIESER, a.a.O., Art. 17 N 45 ff.; vgl. auch Art. 87 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Unabhängig von einem solchen Termin erfolgt ferner die Abklärung, wenn der Versicherungsträger Kenntnis von allenfalls anpassungsrelevanten Änderungen des Sachverhalts erhält (vgl. dazu Art. 87 Abs. 1 lit. b IVV). Beim Beschwerdeführer war eine Rentenüberprüfung durch die Beschwerdegegnerin letztmals im Jahr 2006 erfolgt (IV-act. 30 ff.). Ein Revisionsverfahren von Amtes wegen im Jahr 2012 war damit zeitlich im Rahmen der Verwaltungspraxis sicher geboten.

3.2.2 Der Gegenstand des Beweises eines revisionsbegründenden veränderten Gesundheitszustandes oder einer veränderten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit (vgl. Erwägung 2.3) ergibt sich speziell aus den medizinischen Unterlagen ärztlicher Sachverständiger (vgl. dazu SVR 2013 IV Nr. 44 S. 216 [Urteil 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013] E. 6.1.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 30. September 2015, 8C_162/2015, E. 2.2). Es ist die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. 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 mit Hinweisen). Es gehört zu den Aufgaben des RAD, sämtliche medizinischen Berichte unabhängig ihrer Herkunft kritisch zu würdigen und bei erkanntem Abklärungsbedarf weitere Massnahmen einzuleiten. RAD-Arzt med. prakt. F.____ verneinte zwar ersichtliche Revisionsgründe, erklärte jedoch abschliessend, dass unter anderem die 10 Jahre zuvor rentenauslösende Diagnose "Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion und Störung des Sozialverhaltens" eine Überprüfung des medizinischen Sachverhalts impliziere und er eine erneute Begutachtung vorschlage. Angesichts dieser Stellungnahme sah sich die Beschwerdegegnerin nachvollziehbarerweise dazu veranlasst, den Beschwerdeführer einer Begutachtung zuzuführen, d.h. die nachfolgende Anordnung der ABI-Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin erfolgte rechtmässig. 3.2.3 Im Sozialversicherungsrecht gilt generell das Untersuchungsprinzip (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien richtig und vollständig abklären muss (THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N 3; KIESER, a.a.O., Art. 43 N 13; BGE 122 V 158 E. 1a). Die Untersuchungen sind einzustellen, wenn die Akten vollständig sind, d.h. wenn die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen, welche an die einzelnen Beweismittel zu stellen sind, erfüllt sind und eine Würdigung dieser Beweismittel mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu LOCHER, a.a.O., § 70 N. 58 f.) einen bestimmten Sachverhalt ergibt (KIESER, a.a.O., Art. 43 N 46). Nach der Rechtsprechung bedarf es zu einer überzeugenden psychiatrischen Exploration in aller Regel eines Gesprächs mit dem Patienten, ist doch gerade im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts vom 27. April 2015, 8C_721/2014, E. 7.3; vgl. auch RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345 E. 3d, U 492/00). Die Stellungnahme von med. prakt. F.____ stellte im Gegensatz zum ABI-Gutachten lediglich eine Aktenbeurteilung dar. Einen persönlichen Eindruck über den aktuellen Stand der psychischen Beschwerden im Revisionszeitpunkt machte sich erst der

psychiatrische ABI-Gutachter Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. 3.2.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin befugt war, eine Überprüfung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzunehmen.

E. 4

Zu prüfen bleibt, ob das Ergebnis der ABI-Gutachter eine Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu begründen vermag oder es sich nur um eine neue Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit handelt, welche nicht zur Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG legitimiert (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen).

4.1 Ob eine erhebliche Sachverhaltsänderung gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Änderungen des Gesundheitszustands bilden den Regelfall der Rentenanpassung. Eine solche kann in einer neuen Diagnose oder einer Verschlechterung oder Verbesserung des auf die gleiche medizinische Ursache zurückzuführenden Gesundheitsschadens bestehen. Für eine Rentenrevision müssen also neue Elemente tatsächlicher Natur vorliegen, welche nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zum damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (KIESER, a.a.O., Art. 17 N 28; SVR 2004 IV Nr. 17, I 526/02, E. 2.4). Eine Änderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit kann auch ohne Entwicklung des Gesundheitszustands eintreten. Dies verhält sich etwa so, wenn sich die betreffende Person an denselben gewöhnt oder anpasst und daraus eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit resultiert (KIESER, a.a.O., Art. 17 N 29).

4.2 Der ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 24. April 2003 (IV-act. 24 und 26) lagen im Wesentlichen das Gutachten der Medas Basel vom 16. Dezember 2002 (IV-act. 18) sowie der Austrittsbericht der Klinik Valens vom 14. September 2001 (IV-act. 5-15 ff.) zugrunde. Beide medizinischen Unterlagen führten als psychiatrische Diagnosen eine Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion bzw. gemischter affektiver Reaktion mittleren Grades sowie eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.21) auf. Die Medas-Gutachter gingen aufgrund der psychiatrischen Erkrankung des Beschwerdeführers von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 18-13). In dem von der Beschwerdegegnerin der rentenaufhebenden Verfügung vom 7. Januar 2014 (IV-act. 60) zugrunde gelegten ABI-Gutachten vom 5. Juli 2013 (IV-act. 51) wird die psychiatrische Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeit vom impulsiven Typus (akzentuierte Züge, ICD-10: Z73.1) gestellt. Daraus resultiere nur eine marginale Einschränkung qualitativer Art der Arbeitsfähigkeit, indem dem Beschwerdeführer nur noch Tätigkeiten ohne interaktiv-kommunikative Anforderungen zumutbar seien, also keine Arbeiten als Securitas oder Türsteher (IV-act. 51-11 Ziff. 4.1.5, und S. 21 Ziff. 6.2).

4.3 Nachfolgend ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer - wie von der Beschwerdegegnerin bzw. den ABI-Gutachtern vertreten - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer veränderten bzw. neuen gesundheitlichen Situation auszugehen ist, aufgrund der nur noch die beschriebene geringe qualitative, hingegen keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehen soll.

4.4 Bei der Würdigung des ABI-Gutachtens fällt ins Gewicht, dass es die formellen Kriterien an ein medizinisches Gutachten erfüllt. Es berücksichtigt insbesondere sämtliche wesentlichen Akten, erhebt eine ausführliche

Anamnese (IV-act. 51-8 f.), basiert auf eigenständigen interdisziplinären Untersuchungen, insbesondere auf einer psychiatrischen Abklärung, bzw. den gestützt darauf erhobenen Befunden sowie vorgenommenen Beurteilungen und beantwortet die gestellten Fragen anschliessend an die gutachterliche Diskussion (vgl. zum Aufbau eines Gutachtens UELI KIESER, Die rechtliche Würdigung von medizinischen Gutachten, in: René SCHAFFHAUSER/Franz SCHLAURI, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 145 f.). Dasselbe gilt grundsätzlich auch für das frühere Medas-Gutachten vom 16. Dezember 2002.

4.5 Hinsichtlich der ursprünglich diagnostizierten Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) ist festzustellen, dass der psychiatrische Gutachter des ABI, Dr. I. ____, in seinem Teilgutachten nicht eingewendet hat, die damalige Diagnose habe nicht ihre Berechtigung gehabt bzw. sei unzutreffend gewesen. Er erklärt jedoch, dass die damals als invalidisierend eingestufte Anpassungsstörung aktuell nicht mehr bestehe (vgl. IV-act. 51-11 f.).

4.5.1 Zur Begründung wird von Dr. I. ____ angeführt, dass die Diagnose einer Anpassungsstörung gemäss der ICD-10-Definition grundsätzlich nur für 6 Monate nach dem auslösenden Ereignis gestellt werden könne. Anpassungsstörungen seien gemäss ICD-10-Klassifikation vorübergehende Störungen, die in der Regel keine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würden. So könne eine Anpassungsstörung (in der Form einer längeren depressiven Reaktion [ICD-10: F43.21]) nicht länger als 2 Jahre diagnostiziert werden. Gemäss HORST DILLING/HARALD J. FREYBERGER (Hrsg.), Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (7. Aufl. Bern 2014, S. 177 f.) zeichnet sich eine längere depressive Reaktion durch einen leichten depressiven Zustand aus.

4.5.2 Laut Medas- und ABI-Gutachter wurde beim Beschwerdeführer durch die im Juni 1999 erlittene Verletzung am rechten OSG ein Anpassungsprozess ausgelöst (vgl. IV-act. 18-10, 18-26, 51-10). Bereits im Jahr 2002 diagnostizierten die Medas-Gutachter eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.21). Folglich fällt zum Zeitpunkt der revisionsweisen Rentenüberprüfung bereits durch die zeitliche Komponente die Diagnose einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) ausser Betracht.

4.6 Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, entwickelte sich nach der Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion auch keine andere arbeitsfähigkeitsrelevante Gesundheitsstörung. In Frage kämen insbesondere eine mittelgradige oder schwere depressive Episode (ICD-10: F32.1/F32.2) bzw. eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige oder schwere Episode (ICD-10: F33.1 bis F 33.3; vgl. nachfolgende Erwägung 4.7) oder eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung impulsiven Typus (ICD-10: F60.30; vgl. nachfolgende Erwägung 4.9). Leicht depressive Personen (vgl. ICD-10: F32.0 und F33.0) bleiben trotz der damit verbundenen Beschwerden, wie bedrückte Stimmung, teilweiser Verlust der Spontaneität, Schlafstörungen und Verlust des Selbstvertrauens in der Regel arbeitsfähig, sofern am Arbeitsplatz nicht besondere kreative Fähigkeit oder Flexibilität und erhöhte Anforderungen an die kognitiven Funktionen gestellt werden (vgl. dazu www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF%20Dateien/SIM%20Zumutbare%20Arbeitsaetigkeit%20Broschuere_2013_D.pdf, abgerufen am 28. Juli 2016).

4.7 Im vorliegenden Fall können - wie nachfolgend dargelegt wird - nicht einmal die Symptome für einen leichten depressiven Zustand bzw. eine leichte Depression in der erforderlichen Anzahl und Schwere mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gegeben betrachtet werden.

4.7.1 Gemäss ICD-Klassifikation psychischer Störungen (vgl. DILLING/FREYBERGER, a.a.O., S. 132 f., S. 140 f.) leidet die betroffene Person bei einer

depressiven Episode (leicht, mittelgradig oder schwer) unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit, sich zu freuen, das Interesse und die Konzentration sind beeinträchtigt. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden wie Interessenverlust oder Unfähigkeit sich zu freuen, Früherwachen, Morgentief, deutlicher psychomotorischer Hemmung, Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust (ICD-10: F32). Bezüglich der allgemeinen und spezifischen Kriterien, welche für eine depressive Episode erfüllt sein müssen, siehe die Ausführungen auf S. 133 ff. und S. 141 ff. in DILLING/FREYBERGER, a.a.O..

4.7.2 Anlässlich der psychiatrischen Exploration von Dr. I.____ vom 26. Juni 2013 wirkte der Beschwerdeführer angespannt, unterschwellig aggressiv, beherrschte sich aber im Untersuchungsgang. Er erwies sich bei klarem Bewusstsein, zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert. Der Gedankengang entfaltete sich formal geordnet und inhaltlich unauffällig. Hinweise für ein psychotisches Geschehen konnten nicht beobachtet werden, insbesondere konnten Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ich-Störung verneint werden. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis erschienen in der grobklinischen Prüfung nicht beeinträchtigt. Auch die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung waren intakt. Konzentration und Aufmerksamkeit konnte der Beschwerdeführer während der gesamten Untersuchungsdauer ohne nachzulassen aufrechterhalten. Psychomotorisch präsentierte sich der Beschwerdeführer weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeigte er sich angespannt. Ein eigentlicher bedrückter Affekt war nicht feststellbar. Es fehlten Merkmale für eine depressive Störung, wie eine vitale Traurigkeit, ein zirkadianer Rhythmus, eine akute Suizidalität oder auch eine Antriebsstörung. Das Gespräch mit dem Beschwerdeführer gestaltete sich flüssig ohne Affektinkontinenz oder affektive Blockierungen (IV-act. 51-9 f.). Die Aufzeichnungen von Dr. I.____ im psychiatrischen Teilgutachten enthalten ausserdem keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer ihm gegenüber über Symptome einer Depression geklagt hätte (vgl. dazu IV-act. 51-10 Ziff. 4.1.4 und 51-11 Ziff. 4.1.7). Vor diesem Hintergrund ist es mit Blick auf die Beschreibung der Depression in Erwägung 4.7.1 nachvollziehbar, dass der psychiatrische ABI-Gutachter nicht vom Vorliegen einer leichten Depression ausgegangen ist.

4.7.3 Der Hinweis des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auf den 1995 erlittenen, in suizidaler Absicht vorsätzlich herbeigeführten Autounfall (vgl. act. G 1, Ziff. 15) führt zu keinen anderen Erkenntnissen hinsichtlich des Vorliegens einer depressiven Störung zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Revisionsverfügung. Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2014 (act. G 7) zutreffend darauf hin, dass den ABI-Gutachtern das besagte Ereignis bekannt gewesen ist (vgl. dazu IV-act. 51-8). Offensichtlich hat ihm jedoch Dr. I.____ keine massgebende Bedeutung beigemessen, was in keiner Weise zweifelhaft erscheint. Der Autounfall, den Dr. I.____ übrigens als "etwas konstruiert wirkende Geschichte" bezeichnete (IV-act. 51-10 unten) lag im Zeitpunkt seiner Begutachtung beinahe zehn Jahre zurück und die nachfolgenden medizinischen Akten enthalten keine Hinweise darauf, dass der Autounfall oder allgemein wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder ein suizidales Verhalten als diagnostisches

Kriterium einer depressiven Episode (ICD-10: F32.0: Diagnostische Kriterien, lit. C. Ziff. 3.) für den Beschwerdeführer jemals ein massgebendes Thema gewesen wären. Wird ein solches Ereignis erst nach vielen Jahren wieder gegenüber einem Arzt erwähnt, erscheinen psychische Folgen desselben kaum wahrscheinlich. 4.8 Angesichts der Ausführungen in Erwägung 4.7 fällt die Einordnung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers unter die im Vergleich zu einer leichten Depression gravierendere mittelgradige oder schwere Depression (ICD-10: F32.1 bis F32.3 und ICD-10: F33.1 bis 33.3) ausser Betracht (vgl. dazu DILLING/FREYBERGER, a.a.O. S. 132 ff.). Die gleiche Schlussfolgerung ist zu ziehen hinsichtlich des Vorliegens einer mittelgradigen oder schweren rezidivierenden depressiven Störung (ICD F33.1 bis F33.3), denn diese Diagnosen setzen u.a. die Erfüllung der Kriterien für eine mittelgradige bzw. schwere depressive Episode (ICD-10: F32.1 bis F32.3) voraus (vgl. dazu DILLING/FREYBERGER, a.a.O. S. 140 f.), was hier nach der medizinischen Aktenlage nicht zutrifft. 4.9 Nachfolgend ist das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu prüfen. 4.9.1 In Frage kommt allenfalls eine Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus gemäss ICD-10: F60.30. Definitionsgemäss müssten die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung sowie weitere spezifische Eigenschaften oder Verhaltensweisen erfüllt sein (vgl. DILLING/FREYBERGER, a.a.O., S. 234 f., S. 241). 4.9.2 Während der Untersuchung durch den psychiatrischen ABI-Teilgutachter Dr. I. ___ präsentierte sich der Beschwerdeführer angespannt und unterschwellig aggressiv. Dr. I. ___ vermutete eine Tendenz zu impulsiven Reaktionen und stellte fest, dass beim Beschwerdeführer tatsächlich eine erhöhte Reizbarkeit, Ungeduld, Aggressivität und Impulsivität nachempfunden werden könne. Der Beschwerdeführer schilderte ihm gegenüber ebenso ein ungeduldiges und gereiztes Verhalten im familiären Umfeld (IV-act. 51-10 Ziff. 4.1.4 und 4.1.7). Auch Dr. C. ___ hatte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2012 festgehalten, dass der Beschwerdeführer unter einem starken Aggressionsverhalten leide (IV-act. 40). Das anhaltende Beschwerdebild des Beschwerdeführers in Form eines aggressiven Verhaltens ordnet Dr. I. ___ (nur) der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeit vom impulsiven Typus (akzentuierte Züge; ICD-10: Z73.1) zu. Diese Klassifizierung erscheint schlüssig und überzeugend. Für eine Persönlichkeitsstörung eines impulsiven Typus gemäss ICD-10: F60.30 fehlt es insbesondere an Hinweisen für eine schwere Störung mit deutlichen Abweichungen von den kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ("Normen") hinsichtlich Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung sowie die Art des Umganges mit anderen Menschen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen (F60 G1. Ziff. 1. bis 4.). Weiter ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen, dass die Abweichung beim Beschwerdeführer stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat (F60 G4.; DILLING/FREYBERGER, a.a.O. S. 234 ff.; IV-act. 18-23 ff.). Die Beurteilung von Dr. I. ___, dass das Beschwerdebild des Beschwerdeführers nur eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Folge hat, indem ihm Tätigkeiten mit einem hohen Mass an zwischenmenschlichen Interaktionen nicht zu empfehlen seien (IV-act. 51-11 Ziff. 4.1.5), jedoch keine Einschränkung des Arbeitsfähigkeitsgrades vorliege, ist nachvollziehbar.

E. 4.10

Zusammenfassend ist soweit festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. I. ___ in sich schlüssig und nachvollziehbar erscheint. Gestützt darauf ist seit der ursprünglichen Rentenzusprache insofern von einem erheblich verbesserten

Gesundheitszustand und einer relevanten Sachverhaltsänderung im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG auszugehen, als im Begutachtungszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weder von einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) noch von einer anderen Gesundheitsstörung mit allfälliger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (wie eine mittelgradige oder schwere Episode einer depressiven Störung [ICD-10: F32.1/F32.2] oder eine emotional instabile Persönlichkeitsänderung des impulsiven Typus (ICD-10: F60.30) ausgegangen werden kann.

E. 4.11

4.11.1 Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit der Beschwerde bzw. Beschwerdeergänzung eingereichten ärztlichen Unterlagen, insbesondere der Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik G.____ vom 6. März 2014 (act. G 5.7) sowie das Schreiben von Dr. C.____ vom 6. Dezember 2013 (act. G 1.3), vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Die besagten Unterlagen enthalten zwar weiterhin die Diagnose einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion und Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.21), vermögen aber diesbezüglich nicht zu überzeugen, denn für die gestellte Diagnose (sowie die entsprechenden Diagnosen bei chronifizierten Zuständen über zwei Jahre) fehlen die entsprechend erhobenen Befunde. 4.11.2 Das Schreiben von Dr. C.____ an das Psychiatrische Zentrum J.____ stellt keinen eigentlichen Untersuchungsbericht dar, sondern betrifft die Organisation bzw. Einleitung einer stationären psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Klinik G.____. Das Schreiben beschränkt sich auf die blosser Erwähnung der Diagnose ohne jegliche Begründung oder die Erhebung entsprechender aktueller Befunde. Der behandelnde Hausarzt verweist im Sinne einer Anamnese auf die Rentenzusprechung seit Dezember 2002, die misslungene Anbindung des Beschwerdeführers an eine psychiatrische Betreuung, die Betroffenheit der ganzen Familie von der Problematik des Beschwerdeführers, die Panik in der Familie unter dem Eindruck einer Rentenkürzung und macht schliesslich die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers deutlich. Die genannten Punkte stellen keine aktuellen medizinischen Überlegungen diagnostischer Art dar und können, soweit sie die Familie und nicht den Beschwerdeführer betreffen, ohnehin nicht als Grundlage für dessen Gesundheitszustand gelten. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass Dr. C.____ ohne kritische medizinische Hinterfragung bzw. eigene Überprüfung einfach nur die frühere Diagnose der Medas wiedergab (vgl. auch act. G 1.4). In seinem Bericht vom 24. Dezember 2012 hat Dr. C.____ ausführlicher zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Stellung genommen, hat darin jedoch ebenfalls keine depressiven Symptome oder Persönlichkeitsveränderungen beschrieben (IV-act. 40). 4.11.3 In der Psychiatrischen Klinik G.____ wurde der psychopathologische Status des Beschwerdeführers bei Eintritt und Austritt erhoben und im Austrittsbericht festgehalten. Im Gegensatz zu Dr. I.____ stellten die untersuchenden Ärzte der Psychiatrischen Klinik G.____ bei Eintritt und Austritt eine mittelgradige Konzentrations- und Gedächtnisstörung fest. Im formalen Denken war der Beschwerdeführer vorbeirend sowie eingeengt auf seine schwierige finanzielle Situation. Er zeigte weiter ein leichtes Misstrauen, jedoch keine Zwänge und keinen Wahn. Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen waren nicht eruierbar. Im Affekt gab sich der Beschwerdeführer bei Eintritt und Austritt rat- und hoffnungslos, affektarm und reduziert schwingungsfähig, dysphorisch gereizt und teils aggressiv. Bei Austritt wurde er zudem mittel- bis schwergradig deprimiert wahrgenommen. Weiter war der Beschwerdeführer

sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt im Antrieb reduziert und psychomotorisch unruhig. Die untersuchenden Ärzte stellten ausserdem einen sozialen Rückzug fest. Bei Eintritt gab der Beschwerdeführer zwar Suizidgedanken an, konnte sich jedoch von Suizidalität distanzieren. Bei Austritt wurde eine akute Suizidalität verneint. Im Rahmen der Behandlung wurden schliesslich Insuffizienzgefühle sowie Schlafstörungen festgestellt. Beim Beschwerdeführer wurde eine antidepressive medikamentöse Therapie durchgeführt, ohne eine wesentliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik zu erzielen. Seine Arbeitsfähigkeit wurde bei Austritt auf 100% geschätzt. Der von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik G. ___ bei Austritt erhobene Befund eines im Affekt mittel- bis schwergradig deprimierten Seins überzeugt nicht, da entsprechend schwerwiegende Befunde nicht erhoben wurden. Nicht nachvollziehbar bleibt aber letztlich auch die von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik G. ___ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung (vgl. dazu Erwägung 4.5). Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit oder zumindest eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit würden sodann wegen einer gegebenenfalls leichten Depression unwahrscheinlich erscheinen (vgl. Erwägung 4.6). Die von den ABI-Gutachtern für den Beschwerdeführer als zumutbar betrachteten leichten bis mittelschweren Hilfsarbeitertätigkeiten ohne zwischenmenschliche Interaktionen sollten vom Beschwerdeführer zu 100% oder zumindest im Rahmen eines nicht invalidisierenden Arbeitsfähigkeitsgrades auszuüben sein. Angesichts der vorangehenden Darlegungen erscheint die Beweiskraft des Austrittsberichts der Psychiatrischen Klinik G. ___ insgesamt ungenügend, weshalb der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden kann. Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass der Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik G. ___ nicht in Frage zu stellen vermag, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - wie im ABI-Gutachten beschrieben - seit der ursprünglichen Rentenzusprache wesentlich verbessert hat.

E. 4.12

Soweit der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einwendet, die ABI-Gutachter würden sich nicht mit der Thematik der fehlenden Behandlungswilligkeit des Beschwerdeführers aus kulturellen und familiendynamischen Gründen auseinandersetzen, würden ihm dies jedoch vorwerfen, weil er sich entgegen ärztlicher Empfehlung bereits im Jahr 2002 nicht in psychiatrische Behandlung begeben habe, ist darin kein Zusammenhang zu den vorstehenden Erwägungen hinsichtlich Diagnostik einer Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion bzw. einer depressiven Störung zu sehen. Ferner ist anzufügen, dass psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren als invaliditätsfremde Faktoren vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2011, 9C_1041/2010, E. 5.1). Die ABI-Gutachter hätten sich mithin zu dieser Thematik ohnehin nur in dem Sinne zu äussern gehabt, als es um eine Abgrenzung der invalidisierenden von den invaliditätsfremden Faktoren gegangen wäre.

E. 5

5.1 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne hohes Mass an zwischenmenschlichen Interaktionen zu 100% arbeitsfähig oder zumindest nicht in invalidisierendem Masse arbeitsunfähig ist. Es ist folglich seit der ursprünglichen Rentenzusprache von einem erheblich verbesserten psychischen Gesundheitszustand bzw. einer erheblichen Änderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit und damit von

einer relevanten Sachverhaltsänderung im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG auszugehen ist.

5.2 Die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers hat im Rahmen der Prüfung der Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG keine Relevanz. Die ursprüngliche Rentenzusprache beruhte einzig auf der psychischen und nicht auf der somatischen Gesundheitssituation des Beschwerdeführers. Der somatische Gesundheitszustand könnte mithin nur durch eine Verschlechterung eine Bedeutung für die Rente bekommen. Eine solche ist jedoch aufgrund der Akten auszuschliessen. Im Medas-Gutachten sowie im ABI-Gutachten wird einheitlich festgehalten, dass beim Beschwerdeführer insbesondere wegen einer verminderten Belastbarkeit des rechten OSG für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung sei hingegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie das Überwinden von Leitern, Treppen und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden (IV-act. 18-13 Ziff. 6.1.4, IV-act. 51-16 Ziff. 4.2.5). Die ABI-Gutachter stellen aufgrund der vorliegenden Aktenlage zutreffend fest, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht nicht wesentlich verändert habe und die aktuelle Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht seit Jahren bestätigt werde (IV-act. 51-22 Ziff. 6.3). Diese Schlussfolgerung ist von Seiten des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers unbestritten und lässt erkennen, dass sich der somatische Gesundheitszustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit der ursprünglichen Rentenzusprache nicht verschlechtert hat.

5.3 Dem Beschwerdeführer ist damit insgesamt in somatisch und psychisch leidensangepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100% zumutbar. Zumindest ist nicht von einer invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Erwägungen 4.8 bis 4.104). Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten.

E. 6

Die Beschwerdegegnerin geht hinsichtlich der 100%-igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten von der Möglichkeit der Selbsteingliederung aus.

6.1 Nach der Rechtsprechung können nach einem langjährigen Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarkts der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen. Dies ist dann der Fall, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein durch Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist allerdings auf Fälle beschränkt worden, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2015, 8C_90/2015, E. 4 mit Hinweisen). Massgebender Zeitpunkt ist das Datum der rentenaufhebenden Verfügung (BGE 141 V 5).

6.2 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (7. Januar 2014, IV-act. 60) bezog der Beschwerdeführer (erst) seit 12 Jahren eine ganze Rente (Rentenbeginn am 1. Dezember 2001, IV-act. 24). Zudem hatte der 1973 geborene Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung das 55. Altersjahr noch nicht erreicht. Dies bedeutet gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, dass die Rentenaufhebung nicht erst nach einer erwerbsbezogenen Abklärung und/oder Durchführung von Eingliederungsmassnahmen Platz greifen kann, sondern eine (sofortige) Selbsteingliederung zumutbar ist. Dafür sprechen zudem die Umstände, dass der Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere

körperliche Tätigkeiten (wieder) über eine vollständige oder höchstens kaum eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verfügt und hauptsächlich seine subjektive Krankheitsüberzeugung deren Verwertung entgegensteht. Die ABI-Gutachter hielten fest, berufliche Massnahmen könnten aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht vorgeschlagen werden (IV-act. 51-22 Ziff. 6.7). Insgesamt steht damit beim gegebenen medizinischen Zumutbarkeitsprofil der Verwertbarkeit der hierfür noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit trotz langjährigen Rentenbezugs ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen nichts entgegen (vgl. Urteil vom 15. Mai 2015, 9C_680/2014, E. 6.2.4).

E. 7

7.1 Zu bestimmen bleibt der Invaliditätsgrad im Rahmen eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG). Da für die Herabsetzung der Rente der Verfügungszeitpunkt massgebend ist, sind Einkommensentwicklungen bis zum Jahr 2014 zu berücksichtigen. 7.2 Zur Bestimmung des Valideneinkommens des Beschwerdeführers ist auf seinen bisherigen Lohn als Mitarbeiter in der Oberflächentechnik bei der B. ___ AG abzustellen, ist doch davon auszugehen, dass er diese Tätigkeit bei intakter Gesundheit nach wie vor ausüben würde. Nach Angaben der früheren Arbeitgeberin erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2001 ein Jahreseinkommen von Fr. 56'550.-- (13 x Fr. 4'350.--, IV-act. 6). Da es sich um das Einkommen aus dem Jahr 2001 handelt, haben aufgrund der Lohnentwicklung Zuschläge von 1.6%, 1.3%, 0.9%, 0.9%, 1.1%, 1.6%, 2.2%, 2.1%, 0.7%, 1.0%, 0.8%, 0.8% und 0.7% (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und Reallöhne, 1976-2015, Nominallohnindex Männer) zu erfolgen, womit für das Jahr 2014 ein Valideneinkommen von Fr. 66'091.-- resultiert. 7.3 Da der Beschwerdeführer keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss LSE zu ermitteln, und zwar anhand des über den Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Männern mit einfachen Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art erzielten Lohnes, der sich im Jahr 2012 auf Fr. 5'210.-- pro Monat belief (LSE 2012, Bundesamt für Statistik, TA1, Total, Niveau 1), woraus sich ein Jahreseinkommen von Fr. 62'520.-- ergibt. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 (2014, Total) und angepasst an die Nominallohnentwicklung 2014 (+ 0.8%, + 0.7%) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 66'158.--. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechend durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des

Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25% des Tabellenlohns zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Februar 2012, I.2010.00805, E. 6.4). Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen Abzug. Aufgrund des Krankheitsbilds des Beschwerdeführers mit einem gewissen Aggressionspotenzial dürfte es jedoch für ihn schwerer sein, auf dem Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiter eine Stelle zu finden als für eine gesunde Person, womit im Fall einer Anstellung auch mit einer Lohneinbusse zu rechnen wäre. Rechnung zu tragen ist auch der Tatsache, dass der Durchschnittslohn der Männer seit der LSE 2012 im Kompetenzniveau 1 im Verhältnis zur Nominallohnentwicklung spürbar höher ist als derjenige der Männer in der LSE 2010 im Anforderungsniveau 4. Diese Tatsache ist offenbar mit einer erhöhten Gewichtung von Schwerarbeiterlöhnen bzw. von körperlich herausfordernden Arbeiten über alle Sektoren zu begründen (vgl. in TA1 2012 die Legende zur Definition von Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1 "Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art"). Nachdem der Beschwerdeführer gerade keine körperlich schweren Arbeiten mehr ausüben kann, wäre auch dem vorgenannten Umstand bei der Festlegung des Tabellenlohnabzugs Rechnung zu tragen. Angemessen erscheint vorliegend ein Tabellenlohnabzug von 15%. 7.4 Selbst bei einer grosszügigen Zugrundelegung einer psychisch bedingt um 20% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu Erwägungen 4.6, 4.9 und 4.12.4) bliebe jedoch bei einer Gegenüberstellung von Valideneinkommen und Invalideneinkommen der Invaliditätsgrad unter den für einen Rentenanspruch vorausgesetzten 40% (nämlich bei rund 32%).

E. 8

Die Beschwerde ist mithin abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Diese ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen unter Anrechnung des von ihm bezahlten Kostenvorschusses von Fr. 600.--. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.

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