

200 15 423 IV  
KOJ/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. Januar 2016**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 30. März 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1972 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt im Januar 1986 eine sensomotorisch komplette Paraplegie (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin]; Antwortbeilage [AB] 23 S. 5). Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung gewährte die Invalidenversicherung (IV) dem Versicherten Leistungen, so sprach sie ihm u.a. Hilflosenentschädigung und Hilfsmittel zu (AB 6, 10, 14, 39 S. 3 f., 46 S. 3 f., 48, 53, 56, 59, 62). Er absolvierte an der C.\_\_\_\_\_ ein ... und erlangte im Jahr 2006 den Abschluss ... (AB 126 S. 4). Nachdem der Versicherte bei den D.\_\_\_\_\_ als ... gearbeitet hatte (AB 51 S. 3), verlegte er Anfang 2008 seinen Wohnsitz in die ... (AB 75 S. 2), wo er an der E.\_\_\_\_\_ tätig war (AB 80.1 S. 61).

Am 1. Januar 2014 kehrte der Versicherte in die Schweiz zurück und ersuchte um Leistungen der IV (AB 80.1 S. 9). Die IVB nahm daraufhin verschiedene Abklärungen vor, insbesondere holte sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 15. Oktober 2014 (AB 121 S. 2 ff.) ein und liess durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt vom 14. November 2014 (AB 123 S. 2 ff.) erstellen. Darin ermittelte sie bei einem Status von 100 % Haushalt einen Invaliditätsgrad von 27 % (AB 123 S. 4, 11). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2014 (AB 124) die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 6. Januar 2015 (AB 126) Einwand. Nachdem die IVB weitere Stellungnahmen des RAD vom 19. Februar 2015 (AB 132 S. 2) und des Abklärungsdienstes vom 26. Februar 2015 (AB 135 S. 2 ff.) eingeholt hatte, verfügte sie am 30. März 2015 ihrem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Rentenanspruchs (AB 140).

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 11. Mai 2015 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 30. März 2015 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei spätestens ab 1. Januar 2015 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.
3. Eventualiter: Die Verfügung vom 30. März 2015 sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerde zu erlassen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2015 schloss die IVB auf Abweisung der Beschwerde und verwies auf eine beigelegte Stellungnahme des RAD vom 11. Juni 2015.

Der Beschwerdeführer änderte mit Replik vom 11. August 2015 sein Rechtsbegehren Ziff. 2 dahingehend, als ihm spätestens ab 1. Januar 2015 mindestens eine halbe Rente zuzusprechen sei.

Mit Duplik vom 14. September 2015 verwies die Beschwerdegegnerin auf ihre bisherigen Ausführungen und verzichtete auf eine weitere Stellungnahme.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. März 2015 (AB 140). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 149).

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Der Beschwerdeführer war vom 12. bis 20. Mai 1997 in der Klinik F. \_\_\_\_\_ des Spitals G. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 20. Mai 1997 (AB 23 S. 10 f.) nannten die behandelnden Ärzte als Diagnosen eine vaskuläre Myelopathie (Spinalis-anterior-Syndrom) mit schlaffer Paraplegie mit Blasen-, Mastdarm- und Sexualfunktionsstörungen sowie einen chronischen Harnwegsinfekt (seit 1997 bekannt) und eine chronische Prostatitis. Seit Januar 1986 bestehe beim Patienten eine schlaffe Paraparese mit Blasen-, Mastdarm- und Sexualfunktionsstörungen, wofür früher eine Kombination von Myelitis transversa und Guillain-Barré-Syndrom vermutet worden sei. Der perakute Beginn mit „einschiessenden“ Schmerzen beim „Verheben“, die folgende motorisch komplette und sensibel inkomplette Läsion ohne Verbesserung im Verlauf und der jetzige Befund einer Rückenmarksatrophie im MRI sprächen für eine ischämische Myelopathie im

Sinne eines Spinalis-anterior-Syndroms mit langstreckigem und ausgedehntem Infarkt unter Einbeziehung der Vorderhörner (was das Fehlen einer Spastizität erkläre). Eine Ursache für die vermutete Ischämie habe auch bei den diesmal durchgeführten Untersuchungen nicht nachgewiesen werden können.

**3.1.2** Im Arztbericht für Erwachsene vom 21. Januar 2003 und dem dazugehörigen Beiblatt (AB 23 S. 1 - 4) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, einen Status nach Myelitis transversa acuta, ein Spinalis-anterior-Syndrom (Rückenmarksinfarkt), eine schlaffe Paraplegie unterhalb Th10 und rezidivierende Dekubitalulcera. Nach längerem Sitzen träten Dekubitalgeschwüre vor allem im Bereich der Sitzhocker links auf. Die Sitzdauer sei auf maximal vier bis sechs Arbeitsstunden pro Tag eingeschränkt, die Restarbeit werde im Liegen erledigt (zwei bis vier Stunden pro Tag liegende Arbeit, bei geeigneten Hilfsmitteln). Die Freizeit werde vollumfänglich zur Pflege, Hygiene und Entlastung der gefährdeten Zonen benötigt. Bei entsprechend angepasster Arbeit als Psychoanalytiker sei eine volle Leistung möglich (AB 23 S. 2 f.).

**3.1.3** Der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, erwähnte im Bericht vom 2. April 2014 (AB 90) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Spinalis-anterior-Syndrom 1986 Th10 bis Th12 mit/bei Myelotrophie der gesamten BWS (vollständige Querschnittssymptomatik). Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Der Patient benötige Hilfsmittel und sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen seit 1986 auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Prognostisch wichtig sei die Prophylaxe zur Vermeidung von Komplikationen (AB 90 S. 2).

**3.1.4** Im Bericht des J.\_\_\_\_\_ vom 27. Mai 2014 (AB 116 S. 3 f.) diagnostizierten Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Chefarzt für Neuro-Urologie, und Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Oberarzt für Neuro-Urologie, eine neurogene Blasenfunktionsstörung mit normokapazitärer, asensitiver und hypokontraktile Blase sowie eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th10. Bei klinisch unauffälligem Verlauf, bei Fehlen von Harnwegsinfekten und bei klinischer Kontinenz werde empfohlen, das aktuelle Blasenmanagement un-

verändert fortzuführen und eine urodynamische Verlaufskontrolle in zwei Jahren durchzuführen (AB 116 S. 4).

**3.1.5** Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Leitender Arzt am N. \_\_\_\_\_ des Spitals O. \_\_\_\_\_, vermerkte am 17. Juni 2014 als Diagnosen eine Verhärtung perianal 3 Uhr SSL (DD Fistelgang, Narbengewebe, Granulom) und eine Tetraplegie (AB 119 S. 4). Im Moment sei der Patient absolut beschwerdefrei (AB 119 S. 5).

**3.1.6** Am 19. Juni 2014 diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Spinalis-anterior-Syndrom mit schlaffer vollständiger Paraplegie sub Th10 und Blasenlähmung (bestehend seit 1986) sowie rezidivierende perianale Infekte. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine arterielle Hypertonie (bestehend seit 2008), eine Migraine und eine Refluxerkrankung. Er attestierte dem Versicherten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 22. Januar 2014 (AB 111 S. 1). Den Gesundheitszustand erachtete er als stationär (AB 111 S. 2).

Im Verlaufsbericht desselben Tages (AB 110) stufte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ den Gesundheitszustand als sich verschlechternd ein und berichtete zusätzlich von einer aktuellen makulären Verbrühung Grad II am linken Unterschenkel und einem rezidivierenden Atherom / DD Analfistel mit Infekt in Abklärung. Im Beiblatt hielt er fest, dass die häufig notwendigen Lagewechsel (Sitzen-Liegen) zurzeit auch eine sitzende Tätigkeit verunmöglichten. Sollte sich der Zustand stabilisieren, wäre eine sitzende Tätigkeit bis zu 2 – 3 Stunden am Tag möglich (AB 110 S. 3). Im Verlaufsbericht vom 19. September 2014 (AB 119 S. 1 f.) hielt er fest, grundsätzlich sei von einem stabilen Zustand auszugehen, vorbehaltlich der Angaben im Bericht vom 19. Juni 2014. Aktuell stünden die Verbrühungswunden der unteren Extremitäten kurz vor der vollständigen Heilung.

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, diagnostizierte am 15. Oktober 2014 (AB 121 S. 2 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th10 und eine neurogene Blasenfunktionsstörung mit normokapazitärer, asensitiver und hypokontraktiler Blase. Aus medizinischer Sicht bestehe beim

Versicherten gemäss den ärztlichen Befundberichten und in Übereinstimmung mit der eigenen Einschätzung des Versicherten ein im Vergleich mit vor dem Auslandsaufenthalt von 2007 bis 2013 bei bekannter kompletter Paraplegie sub Th10 mit neurogener Blasenfunktionsstörung im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand mit unveränderter Hilfsbedürftigkeit bei den alltäglichen Lebensverrichtungen (Körperpflege, Notdurft, Mobilität). Aus versicherungsmedizinischer Sicht lasse sich aufgrund der Diagnosen und bei im Wesentlichen unverändertem Gesundheitszustand im Vergleich zum Zustand vor dem Auslandsaufenthalt eine relevante dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... in der Forschung nicht begründen. Diese (geistige) Tätigkeit sei als gut an den Gesundheitszustand und die Funktionseinschränkungen des Versicherten angepasste Tätigkeit zu beurteilen. Die durch den Hausarzt attestierte (vorübergehende) 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 22. Januar bis 19. Juni 2014 lasse sich aufgrund der Diagnosen (makuläre Verbrühungen Grad II li. Unterschenkel, rezidivierendes Atherom / DD Analfistel mit Infekt in Abklärung) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollziehen. Die Verbrühungen seien laut ärztlichem Bericht kurz vor der Abheilung, das rezidivierende Atherom sei spezialärztlich bei dokumentierter Beschwerdefreiheit und fehlender aktueller Operationsindikation abgeklärt worden (AB 121 S. 3). Aufgrund der kompletten sensomotorischen Querschnittslähmung sub Th10 bestünden entsprechende Funktionseinschränkungen, insbesondere hinsichtlich Mobilität und Blasenfunktion. Unter Berücksichtigung des erhöhten Zeitbedarfs für alltägliche Verrichtungen (Blasenmanagement mittels 7 – 8 Mal täglicher Selbstkatheterisierung) und der Gewährleistung des barrierefreien Zugangs mittels Rollstuhl sowie Dekubitusprophylaxe (auch durch Wechsel von sitzender und halbliegender Tätigkeit) sei ein zeitliches Pensum von mindestens 80 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... in der Forschung ohne Leistungseinschränkung für die geistige Tätigkeit zumutbar (AB 121 S. 4).

**3.1.8** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte der Beschwerdeführer einen Bericht des J. \_\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 3) über die ambulante Standortbestimmung vom 16. Oktober 2014 ins Recht. Darin hielten die Dres. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin FMH,

und R. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Paraplegiologie FMH, folgende Diagnosen fest:

- Sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th4 mit Teilinnervation Th5 – Th10 (AIS A) akutenanamnestisch infolge Spinalis-anterior-Syndrom 1986 DD Myelitis transversa
  - unklare Ätiologie (Thrombophilie-Abklärung 1997), lediglich leichte Hyperhomocysteinämie, im Verlauf normalisiert (Inselspital Bern)
  - MRI 1997: Atrophie des gesamten Myelons auf BWS-Höhe
- Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung
  - normokapazitäre asensitive, hypokontraktile Blase
- Rezidivierende Hautbeschwerden am Gesäss
  - St. n. Abszessinzision und im Verlauf Limberg-Lappenplastik über dem Sitzbein links 1989
  - V.a chronische perianale Fistel mit subkutaner Zyste bei 4 Uhr, SSL von ca. 1.8 x 0.8 cm
    - St. n. zweimaliger Antibiotikatherapie bei beginnendem Infekt 2014
    - Rezidivierende Furunkulose
- Immobilitätsosteoporose der unteren Extremitäten, ED 2007
  - T-Score Tibia-Diaphyse: -6.0, T-Score LWS:-1.0 (2007 Inselspital Bern)
  - St. n. kurzzeitiger Bisphosphonat-Therapie (Fosavance) 2007
- Intermittierend belastungsabhängige Schulterschmerzen rechts, DD muskuläre Überlastung/Tendinose
- Arterielle Hypertonie, ED 2008
- V.a. gastroösophagealen Reflux
- V.a. Migraine sans Migraine mit passageren Sehstörungen 2005

Der Patient sei in gutem Allgemein- und leicht reduziertem Rehabilitationszustand. Hauptproblem sei eine insuffiziente Darmentleerung mit Meteorismus und rezidivierendem Unwohlsein. Bezüglich der perianalen Verhärtung mit Verdacht auf Fistelung sei in der proktologischen Sprechstunde vereinbart worden, dass sich der Patient im Falle einer erneuten Schwellung zu einer notfallmässigen MRI-Untersuchung melde. Aufgrund der schweren Atrophie der Gesäss- und Oberschenkelmuskulatur sei der Patient dekubitusgefährdet. Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich eine Follikelentzündung über dem rechten Sitzbein ohne exprimierbaren Eiter. Zusätzlich eine wegdrückbare sakrale Rötung durch die Untersuchungsliegende. Die belastungsabhängigen Schulterschmerzen rechts seien unter physiotherapeutischen Massnahmen regredient und möglicherweise durch eine Tendinose der Rotatorenmanschette bedingt. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine höhergradige Rotatorenmanschettenläsion ergeben. In den bisherigen Berichten sei die Diagnose stets mit sensomotorisch kompletter Paraplegie sub Th10 aufgeführt worden. Die

aktuellen Untersuchung habe jedoch bereits ab Th5 eine sensomotorische Einschränkung mit vollständigem Verlust sub Th10 gezeigt (BB 3 S. 2).

**3.1.9** Der RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vermerkte in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2015 (AB 132 S. 2), es würden vom Versicherten keine neuen medizinischen Unterlagen eingebracht, die nicht schon in der RAD-Stellungnahme vom 15. Oktober 2014 berücksichtigt worden seien. Es lägen auch keine neuen medizinischen Befunde vor, die eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 2 – 3 h/Tag begründen liessen.

**3.1.10** Im Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer weiter ein ärztliches Zeugnis des J. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2015 (BB 6) beigebracht. Darin erachteten die behandelnden Ärzte Dres. med. R. \_\_\_\_\_ und S. \_\_\_\_\_ aus medizinisch-theoretischer Sicht, dass der Patient eine 50 %-ige zeitliche Präsenz am Arbeitsplatz, gegebenenfalls mit entsprechenden Pausen und Ruhezeiten, leisten könne. Inwiefern aufgrund der empfindlichen Hautverhältnisse und der Schmerzproblematik die Leistung reduziert sei, müsste im Rahmen eines Arbeitsversuchs in einer dafür spezialisierten Institution evaluiert werden.

**3.1.11** Der RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2015 (in den Gerichtsakten) fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht sich weder aus dem Arztbericht (vom 1. Dezember 2014) von Dr. med. R. \_\_\_\_\_ noch aus den anamnestischen Angaben des Versicherten noch aus den Untersuchungsbefunden (Fistulierung bisher nicht nachgewiesen, behandelbare Follikelentzündung über Sitzbein, allgemeine Dekubitusgefährdung auf Grund der Grunderkrankung, klinisch weitgehend blande Untersuchung der Schulter) noch aus der Beurteilung heraus noch aus dem ganzen Bericht heraus valide Beweise für die Behauptung ergeben würden, dass der Versicherte nur noch 2 – 3h/Tag einer sitzenden Tätigkeit (im eigenen Rollstuhl mit Roho-Kissen zur Dekubitusprophylaxe) nachgehen könne bzw. dass das Arbeiten (am Computer etc.) in halbliegender Position durch die Schulterproblematik nicht möglich bzw. zumutbar sei. Hiergegen sprächen auch die Angaben aus der Haushaltabklärung (vgl. Bericht vom 14. November 2014; AB 123), wonach der Versicherte eine Vielzahl von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und auch

Gartentätigkeiten am Hochbeet durchführe, selbst Auto fahre sowie Arbeiten am Computer (Interneteinkauf, administrative Aufgaben, Steuererklärung) im Bett liegend erledige.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den

Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.2.3** Der RAD steht den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Er setzt die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Oktober 2014, 8C\_197/2014, E. 4.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Entscheid des BGer vom 25. März 2011, 9C\_58/2011, E. 2.2).

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 30. März 2015 (AB 140) stützt sich im Wesentlichen auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 14. November 2014 (AB 123 S. 2 ff.) und die Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 26. Februar 2015 (AB 135 S. 2 ff.), welche in medizinischer Hinsicht massgeblich auf der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014 (AB 121 S. 2 ff.) basieren.

Die fachärztliche Beurteilung des RAD-Arztes vom 15. Oktober 2014 (AB 121 S. 2 ff.) erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und überzeugt (vgl. E. 3.2.1 hiavor). Sie ist nachvollziehbar, schlüssig begründet und wurde in Berücksichtigung sowie unter Würdigung der medizinischen Vorakten erstellt, so dass auf die darin enthaltenen Feststellungen abzustellen ist. Dass es sich dabei um ein Aktengutachten handelt und der RAD-Arzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, ist nicht zu bean-

standen, ergeben die Akten doch ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Zustand. Der RAD-Arzt konnte sich deshalb aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen (vgl. E. 3.2.2 hiervor; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers und die Berichte der behandelnden Ärzte, auf welche er verweist, keine massgebenden Zweifel zu erwecken. Der Internist Dr. med. I. \_\_\_\_\_ attestiert dem Beschwerdeführer im Verlaufsbericht vom 19. Juni 2014 (AB 114, BB 5) eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, für welche jedoch überhaupt keine Anzeichen bestehen. Die angegebene massive Einschränkung wird ebenfalls nicht näher begründet. Zudem fällt auf, dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ selbst den Gesundheitszustand bzw. dessen Entwicklung widersprüchlich beurteilt. So hält er im Verlaufsbericht vom 19. Juni 2014 (AB 114) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (AB 114 S. 1), demgegenüber beurteilt er ihn im gleichentags verfassten Bericht als stationär (AB 113 S. 2 lit. C.). Auch die im Zeugnis des J. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2015 (BB 6) bescheinigte 50%-ige Präsenzzeit am Arbeitsplatz wird nicht näher begründet. In Bezug auf Atteste von Hausärzten ist sodann der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Daneben begründen auch die übrigen Akten keine Zweifel an den Feststellungen des RAD-Arztes. Der Beschwerdeführer selber hat bei der Anmeldung im Januar 2014 festgehalten, dass es ihm gesundheitlich gleich geht wie vor seiner Abreise nach ..., indem er ausführte, sein Gesundheitszustand und seine Hilfsbedürftigkeit seien verglichen mit dem Zustand vor

seinem Auslandsaufenthalt unverändert (AB 80.1 S. 9). Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten Hautprobleme am Gesäss ist festzuhalten, dass Dr. med. M. \_\_\_\_\_ anlässlich der koloproktologischen Sprechstunde vom 16. Juni 2014 ausführte, der Patient sei im Moment absolut beschwerdefrei und wünsche deshalb vorerst keinen Eingriff (AB 119 S. 5). Nichts Gegenteiliges lässt sich dem Bericht vom 1. Dezember 2014 (BB 3) über die ambulante Standortbestimmung im Schweizer J. \_\_\_\_\_ entnehmen. Gemäss den Feststellungen der behandelnden Ärzte hat der Beschwerdeführer die Situation mit dem Roho-Kissen im Griff (BB 3 S. 1 unten). Weiter ergibt sich aus deren Feststellungen, dass sich ebenso die geklagten belastungsabhängigen Schulterbeschwerden rechts unter physiotherapeutischer Behandlung und mit Beginn eines gezielten Aufbautrainings gebessert haben. Hinweise für eine höhergradige Rotatorenmanschettenläsion haben sich ebenfalls nicht ergeben (BB 3 S. 2).

Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer keine Arztberichte beigebracht hat, welche das vom RAD-Arzt festgelegte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.1.8) umzustossen vermöchten. Der erhöhte Zeitbedarf für die alltäglichen Verrichtungen (Blasenmanagement mittels 7 – 8 Mal täglicher Selbstkatheterisierung, ohne Katheterisierung in der Nacht; AB 116 S. 3) und der Gewährleistung des barrierefreien Zugangs mittels Rollstuhl und die Dekubitusprophylaxe (auch durch Wechsel von sitzender und halbliegender Tätigkeit) wurden im Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ (AB 121 S. 4) angemessen berücksichtigt.

**3.4** Nach dem Ausgeführten erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, so dass hiervon in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Es ist damit von einer mindestens 80%-igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit (vgl. E. 3.1.7 hiervoor) auszugehen.

#### 4.

##### 4.1

**4.1.1** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztäglich oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 125 V 146 E. 2c S. 150).

**4.1.2** Gestützt auf die Ergebnisse der Abklärung vor Ort vom 24. April 2014 des Abklärungsdienstes (AB 96 S. 2 ff.) schloss die Beschwerdegegnerin auf eine 100-%ige Haushaltstätigkeit des Beschwerdeführers im hypothetischen Gesundheitsfall (Abklärungsbericht Haushalt vom 14. November 2014; AB 123 S. 3 Ziff. 3.5). Der Beschwerdeführer erklärte sich mit dieser Statusfestlegung nicht einverstanden und machte mit Einwand vom 6. Januar 2015 geltend, er wäre ohne Behinderung voll erwerbstätig (AB 126 S. 1). In der angefochtenen Verfügung vom 30. März 2015 (AB 140) verwies die Beschwerdegegnerin unter anderem auf die im Rahmen des durchgeführten Vorbescheidverfahrens eingeholte Stellungnahme

des Abklärungsdienstes vom 26. Februar 2015 (AB 135 S. 2 ff.). Darin hält der Abklärungsdienst abschliessend fest, der Versicherte sei weiterhin zu 100 % als Hausmann zu bemessen (AB 135 S. 5).

**4.1.3** In Anbetracht der getätigten Erhebungen vor Ort vom 24. April 2014 (AB 96 S. 2 ff.) und der konkreten Gegebenheiten ist die Festlegung des Status durch die Beschwerdegegnerin, wonach ein Status von 100 % Haushalt für den Beschwerdeführer zu übernehmen sei (AB 123 S. 3 Ziff. 3.5 und AB 135 S. 5), durchaus vertretbar. So wurde im Abklärungsbericht Haushalt/Gartenumbau insbesondere vermerkt, die Rückkehr in die Schweiz sei sicher auch aus gesundheitlichen Gründen erfolgt. Zum andern habe die Ehefrau ihre Berufstätigkeit wieder ausüben und der Versicherte sich auch um die Kinder kümmern wollen. Die Entscheidung als Hausmann tätig zu sein, sei aufgrund der freien Arbeitsteilung entstanden (AB 96 S. 3 f. Ziff. 3.5).

Ob der Beschwerdeführer jedoch – wie von ihm behauptet (AB 126 S. 1 f.) – im Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig wäre und der Status entsprechend anzupassen ist, kann aufgrund der hier gegebenen Umstände, wie nachfolgend zu zeigen ist, offen bleiben, da sich weder in Anwendung der spezifischen Methode (Status 100 % Aufgabenbereich Haushalt) noch bei einem reinen Einkommensvergleich (Status 100 % Erwerbsbereich) ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt (vgl. E. 4.2.2 und 4.3.3 hier-nach).

## **4.2**

**4.2.1** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Ab-

klärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

**4.2.2** Abgesehen von der Statusfestsetzung bestreitet der Beschwerdeführer den Abklärungsbericht Haushalt vom 14. November 2014 (AB 123 S. 1 ff.) inhaltlich nicht. Dieser ist denn auch nicht zu beanstanden. Er basiert auf einer Erhebung vor Ort, die am 24. April 2014 im Zusammenhang mit einem Gartenumbau durchgeführt wurde (AB 96 S. 2 ff.), und hält in angemessener Ausführlichkeit die Aussagen des Beschwerdeführers zu dessen Tätigkeit im Haushalt, mit Einschluss der behinderungsbedingten Einschränkungen, fest. Er überzeugt, ist plausibel begründet und erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 4.2.1 hiervor). Es sind keine Fehleinschätzungen ersichtlich, die ein Eingreifen in das Ermessen der Abklärungsfachperson rechtfertigen würden. Dem Abklärungsbericht Haushalt kommt volle Beweiskraft zu.

Unter Berücksichtigung der beweiskräftigen Beurteilung des RAD (vgl. E. 3.3 f. hiervor) ermittelte der Abklärungsdienst in Anwendung der spezifischen Methode (100 % Aufgabenbereich Haushalt) eine Einschränkung im Haushalt von 27 % (AB 123 S. 10). Darauf ist abzustellen, zumal diese unbestritten ist und die ärztlichen Unterlagen nichts anderes gebieten. Es liegt damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor (vgl. E. 2.2 hiervor).

### **4.3**

**4.3.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.3.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.3.3** Der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin ermittelte in der Stellungnahme vom 26. Februar 2015 das Validen- und das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2012, Tabelle TA1, Pos. 72 Forschung und Entwicklung, Kompetenzniveau 4, Männer, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit und die Nominallohnentwicklung (AB 135 S. 5). Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass der Beschwerdeführer einerseits in den ... als ... in der Forschung tätig war (AB 123 S. 3 Ziff. 3.2, AB 126 S. 4) und andererseits seit seiner Rückkehr in die Schweiz am 1. Januar 2014 nicht mehr erwerbstätig ist (AB 96 S. 3 Ziff. 3.2), nicht zu beanstanden. Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 20 % gemäss dem massgebenden Zumutbarkeitsprofil; vgl. E. 3.4 hiervor) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (Urteil des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn ist weder aus persönlichen noch beruflichen Umständen (lebensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) gerechtfertigt, zumal den gesundheitsbedingten Einschränkungen mit der reduzierten Arbeitsfähigkeit genügend Rechnung getragen wird (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1). Selbst wenn sich ein Abzug aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen, z.B. wegen der mehrmals täglich notwendigen Selbstkatheterisierung, rechtfertigte, wäre er höchstens in der Grössenordnung von 10 % anzusetzen, was ohne Auswirkung auf den Rentenanspruch bliebe.

Damit liegt auch unter Annahme einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor. Dies gilt auch, wie die Beschwerdegegnerin im Abklärungsbericht zu Recht festgehalten hat, bei einer – wie auch immer aufgeteilten – Teilzeittätigkeit in Erwerb und Haushalt (AB 123 S. 11 Ziff. 8).

**4.4** Da so oder anderes kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert, verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. März 2015

(AB 140) einen Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.