

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/86 vom 9. September 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2015\\_86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_86)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/86 du 9 septembre 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/86 del 9 settembre 2016

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Da kein rentenbegründender IV-Grad resultiert, hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. September 2016, IV 2015/86).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2015 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht. 1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). 1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### **E. 2**

2.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad festlegen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. 2.2 In somatischer Hinsicht hat der Beschwerdeführer erklärt, unter konstanten stechenden bis brennenden Schmerzen im rechten Bein zu leiden, die von der Leiste rechts in den rechten Oberschenkel ausstrahlten und die er auch im

rechten Fuss verspüre. Am Morgen verspüre er am wenigsten Beschwerden. Im Laufe des Tages nähmen die Schmerzen zu, sodass er gegen Abend nur noch mit dem Rollator spazieren gehen könne. Im letzten Jahr seien im Bereich des linken Beines ähnliche Beschwerden aufgetreten, wobei die Symptomatik im rechten Bein eindeutig im Vordergrund stehe. Der Beschwerdeführer hat ausserdem angegeben, dass er bei schnellem Gehen in der Ebene und beim Bergaufgehen unter Atemnot leide. Weder die orthopädischen Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ (Gutachten vom Februar 2012) und Dr. N.\_\_\_\_ (ABI-Gutachten vom 18. November 2014) noch der neurologische Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ (ABI-Gutachten) haben ein organisches Korrelat für die Schmerzen in den Beinen bzw. die Gangstörung gefunden. Auch die Klinik für Neurologie des KSSG und die Neurologin Dr. T.\_\_\_\_ haben keine organische Ursache der Beinschwäche und der Schmerzen im Oberschenkelbereich erheben können. Die Beinbeschwerden sind somit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf eine somatische Ursache zurückzuführen. Der Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Im Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI haben die lungenfunktionellen Befunde eine Ateminvalidität der Klasse 2 ergeben. Der pneumologische Gutachter Dr. Q.\_\_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch und in jeder vorwiegend mittelschweren bis schweren körperlichen Arbeit auf 0 % geschätzt. In körperlich vorwiegend leichten Tätigkeiten ohne Exposition mit Nässe-, Rauch- oder Kälte bestehe hingegen aus rein pneumologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Angesichts der erhobenen lungenfunktionellen Befunde und der Angaben des Beschwerdeführers, wonach er lediglich bei schnellem Gehen geradeaus oder beim Bergaufgehen unter Atemnot leide, überzeugt diese Einschätzung. Zu prüfen bleibt, ob sich die Atembeschwerden zwischen der Begutachtung (Oktober 2014) und dem Verfügungserlass (9. Februar 2015) verschlechtert haben. Die Neurologin Dr. T.\_\_\_\_ hat in ihrem Bericht vom 1. April 2015 von einer schweren COPD (Gold III) gesprochen. Sie hat zudem erklärt, dass der Beschwerdeführer im Gegensatz zur Untersuchung am Vormittag Ende Februar 2015 am 23. März 2015 an einer massiven Dyspnoe gelitten habe. Der Beschwerdeführer hat bei der Untersuchung durch Dr. T.\_\_\_\_ Ende Februar 2015 noch keine Anzeichen für eine Verschlechterung der COPD gezeigt. Da die Verfügung am 9. Februar 2015 erlassen worden ist, wäre eine allfällige Verschlechterung der COPD im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. Im Übrigen vermag die Schlussfolgerung von Dr. W.\_\_\_\_, der als Chirurg nicht über pneumologisches Fachwissen verfügt, dass der Beschwerdeführer wegen der COPD auch in jeder körperlich leichten Tätigkeit voll arbeitsunfähig sei, weil er an einem Nachmittag Atemprobleme beim Ausfüllen eines Tests gehabt habe, nicht zu überzeugen. Es kann sich hierbei nämlich auch um eine vom ABI-Gutachter umschriebene, vorübergehende COPD-Exacerbation gehandelt haben. Der neurologische ABI-Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ hat als Folge des Alkoholabusus eine leichte Polyneuropathie festgestellt, welche sich in geminderten ASR (Achillessehnenreflex) und einer Pallhypästhesie (Verminderung des Vibrationsempfindens) manifestiere. Dr. O.\_\_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht wegen einer verminderten Leistungsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht auf 80 % geschätzt. Im Gegensatz zu Dr. O.\_\_\_\_ hat Dr. T.\_\_\_\_ bei ihrem neurologischen und elektrodiagnostischen Untersuchung vom 26. Februar 2015 keine Hinweise für eine Polyneuropathie gefunden. Sie hat erklärt, dass die neurologische Untersuchung einige Diskrepanzen gezeigt habe, die auf eine nichtorganische Ursache der Problematik hindeuteten. Diese Beurteilung wird durch den Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 24. November 2011 gestützt. Die

Untersuchungen hatten damals weder klinisch-neurologisch noch elektrophysiologisch Hinweise auf eine Neuropathie der zum rechten Bein führenden Nerven ergeben. Zwar ist der Bericht des KSSG im Verfügungszeitpunkt bereits über drei Jahre alt gewesen. Die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers haben aber bereits damals bestanden. Demzufolge ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht an einer Polyneuropathie leidet. Dr. O.\_\_\_\_ und der Neuropsychologe lic. phil. P.\_\_\_\_ haben sodann angegeben, dass leichte kognitive Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussten. Dr. T.\_\_\_\_ hat am 23. März 2015 eine kurze neuropsychologische Screening-Untersuchung durchgeführt und erklärt, dass die Untersuchung, ausser einer massiven Atemnot, die die Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt habe, keine relevanten Auffälligkeiten/Pathologien gezeigt habe. Lic. phil. P.\_\_\_\_ hat im Gutachten ausgeführt, dass das Testprofil wegen des aktiven Substanzgebrauchs (der Beschwerdeführer hatte am Morgen vor der neuropsychologischen Untersuchung 30 Tropfen Tramal eingenommen und es sei ein leichter Foetor alcoholicus wahrnehmbar gewesen, siehe S. 26 des Gutachtens) als nicht valide angesehen werden müsse. Die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht könne daher nicht abschliessend beurteilt werden. Dass die Gutachter trotzdem eine leichte kognitive Beeinträchtigung diagnostiziert haben, leuchtet nicht ein. Hinzu kommt, dass diese Diagnose gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10 (F06.7) nur in Verbindung mit einer körperlichen Krankheit gestellt und bei Vorliegen einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung aus dem Abschnitt F10-F99 nicht verwendet werden sollte. Im vorliegenden Fall hat der psychiatrische ABI-Gutachter jedoch eine chronische Schmerzstörung (F45.41) diagnostiziert. Somit überzeugt auch die von den ABI-Gutachtern gestellte Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung nicht. Mit Dr. T.\_\_\_\_ ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht an kognitiven Beeinträchtigungen leidet. Da der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder an einer Polyneuropathie noch an kognitiven Beeinträchtigungen leidet, kann aus neurologischer Sicht nicht von einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden.

2.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer wegen der COPD in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ungelernter Koch zu 100 % arbeitsunfähig ist. In einer körperlich vorwiegend leichten Arbeit ohne Rauch-, Kälte- und Nässeexposition besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, hätte der Beschwerdeführer auch keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn mit den ABI-Gutachtern von einer 20 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ausgegangen würde.

2.4 In psychiatrischer Hinsicht hat der ABI-Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ eine Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (F10.25), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit einer funktionellen Gangstörung (R26.8) diagnostiziert. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung führt eine Alkoholabhängigkeit als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wird im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Oktober 2015, 8C\_582/2015 E. 2.2.1). Dr. M.\_\_\_\_ hat der Alkoholabhängigkeit an sich daher zu Recht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie, hat in seinem Bericht vom 28. April 2015 als vorläufige Diagnose eine dissoziative Bewegungsstörung (F44.4) (und einen schädlichen Gebrauch von Alkohol) angegeben. Dr. M.\_\_\_\_ und RAD-Arzt Dr. R.\_\_\_\_ haben erklärt, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unerheblich sei, ob die geklagten Gangstörungen nun im Rahmen einer Symptomverdeutlichung bei einer Schmerzstörung oder als eigenständige dissoziative Störung klassifiziert würden (S. 16 des Gutachtens und RAD-Stellungnahme vom 13. Oktober 2015). Diese Einschätzung leuchtet ein, da nicht die Diagnose an sich, sondern die Befunde und funktionellen Einschränkungen für die Arbeitsfähigkeitsschätzung entscheidend sind. Es kann somit offengelassen werden, ob der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzstörung oder an einer dissoziativen Bewegungsstörung leidet.

2.4.1 Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das ABI-Gutachten mit Bezug auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine schlüssige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit im Lichte der neuen Rechtsprechung erlaubt.

2.4.2 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:

1. Funktioneller Schweregrad: - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; - Behandlungserfolg oder -resistenz; - Komorbiditäten; - "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen); - sozialer Kontext.
2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens): - Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen); - Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen; - Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Der Beschwerdeführer hat anlässlich der ABI-Begutachtung über Schmerzen in den Beinen und Mühe beim Gehen geklagt. Psychisch gehe es ihm gut. Der Beschwerdeführer hat erklärt, dass er am Morgen – nach der Einnahme von 30 Tropfen Tamal – relativ beschwerdefrei gehen könne. Seinen Tagesablauf hat er wie folgt geschildert: Er gehe um 23 Uhr ins Bett und stehe um 7:30 Uhr auf. In der Regel könne er gut schlafen. Nach dem Frühstück mache er einen zirka einstündigen Spaziergang mit den Hunden und erledige die Einkäufe. Er koche leidenschaftlich gerne. Vor allem am Wochenende nehme er sich Zeit, ein gutes Essen zu kochen. Auch nachmittags sei er mit den Hunden unterwegs. Wegen seiner Beinbeschwerden lege er sich am Nachmittag hin. Zudem fische er regelmässig. Mit

seinem Leben sei er zufrieden. Der Beschwerdeführer gestaltet seinen Tagesablauf also sehr aktiv. Mit Ausnahme des Umstandes, dass er sich am Nachmittag jeweils eine Zeitlang hinlegt, ist nicht ersichtlich, dass ihn die Gehstörung im Alltag wesentlich beeinträchtigen würde. Insbesondere fällt auf, dass der Beschwerdeführer trotz der Gehstörung jeden Tag längere Spaziergänge unternimmt und Haushaltsaufgaben erledigt (Einkäufe, Kochen). Die Ausprägung der geltend gemachten Gangstörung ist daher nicht als erheblich einzustufen. Der orthopädische ABI-Gutachter Dr. N. \_\_\_ hat erklärt, dass das vom Beschwerdeführer demonstrierte Gangbild inkonstant gewesen sei (S. 21 des Gutachtens). Der psychiatrische Gutachter hat von einer Symptomverdeutlichung gesprochen. Bereits das Spital D. \_\_\_ hatte in seinem Bericht vom 15. April 2011 angegeben, dass die sensomotorischen Defizite nicht aufgetreten seien, wenn der Beschwerdeführer abgelenkt worden sei. Es bestehen somit Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor. Die Ärzte haben auch keine relevante psychische Komorbidität ausmachen können. Der Beschwerdeführer hat bis zum Verfügungserlass nie eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung absolviert. Die Behandlung bei Dr. B. \_\_\_ im Jahr 2011 sei auf Anraten des KSSG erfolgt und lediglich vorübergehend gewesen. Dr. M. \_\_\_ hat angegeben, dass das Scheitern aller therapeutischer Bemühungen im Wesentlichen damit zusammenhänge, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Auch fänden sich keine schweren, lebensgeschichtlichen Belastungen. Dr. M. \_\_\_ hat ausserdem keine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren können, da eine solche sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die sozialen Beziehungen ab Eintritt ins Erwachsenenalter massiv beeinträchtigt hätte. Der Beschwerdeführer habe jedoch erst infolge der Scheidung und der massiven Alkoholabhängigkeit Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen bekommen. Zudem lebe er seit fünf Jahren mit seiner Partnerin zusammen, mit der er sich sehr gut verstehe (S. 17 des Gutachtens). Der Beschwerdeführer kann sich aufgrund der Beinstörung allenfalls eine einstündige sitzende Tätigkeit pro Tag vorstellen. Diese Einschätzung steht in Widerspruch zu seinem aktiven Tagesablauf. Eine Gangstörung schränkt eine Person beim Gehen und nicht beim Sitzen ein. Deshalb fehlt der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (sitzende Tätigkeit eine Stunde pro Tag) offensichtlich jede Objektivität. Insgesamt überzeugt die Einschätzung von Dr. M. \_\_\_, dass es dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden kann, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, auch unter Berücksichtigung der gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung relevanten Indikatoren. Der Beschwerdeführer leidet also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht an einer die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden somatoformen Störung.

2.4.3 Dr. J. \_\_\_ hat in seinem Bericht vom 17. August 2012 unter anderem angegeben, dass der Beschwerdeführer an einem larvierten (sich über den Körper zeigenden) mittelgradigen depressiven Zustandsbild leide. Es handle sich hierbei um eine Hilflosigkeit, die sich über den Körper ausdrücke. Dr. M. \_\_\_ hat hierzu ausgeführt, dass ihm diese Diagnose weit hergeholt scheine. Das Konzept der larvierten Depression sei überholt und habe bei der ICD-10 keinen Einzug gefunden. Da keine Depression vorhanden sei, könne eine Konversionsstörung nicht als Folge einer larvierten Depression angesehen werden. Zudem fehlten Hinweise auf unbewusste Konflikte, die sich im Symptom einer Konversionsstörung Geltung verschafft hätten. Die von Dr. M. \_\_\_ angeführten Argumente

überzeugen, zumal auch Dr. H.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung im Februar 2012 keine depressiven Symptome erhoben hat. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht an einem larvierten mittelgradigen depressiven Zustandsbild leidet.

2.4.4 Dr. M.\_\_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht folgerichtig auf 100 % geschätzt. Sie überzeugt, da keine psychiatrischen Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ stimmt auch mit jener von Dr. H.\_\_\_\_ im Gutachten vom Februar 2012 überein, welcher keine Anhaltspunkte für ein psychiatrisches Leiden von Krankheitswert gefunden und eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert hatte.

2.4.5 Zum Arbeitsversuch des Beschwerdeführers ist folgendes anzumerken: Einerseits hat es sich, worauf der RAD-Arzt zu Recht hingewiesen hat, zumindest bei der Tätigkeit in der Baulattenmalerei nicht um eine adaptierte Tätigkeit gehandelt. Andererseits sind bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung lediglich diejenigen Einschränkungen zu berücksichtigen, die objektivierbar sind. Die Beinbeschwerden, die den Beschwerdeführer subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit am meisten beeinträchtigen, sind dies gerade nicht. Daher ist die vom Beschwerdeführer gezeigte Leistung im Rahmen des Arbeitsversuchs nicht geeignet, etwas über seine objektive Arbeitsfähigkeit auszusagen.

2.4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ungelernter Koch aus somatischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit hat aber nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden.

### **E. 3**

3.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat sich im Juli 2011 zum Leistungsbezug angemeldet. Er hätte somit gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Januar 2012 Anspruch auf eine IV-Rente. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Aushilfskoch kann er gesundheitsbedingt nicht mehr ausüben. Die Tätigkeit als Aushilfskoch hat der Beschwerdeführer in einem unregelmässigen Pensum (50-100 %) verrichtet. Der Stundenlohn (inkl. 13. Monatslohn, ohne Ferien- und Feiertagsentschädigung) hat Fr. 24.02 betragen. Die ehemalige Arbeitgeberin hat im Juni 2012 mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer heute ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem 100 %-Pensum einen Bruttolohn von Fr. 4'172.-- verdienen würde. Unter Berücksichtigung eines 13. Monatslohnes hätte das Jahreseinkommen 2012 somit Fr. 54'236.-- betragen. Ein Hilfsarbeiter hat im selben Jahr, aufgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, durchschnittlich Fr. 61'910.-- verdient (Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Der Beschwerdeführer hat an seinem letzten Arbeitsplatz somit ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt. Es ist davon auszugehen, dass er nicht freiwillig zu einem unterdurchschnittlichen Lohn gearbeitet hat, sondern aufgrund der Wirtschaftslage keine besser bezahlte Arbeitsstelle gefunden hat. Dem Valideneinkommen ist daher nicht das zuletzt erzielte, unterdurchschnittliche Erwerbseinkommen als Aushilfskoch zugrunde zu legen, sondern der Lohn, den der Beschwerdeführer bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage hätte erzielen können, nämlich der durchschnittliche Lohn eines Hilfsarbeiters. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt, weshalb als Invalidenkarriere ebenfalls nur eine Hilfsarbeit in Frage kommt. Da das Validen- und das Invalideneinkommen anhand des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters zu ermitteln sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung, da der Invaliditätsgrad in solchen

Fällen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn entspricht (sog. Prozentvergleich; vgl. etwa BGE 114 V 310 E. 3a). Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 0 % beträgt der IV-Grad ebenfalls 0 %. Würde auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI abgestellt und von einer 20 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen und zudem ein 10 %iger Tabellenlohnabzug gewährt, würde mit 28 % immer noch kein rentenauslösender IV-Grad resultieren ( $20 \% + [80 \% \times 0.1]$ ). 3.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 4**

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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang 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; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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