

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/179 vom 27. August 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_179

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/179 du 27 août 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/179 del 27 agosto 2018

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung der Gutachten und der Berichte der behandelnden Ärzte. Begriff der Arbeitsfähigkeit. Objektivierbarkeit des Leidensdrucks bzw. der empfundenen Schmerzen. Aggravation. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. August 2018, IV 2016/179). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_695/2018.

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Beschwerdeführer hat sich erstmals im März 2006 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Sein Rentengesuch war am 24. Mai 2007 bei einem IV-Grad von 0 % abgewiesen worden. Bei der Anmeldung vom Mai 2010 handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanmeldung. 1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Beschwerdeführer hat auch bei der zweiten Anmeldung als Anmeldegrund das Augenleiden angegeben. Während die Ärzte der Augenklinik des KSSG im März 2006, also Rahmen des ersten Verwaltungsverfahrens, noch angegeben hatten, dass in der angestammten Tätigkeit keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe, haben sie im September/Oktober 2010, d.h. nach dem Eingang der zweiten IV-Anmeldung, erklärt, dass sich der Gesundheitszustand zwischenzeitlich verschlechtert habe. Die angestammte Tätigkeit als Industriemitarbeiter haben sie als nicht mehr zumutbar erachtet. Bezüglich adaptierter Tätigkeiten hat die Assistenzärztin Dr. F.____anlässlich eines Telefonats mit der RAD-Ärztin angegeben, dass aus augenärztlicher Sicht nichts gegen eine 50 %ige Arbeitstätigkeit an einem adaptierten Arbeitsplatz spreche. Zwar hat sich die Diagnose seit der ersten Anmeldung nicht geändert. Allerdings sind die Fachärzte derselben Klinik zum Schluss gekommen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verschlechtert hätten. Damit hat der Beschwerdeführer eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, namentlich der Augenproblematik, seit der rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs im Mai 2007 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten. 1.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2016 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings das Rentengesuch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 36 % abgewiesen. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Rentenabweisung zu Recht erfolgt ist.

E. 2

2.1 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG 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). 2.2 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität 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. 3

3.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. 3.2 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere das ABI-Gutachten vom 22. Juni 2011 (IV-act. 83), das Gutachten der Augenklinik des USZ vom 13. Juli 2014 (IV-act. 187), die zwei Berichte des RAD-Arztes Dr. P.____ vom 15. April 2015 (IV-act. 198, 200), der Bericht von Dr. O.____ vom 15. August 2015 (IV-act. 207), der Bericht des Hausarztes Dr. K.____ vom 13. November 2016 (act. G 11.1.3) und der Bericht von Dr. V.____ von der Augenklinik des KSSG vom 26. November 2016 (act. G 11.1.2) bei den Akten. 3.3 In somatischer Hinsicht sind die Diagnosen grundsätzlich unbestritten. Strittig ist demgegenüber, welchen Einfluss sie auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. 3.4 Zunächst ist auf den Einwand der Rechtsvertreterin, auf die Berichte von RAD-Arzt Dr. P.____ könne bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil sie veraltet seien, einzugehen. Die Rechtsvertreterin hat geltend gemacht, dass sich der Gesundheitszustand zwischen der zweiten RAD-Untersuchung im Februar 2015 und dem Verfügungserlass im April 2016 weiter verschlechtert habe. Diese Behauptung ist jedoch durch nichts belegt: Im Gegenteil hat Dr. K.____ in seinem Bericht vom 13. November 2016 ausgeführt, dass die pulmonale Situation zwischen Februar 2015 und April 2016 etwa gleich geblieben sei oder sich sogar minim verbessert habe. Der Augenarzt Dr. I.____ hat am 26. Oktober 2016 berichtet, dass die Beschwerden subjektiv stetig etwas mehr geworden seien, eine Objektivierung der Verschlechterung jedoch sehr schwierig sei. Und Dr. V.____ von der Augenklinik des KSSG hat am 28. November 2016 erklärt, dass sich die Situation bezüglich der Augen im Vergleich zum Februar 2015 nicht deutlich verändert habe. Insgesamt muss also davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand zwischen Februar 2015 und April 2016 aus objektiver Sicht nicht wesentlich verschlechtert hat. Die Argumentation der Rechtsvertreterin ist somit nicht stichhaltig. 3.5 Die pulmonale Sarkoidose ist zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI im Mai 2011 seit Jahren klinisch asymptomatisch gewesen. Der Beschwerdeführer hat zum damaligen Zeitpunkt auch nicht über eine Atemdyspnoe geklagt. Zwar ist einem Bericht des Pneumologen Dr.

J. ___ vom 26. Juni 2003 zu entnehmen (IV-act. 9-14 f.), dass der Beschwerdeführer bereits früher über eine zunehmende Anstrengungsdyspnoe geklagt hatte. Dr. J. ___ hatte damals jedoch erklärt, dass diese Dyspnoe durch die Sarkoidoseerkrankung nicht erklärt werden könne. Als Ursache hatte er eine Dekonditionierung, ein fehlendes Stehvermögen und "wohl auch" eine etwas fehlende Motivation gesehen. Entgegen der Behauptung des RAD-Arztes Dr. P. ___ erstaunt es daher nicht bzw. ist es im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung im Mai 2011 nicht angezeigt gewesen, eine pneumologische Beurteilung durchzuführen. Aus pneumologischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Maschinenbediener/Kettenkontrolleur im Mai 2011 in seiner Arbeitsfähigkeit also (noch) nicht eingeschränkt gewesen. Die pulmonale Situation hat sich im Jahr 2012 verschlechtert. Dr. J. ___ hat in einem Bericht vom 10. Juli 2012 (IV-act. 127) festgehalten, dass klinisch, radiologisch und lungenfunktionell von einer erheblichen Progredienz der Sarkoidose ausgegangen werden müsse. Ergospirometrisch hat die vom Beschwerdeführer angegebene Dyspnoe allerdings kein Korrelat gefunden. Dr. M. ___ von der Pneumologie des KSSG hat in ihrem Bericht vom 21. November 2012 von einer kombinierten Ventilationsstörung mit einer mittelschweren Obstruktion und einer leichten Restriktion sowie von einer schweren Diffusionsstörung gesprochen (IV-act. 144). Die Befunde führten bei Belastung zu Atemnot. Dr. N. ___ von derselben Klinik hat am 7. Mai 2013 erklärt, dass es zu einer leichten Verbesserung der Lungenfunktion gekommen sei (IV-act. 157-1 ff.). Sie hat allerdings auch angemerkt, dass die Werte kooperationsbedingt möglicherweise ein bisschen unterschätzt würden. Dr. P. ___ hat anlässlich der ersten RAD-Untersuchung im Juni 2013 eine aktuell leichte restriktive und diskrete obstruktive Ventilationsstörung festgestellt. Die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit hat er dadurch jedoch nicht als eingeschränkt erachtet. Entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin verfügt Dr. P. ___ über einen Facharztstitel in der Fachrichtung Pneumologie. Er hat also die notwendige medizinische Ausbildung, um die Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht einschätzen zu können. Im Februar 2015 hat Dr. T. ___ von der Klinik für Pneumologie des KSSG ausgeführt, dass den subjektiv ausgeprägten Dyspnoebeschwerden bereits bei sehr leichter körperlicher Anstrengung relativ gute objektive Befunde gegenüberstünden. Zurzeit liege eine mittlere bis leichte Einschränkung der Lungenfunktion vor. Die Werte seien im längerfristigen Verlauf kontinuierlich besser geworden und hätten aktuell das Niveau von 2007 erreicht. Angesichts dieses fachärztlichen Berichts ist nicht verständlich, dass RAD-Arzt Dr. P. ___ in seinem zweiten Bericht vom 15. April 2015 betreffend die Untersuchung vom 19. Februar 2015 von einer leichten Zunahme der restriktiven Ventilationsstörung (auf ein etwa beginnend mittelgradiges Niveau bei persistierender leichter obstruktiver Ventilationsstörung) gesprochen hat. Allerdings ist dies nicht weiter relevant, da Dr. P. ___ eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit weiterhin als ganztägig zumutbar erachtet hat. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die pulmonale Situation zwischen 2012 und 2015 vorübergehend verschlechtert hat. Dr. M. ___ von der Pneumologie des KSSG ist im November 2012 sogar davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer derzeit keiner Arbeitstätigkeit nachgehen könne. Aus den Akten ist allerdings auch ersichtlich, dass der Beschwerdeführer bei den Lungenfunktionstests jeweils schlecht kooperiert (siehe z.B. IV-act. 157, 198-22) und subjektiv – trotz der verbesserten objektiven Befunde – nie eine Verbesserung der Belastbarkeit wahrgenommen hat. Bei der RAD-Untersuchung vom 19. Juni 2013 haben sich zudem Hinweise für ein aggravatorisches Verhalten ergeben. So hat der Beschwerdeführer beispielsweise den Weg von den Abklärungsräumlichkeiten zur Bushaltestelle, um gemeinsam zur Durchführung

der Lungenfunktionsprüfung ins KSSG zu fahren, in einem demonstrativ langsamen Gehtempo zurückgelegt und sich auf dem Weg von der Bushaltestelle zum Spitalgebäude dreimal am Strassenrand niedergesetzt und dabei hyperventiliert (IV-act. 198-21). Ob die pulmonale Verschlechterung zwischenzeitlich auch einen quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hat, kann jedoch offengelassen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit vermag nämlich so lange keine Invalidität zu begründen, als die andauernde medizinische Behandlung noch eingliederungsrelevant ist, d.h. wenn nach Abschluss der therapeutischen Massnahmen eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist (Art. 16 ATSG, Art. 7 Abs. 1 ATSG, Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Dies ist vorliegend offensichtlich der Fall gewesen, da unter den therapeutischen Massnahmen tatsächlich eine Verbesserung eingetreten ist. Demnach steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Lungensarkoidose bzw. die kombinierte Ventilationsstörung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbediener/Kettenkontrolleur, einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit, nicht einschränkt.

3.6 RAD-Dr. P.____ hat in seinem Bericht vom 15. April 2015 betreffend die Untersuchung vom 19. Juni 2013 angegeben, dass sich der steroidinduzierte Diabetes mellitus in guter Kontrolle befinde und die Leistungsfähigkeit nicht weiter schmälern sollte. Auch Dr. W.____ von der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG hat in seinem Bericht vom 26. September 2014 von einem stabilen Verlauf gesprochen (IV-act. 195-5 f.). Er hat zudem darauf hingewiesen, dass für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nur die Beurteilung der Pneumologie und der Augenklinik massgeblich seien, da ein Diabetes mellitus an sich nie einen IV-Berentungsgrund darstelle. Trotzdem hat Dr. P.____ dem steroidinduzierten Diabetes mellitus insoweit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen, als er in seinem zweiten Bericht vom 15. April 2015 betreffend die Untersuchung vom 19. Februar 2015 unter anderem auch wegen des Diabetes mit Insulinbehandlung verlängerte und vermehrte Pausen als notwendig erachtet hat. Der Beschwerdeführer muss den Blutzucker gemäss seinem Hausarzt Dr. K.____ drei Mal (pro Tag) messen. Die erste Blutzuckerkontrolle und Insulinapplikation erfolgt noch vor dem Frühstück. Die zweite Kontrolle (wohl mit anschliessender Insulinapplikation) fällt in die Mittagszeit, d.h. die Mittagspause kann hierfür genutzt werden (IV-act. 198-6). Die dritte Messung und Insulinapplikation müsste am Abend (nach der Arbeit) stattfinden. Es sollte also möglich sein, alle drei Messungen und Insulinapplikationen ausserhalb der Arbeitszeit durchzuführen. Wegen des Diabetes mellitus besteht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein erhöhter Pausenbedarf. Damit steht auch fest, dass nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD-Arztes Dr. P.____ (30 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit) abgestellt werden kann.

3.7 Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, welches zumindest teilursächlich für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Müdigkeit gewesen ist, ist gemäss den behandelnden Ärzten durch das CPAP-Gerät gut behandelt. RAD-Arzt Dr. P.____ hat ihm daher zu Recht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen.

3.8 Das Hauptleiden des Beschwerdeführers ist die schwere Benetzungsstörung beider Augen. Die Diagnose selbst ist unter den Fachärzten grundsätzlich unbestritten. Bereits die ophthalmologische Gutachterin des ABI, Dr. H.____, hatte eine schwere Belpharokonjunktivitis sicca beidseits diagnostiziert und war von erheblichen Symptomen wie Augenschmerzen, Augenbrennen, vermehrter Blendungsempfindlichkeit und Tränen ausgegangen. Eine Funktionseinbusse des Auges hatte sie hingegen nicht festgestellt. Sie hatte dem Beschwerdeführer eine 10 %ige

Leistungseinbusse in der angestammten wie auch in adaptierten Tätigkeiten attestiert. Die 10 %ige Leistungseinbusse ist dadurch erklärbar, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben praktisch alle 10 Minuten Augentropfen applizieren muss (IV-act. 83-9). Die RAD-Ärztin Dr. G. ___ hat kritisiert, dass Dr. H. ___ die organisch erklärbaren Schmerzen in ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt habe. Obwohl Dr. H. ___ auf Rückfrage hin an ihrer Beurteilung festgehalten hat, hat die RAD-Ärztin die Arbeitsunfähigkeit wegen des Augenleidens eigenmächtig auf 20 % festgelegt. Dieses Vorgehen ist nicht nachvollziehbar, zumal die RAD-Ärztin als Praktische Ärztin FMH weder über eine ophthalmologische Facharztausbildung verfügt noch den Beschwerdeführer selber je untersucht hat. Selbst die behandelnden Augenärzte des KSSG haben sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in anderen Tätigkeiten zum damaligen Zeitpunkt nicht konkret äussern wollen (Bericht vom 14. September 2011). Sie haben darauf hingewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit sehr schwer einzuschätzen sei, da die Wahrnehmung der Beschwerden subjektiv sei. Sie haben lediglich bestätigt, dass insoweit eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, als der Beschwerdeführer alle 10 Minuten Augentropfen applizieren müsse. Bis zum Gutachtenszeitpunkt ist daher – mit Bezug auf adaptierte Tätigkeiten – auf die Beurteilung der ABI-Gutachterin abzustellen und von einer 10 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Im Mai und Oktober 2014 ist der Beschwerdeführer erneut ophthalmologisch begutachtet worden. Die Gutachter der Augenklinik des USZ haben die bisherige Tätigkeit als Maschinenbediener als nicht mehr zumutbar erachtet, da diese bei niedriger Luftfeuchtigkeit hohe Anforderungen an die visuelle Konzentration stelle. Die angestammte Tätigkeit ist wohl auch deshalb nicht optimal adaptiert, weil der Beschwerdeführer für die Applikation der Augentropfen immer wieder die Handschuhe und die Nasenmaske ausziehen müsste und wohl auch die Hygienebedingungen für die Applikation der Augentropfen am letzten Arbeitsplatz nicht als ausreichend bezeichnet werden können. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit haben die Gutachter des USZ erklärt, dass sicher eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden sei. Sie sind jedoch zum Schluss gelangt, dass der Grad der Arbeitsfähigkeit nur anhand eines Arbeitsversuchs ermittelt werden könne. Das heisst, selbst die Gutachter des USZ haben sich nicht in der Lage gefühlt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus ophthalmologischer Sicht medizinisch-theoretisch zu bestimmen. Für die Arbeitsfähigkeit ist jedoch nicht ausschlaggebend, zu welcher Arbeitsleistung sich eine versicherte Person subjektiv noch in der Lage fühlt, sondern einzig, welche Arbeitsleistung ihr aus objektiver Sicht noch zumutbar ist. Gerade im vorliegenden Fall würde ein Arbeitsversuch keine objektiven Erkenntnisse bezüglich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liefern, da die USZ-Gutachter festgestellt haben, dass die beschriebenen stärksten Schmerzen nicht allein durch die Befeuchtungsproblematik erklärt werden können. Dr. V. ___ von der Augenklinik des KSSG ist jedoch gerade hiervon ausgegangen (s. Bericht vom 28. November 2016), weshalb seine Einschätzung, dass ein Arbeitspensum von über 50 % absolut unrealistisch erscheine, nicht überzeugt. Dasselbe gilt für die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K. ___ vom 13. November 2016 (Arbeitsunfähigkeit von 60 %), da dessen Einschätzung hauptsächlich auf jener von Dr. V. ___ basiert und er darüber hinaus über kein ophthalmologisches Fachwissen verfügt, welches in einem komplexen Fall wie dem vorliegenden zwingend notwendig ist, um die Arbeitsfähigkeit einschätzen zu können. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an Augenbeschwerden leidet. Für die Arbeitsfähigkeit entscheidend ist, ob es dem Beschwerdeführer zumutbar ist,

trotz der empfundenen Augenbeschwerden einer (ganzen oder teilweisen) Arbeitstätigkeit nachzugehen. Ob dies der Fall ist, hängt vom tatsächlichen Leidensdruck bzw. dem tatsächlichen Ausmass der Beschwerden ab. Da das Ausmass der Beschwerden medizinisch nicht objektivierbar ist, könnten einzig die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zum Ausmass seiner Beschwerden Auskunft geben. Das Problem hierbei ist, dass in den Akten klare Hinweise auf eine Aggravation, das heisst auf eine Übertreibung der Krankheitssymptome respektive der Schmerzen, bestehen. So hat der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Untersuchung durch die Augenklinik des USZ am 31. Oktober 2014 trotz der Abgabe von anästhetisierenden Augentropfen, die zu einer lokalisierten Unempfindlichkeit der Augen führen, keine Schmerzreduktion bzw. Beschwerdefreiheit angegeben. Erst nach wiederholtem und sehr suggestivem Nachfragen der Gutachter habe er erklärt, dass die Schmerzen nun allenfalls besser geworden seien. Des Weiteren hat er erst, als die Fahreignung thematisiert worden ist, angesprochen, dass die Beschwerden nicht immer gleich seien. Gemäss den Gutachtern wäre die Fahreignung nicht länger gegeben, wenn die Augenbeschwerden tatsächlich derart gravierend wären (IV-act. 187-5). Während der Beschwerdeführer anlässlich der ABI-Begutachtung im Mai 2011 angegeben hat, dass er nur noch selten fernsehe, da es ihn anstrengt, und er den Tag mehrheitlich liegend mit geschlossenen Augen zu Hause verbringe (IV-act. 83-10/15), hat er gegenüber Dr. O. ___ im Juli 2012 erklärt, die Ehefrau ertrage es nicht, dass er ständig zu Hause sitze und TV schaue (IV-act. 164-51). Letztere Aussage ist insoweit relevant, als gemäss den Fachärzten Bildschirmarbeiten die Sicca-Symptomatik verstärken und deshalb ungeeignet sind (IV-act. 83-14, IV-act. 187-4). Die Problematik des verminderten Lidschlags tritt nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht nur bei Bildschirmarbeiten, sondern auch beim Fernsehen auf. Bei den vom Beschwerdeführer geltend gemachten, stärksten Schmerzen müsste also angenommen werden, dass der Fernsehkonsum minimal wäre. Auffallend ist auch, dass der Beschwerdeführer sich während der 7.5-stündigen RAD-Abklärung am 19. Juni 2013 über mehrere Stunden mit dem RAD-Arzt hat unterhalten und diesen problemlos anschauen können und zum Ende hin nicht gravierend ermüdet oder erschöpft gewirkt hat (IV-act. 198-6/21). Zusammengefasst bleibt unklar, wie sich die Beschwerden anfühlen, von welcher Intensität sie sind und ob und wie sehr sie den Beschwerdeführer in der Ausübung einer Erwerbstätigkeit einschränken. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind in antizipierender Beweiswürdigung keine neuen objektiven Erkenntnisse zu erwarten, da nicht davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer das nun über Jahre hinweg gezeigte aggravatorische Verhalten unterlassen würde. Den Nachteil der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b). Da aus den Akten nicht hervorgeht, dass sich das Augenleiden zwischen der ABI-Begutachtung im Mai 2011 und dem Verfügungserlass im April 2016 objektiv erheblich verschlechtert hätte, kann mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses auf die ophthalmologische Beurteilung der ABI-Gutachterin Dr. H. ___ abgestellt werden. In polydisziplinärer Hinsicht ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenbediener aus somatischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsunfähig ist. Für adaptierte, d.h. dem Augen- und Lungenleiden angepasste Tätigkeiten ist von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % auszugehen. 3.9 Der psychiatrische Gutachter des ABI, Dr. X. ___, hat beim Untersuch im Mai 2011 keine psychiatrische Diagnose stellen können und dem Beschwerdeführer folgerichtig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Im Juli 2012 hat sich der Beschwerdeführer

in psychiatrische Behandlung bei Dr. O. ___ begeben. Diese hat dem Beschwerdeführer am 19. Juli 2012 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung hat sie zum damaligen Zeitpunkt nicht abgegeben. RAD-Arzt Dr. P. ___, Psychotherapie (D, SAPP), hat anlässlich der Untersuchung vom 19. Juni 2013 ein dem psychiatrischen Befund von Dr. O. ___ entsprechendes Bild mit gemischt leicht ausgeprägter, dysphorisch-gereizter und deprimiert-hoffnungsloser Stimmungslage gesehen. Der Beschwerdeführer hat damals keine aktuelle medikamentös-antidepressive Behandlung angegeben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hat Dr. P. ___ aus der Diagnose einer Anpassungsstörung nicht abgeleitet. Der Beschwerdeführer hat im Jahr 2012 lediglich vier oder fünf Gesprächstermine bei Dr. O. ___ wahrgenommen. Im Jahr 2013 (Stand 19. Juni 2013) hat er offenbar noch gar keinen Termin bei ihr benötigt ("man habe vereinbart, dass er sich bei Bedarf melde", IV-act. 198-4 f.). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der psychische Leidensdruck zum Zeitpunkt der ersten RAD-Untersuchung eher gering gewesen ist, weshalb die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD-Arztes Dr. P. ___ (volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht) überzeugt. Bei der zweiten RAD-Untersuchung im Februar 2015 hat der Beschwerdeführer angegeben, dass er etwa alle ein bis zwei Monate psychotherapeutische Gespräche mit Dr. O. ___ führe (IV-act. 200-4). Er hat zum damaligen Zeitpunkt angegeben, seit zwei Jahren das Antidepressivum Cipralex einzunehmen (IV-act. 200-6). Der Beschwerdeführer hat auf Dr. P. ___ affektiv leicht deprimiert und gereizt sowie leicht- bis mittelgradig dysphorisch gewirkt. Der Antrieb ist jedoch erhalten gewesen (IV-act. 200-8). Der psychopathologische Befund ist also nicht sehr auffällig gewesen, weshalb überzeugend ist, dass Dr. P. ___ keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt hat. Demgegenüber hat Dr. O. ___ in einem Bericht vom 10. August 2015 als psychiatrische Diagnose eine Angst und depressive Störung gemischt angegeben und dem Beschwerdeführer eine 30-40 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der von ihr beschriebene psychopathologische Befund erklärt ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung allerdings nicht: Sie hat lediglich angegeben, dass das formale Denken extrem auf die sehr belastende Augenproblematik eingeschränkt sei, dass der Beschwerdeführer im Affekt niedergeschlagen und ratlos sei und unter Zukunftsängsten bzw. Ängsten bezüglich der Augenerkrankung leide. Auch die niedrige Therapiefrequenz von "etwa alle ein bis zwei Monate" spricht gegen einen hohen psychischen Leidensdruck und somit gegen ein die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigendes psychisches Leiden. Demnach ist auf die in dieser Hinsicht überzeugende Einschätzung des RAD-Arztes Dr. P. ___ abzustellen, wonach der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

E. 4

4.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Die Beschwerdegegnerin hat für die Ermittlung des Valideneinkommens richtigerweise auf das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen als Maschinenbediener/Kettenkontrolleur (Nachtschichtarbeit) abgestellt. Gemäss dem IK-Auszug hat das für die Tätigkeit bei der C. ___ erwirtschaftete Erwerbseinkommen im Jahr 2010 Fr. 69'162.-- betragen. Aus dem IK-Auszug ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2009 weitere Einkommen aus einer Hauswartstätigkeit erzielt hat (Fr. 350.-- + Fr. 4'200.--). In der Invalidenversicherung ist grundsätzlich nur ein 100 %-Pensum versichert (Die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung bei Teilerwerbstätigkeit, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Jans [12.3960

"Schlechterstellung von Teilerwerbstätigen in der Invalidenversicherung"] vom 28. September 2012, 1. Juli 2015, S. 7, abrufbar unter: www.news.admin.ch/news/message/attachments/40281.pdf). Ob der Lohn für die Hauswartstätigkeit beim Valideneinkommen mitzuberechnen ist, kann im vorliegenden Fall jedoch offen bleiben, da der IV-Grad auch unter Anrechnung des Nebenerwerbs, wie nachfolgend aufgezeigt wird, unter 40 % liegt. Das Valideneinkommen hat im Jahr 2009 also Fr. 69'162.-- resp. Fr. 73'712.-- (Fr. 69'162.-- + Fr. 350.-- + Fr. 4'200.--) betragen. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt und ist seit April 2010 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Das Invalideneinkommen ist somit anhand der Tabellenlöhne der LSE zu berechnen. Der gesamtschweizerische Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters hat im Jahr 2009, aufgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden, Fr. 61'240.-- betragen (s. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs würde das Invalideneinkommen bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 90 % Fr. 55'116.-- betragen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, dass ein maximaler "Leidensabzug" von 25 % wegen der fehlenden Ausbildung und Sprachkenntnisse, der qualitativen Einschränkungen, der Unfähigkeit, Überstunden zu leisten und der fehlenden Flexibilität angemessen sei. Der Beschwerdeführer hat trotz fehlender Berufsausbildung und fehlender Deutschkenntnisse vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein überdurchschnittliches Hilfsarbeitereinkommen erzielt. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die fehlende Ausbildung und die eingeschränkten Deutschkenntnisse in einer Hilfstätigkeit nicht negativ auswirken. Die Rechtsvertreterin hat jedoch zu Recht vorgebracht, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Augenleidens vom Arbeitgeber nicht mehr gleich flexibel eingesetzt werden könne wie ein gesunder Arbeitnehmer und der Arbeitgeber wie auch die anderen Arbeitnehmer vermehrt Rücksicht auf gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nehmen müssten. Dies rechtfertigt jedoch praxisgemäss nur einen Tabellenlohnabzug von 10 %. Das Invalideneinkommen hat im Jahr 2009 somit Fr. 49'604.-- betragen. 4.2 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, aufgrund der qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sei es eher unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer überhaupt einen angepassten Arbeitsplatz finden würde. Sie hat also die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit von 90 % angezweifelt. Ob eine versicherte Person die verbliebene Resterwerbsfähigkeit noch verwerten kann, hängt davon ab, ob auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt Tätigkeiten existieren, die den von den Ärzten aufgestellten Adaptionkriterien entsprechen. Auch wenn eine solche Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt existiert, muss die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit verneint werden, wenn die versicherte Person einem Arbeitgeber aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr zumutbar ist. Die Ärzte haben insbesondere die folgenden Adaptionkriterien aufgestellt: Körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeit in ausreichend temperierten und geschlossenen Räumlichkeiten, keine regelmässige Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft, Möglichkeit vermehrter Pausen (Augentropfenapplikation unter ausreichend hygienischen Bedingungen), keine ausgeprägten Anforderungen an die Visusleistung und die visuelle Konzentration, keine vermehrte Staubexposition, keine grelle Beleuchtung, keine Bildschirmtätigkeit. Der Beschwerdeführer ist in seiner Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht also tatsächlich erheblich eingeschränkt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er seine Restarbeitsfähigkeit von 90 % nicht verwerten könnte. Zu denken ist beispielsweise, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angeführt hat, an leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung.

Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber nicht zumutbar wäre, bestehen nicht. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist somit zu bejahen. 4.3 Eine Aufwertung des Validen- und des Invalideneinkommens auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, d.h. auf das Jahr 2011, kann unterbleiben, da davon auszugehen ist, dass sich die Nominallöhne seit 2009 etwa gleich entwickelt hätten. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'162.-- würde der IV-Grad folglich 28 % betragen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'712.-- (unter Berücksichtigung des Hauswartlohns) resultiert ein IV-Grad von 33 %. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente im Ergebnis somit zu Recht verneint. 4.4 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 5

5.1 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. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

5.2 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 die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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