



**Fall-Nr.:** IV 2010/275  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.05.2020  
**Entscheiddatum:** 15.03.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.03.2012**

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. März  
2012, IV 2010/275).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber, a.o.  
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

#### **Entscheid vom 15. März 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Veronica Hälg-Büchi, Marktgasse 14,

9004 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 20. November 2004 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen (Arbeitsvermittlung) an (IV-act. 1). Er gab dabei u. a. an, er habe in Mazedonien sechs Jahre die Schule besucht; einen Beruf habe er nicht erlernt. Seit 1987 sei er als Bauarbeiter tätig. Die Bauunternehmung B.\_\_\_\_ GmbH teilte am 6. Dezember 2004 mit (IV-act. 13), der Versicherte sei als Bauarbeiter Lohnklasse B beschäftigt worden. Der Stundenlohn habe Fr. 30.53 betragen. Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, Gossau, berichtete am 6. Dezember 2004 (IV-act. 14), der Versicherte leide an einer Gonarthrose links, an einer koronaren Herzkrankheit (St. n. akutem infero-posterioren Myokardinfarkt 11/97) und an einem St. n. gastrointestinaler Blutung bei HP-positiver Gastritis 12/02. Seit dem 22. März 2004 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter. Gemäss einem Austrittsbericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2004 (IV-act. 16) hatte der Versicherte am 15. Oktober 2003 bei einem Sturz eine Distorsion und eine Kontusion des linken Knies erlitten. Anschliessend hatte ein Reizknie bei Varusgonarthrose und Femoropatellärer Arthrose links bestanden. Rechts hatte eine beginnende Gonarthrose vorgelegen. Gemäss einem zum Austrittsbericht gehörenden orthopädischen Konsilium war der Versicherte als Bauarbeiter zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Eine leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit war aber als ganztags zumutbar betrachtet worden. Die IV-Stelle wies das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen am 7. Februar 2005 ab (IV-act. 28). Sie begründete diesen Entscheid damit, dass für eine behinderungsadaptierte Tätigkeit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. In seiner Einsprache gegen die Abweisungsverfügung liess der Versicherte geltend machen, er sei zu mehr als 20% invalid. Kniebedingt müsse er eine leichte, wechselbelastende Arbeit ohne Knien oder Hocken, ohne Heben oder Tragen von Lasten und ohne Besteigen von Leitern oder Treppen ausführen können. Nicht berücksichtigt seien dabei die Auswirkungen der koronaren Herzkrankheit mit präkordialen Engegefühlen, das Übergewicht und die Gastritis. Zudem werde sich der Gesundheitszustand aller Voraussicht nach weiter verschlechtern. Am 9. Mai 2005 erfuhr die IV-Stelle, dass wegen Herzproblemen eine Operation erforderlich sei (IV-act. 39). Dr. C.\_\_\_\_ gab am 24. Mai 2005 an (IV-act. 42-1 f.), es sei zu einem ungünstigen



Remodeling und zu einer Hypertrophie des linken Ventrikels gekommen. Eine eigentliche Angina pectoris habe aber nicht nachgewiesen werden können. Eine adaptierte Tätigkeit sei zu 50% zumutbar. Gemäss einer vertebrospinalen Kernspintomographie Th12-S1 vom 20. Dezember 2004 (IV-act. 42-17) bestand eine kleinvolumige mediane/mediolinkslaterale Diskushernie L5/S1 mit diskretem Kontakt zur Nervenwurzel von S1 links präzessal mit möglicher Irritation, aber ohne Zeichen einer Verlagerung oder Kompression bei leichter Chondrose. Dr. med. E. \_\_\_ vom RAD hielt am 1. Juni 2005 u.a. fest (IV-act. 43), die Herzfunktion sei praktisch normal; die Gastritis sei medikamentös behandelt und dann nicht mehr erwähnt worden; die Adipositas bewirke nicht per se eine Arbeitsunfähigkeit. Die Einsprache wurde am 28. Juni 2005 formell rechtskräftig abgewiesen (IV-act. 47).

A.b Der Versicherte meldete sich am 13. Juni 2009 erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 59). Er wies darauf hin, dass er neben den Kniebeschwerden links und rechts und neben der Herzkrankheit nun auch noch Beschwerden an der linken Schulter habe. Dr. C. \_\_\_ gab am 24. Juni 2009 telefonisch an (IV-act. 66), der Versicherte leide an einer Gonarthrose links, an einer Periarthropathia humeroscapularis links, an rezidivierenden Lumbalgien und Lumboischialgien, an Doppelbildern unklarer Aetiologie und an einer koronaren Herzkrankheit. Bezüglich des linken Knies sei eine TEP diskutiert worden. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50%. Dr. med. F. \_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, hatte am 4. Dezember 2008 (IV-act. 71-12 ff.) folgende Diagnosen angegeben: Fortgeschrittene 2-Kompartimentsarthrose Knie links (femoropatellär und femorotibial, Gelenkschondromatose, Beckerzyste mit zwei kleinen Verkalkungen, St. n. Leitersturz 10/03, diverse Abklärungen und Rehabilitationsaufenthalte), chronisches Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom (muskuläre Dysbalance, vorbestehende MRI-Bildgebung nicht verfügbar), diskrete Fingerarthrose sowie Spreizfuss Hallux valgus und Varusstellung der Kleinzehen, koronare Herzkrankheit mit St. n. Myokardinfarkt, St. n. Nierensteinzertrümmerung 2005. Der Versicherte sollte sich einer Knie-TP links unterziehen. Der Kardiologe Dr. med. G. \_\_\_, hatte am 28. Januar 2009 ausgeführt, (IV-act. 71-6 f.), der Versicherte leide an einer hypertensiven und koronaren Herzkrankheit (mit St. n. kleinem infero-/posteriorem Myokardinfarkt 18.11.97, knapp konzentrischer linksventrikulärer Hypertrophie und leicht eingeschränkter Auswurfraction ca. 50%), an kardiovaskulären Risikofaktoren (Dyslipidämie behandelt, Übergewicht mit viszeraler



Fettverteilung) sowie an weiteren Krankheiten. Die Funktion des bereits vor elf Jahren als hypertroph bezeichneten linken Ventrikels sei im Vergleich zur Voruntersuchung vom Mai 2005 unverändert geblieben. Es sei also nicht zu einem ungünstigen Remodeling des linken Ventrikels gekommen. Eine neue Bewegungsstörung im Sinn einer neu dazugekommenen Infarktnarbe lasse sich nicht ausmachen. Komplexere supraventrikuläre oder ventrikuläre Arrhythmien, namentlich ein Vorhofflimmern, könnten ausgeschlossen werden. Dr. med. H.\_\_\_\_, Ophthalmologe FMH & F.E.B.O., hatte am 8. Mai 2009 mitgeteilt (IV-act. 71-3 f.), die Doppelbilder könnten durch eine Brille behoben werden. Dr. C.\_\_\_\_ gab am 8. Oktober 2009 an (IV-act. 88-1 ff.), es stehe noch nicht fest, wann der Versicherte eine TP des Kniegelenks bekommen werde. Gegenüber der Eingliederungsberaterin der IV-Stelle gab der Versicherte am 18. November 2009 an (IV-act. 95), er habe sich gegen eine Knieoperation entschieden. Ausserdem verzichte er auf eine Arbeitsvermittlung. Die IV-Stelle erliess am 4. Dezember 2009 die Mitteilung, dass keine beruflichen Massnahmen angezeigt seien (IV-act. 97).

A.c Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), Rorschach, berichtete in seinem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen orthopädischen Gutachten vom 14. Januar 2010 (IV-act. 108), er habe sich bei seinen Diagnosen insbesondere auf die von ihm selbst veranlassten Röntgenaufnahmen und MRI sowie auf die orthopädische Untersuchung gestützt. Er wies darauf hin, dass er als Orthopäde nicht beurteilen könne, ob die koronare Herzkrankheit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. In seiner orthopädischen Beurteilung führte er aus, die Schulterschmerzen links und die abnormen Untersuchungsbefunde der linken Schulter könnten auf das im MRI dargestellte Impingement bei AC-Gelenksarthrose und Acromionsporn sowie auf die inkomplette Supraspinatussehnenruptur und die glenohumerale Chondropathie zurückgeführt werden. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der LWS seien mit der im MRI nachgewiesenen medianen, rezessal bds. betonten Diskushernie L5/S1 bei geringer Dorsalverlagerung der Nervenwurzeln S1 bei gleichzeitiger hypertropher Spondylarthrose und Ligamentum flavum-Hypertrophie L3-5 mit kleinvolumigen Facettengelenkergüssen vereinbar. Das Übergewicht sei prognostisch ungünstig. Die bei der Untersuchung angegebene Hypersensibilität des gesamten linken Beins sei nicht nachvollziehbar gewesen, da im MRI proximal des Segments L5/S1 keine Tangierung der Nervenwurzeln beschrieben



sei. Die Kniegelenkschmerzen links und die pathologischen objektiven Befunde des linken Kniegelenks seien durch die im MRI sichtbare Pangoarthrose und die mediale und laterale Meniskusläsion bedingt. Durch die Nullachse komme es zu einer vermehrten Belastung des arthrotisch veränderten medialen Kompartiments. Die Kniegelenkschmerzen rechts seien die Folge der radiologisch sichtbaren bicompartimentalen Gonarthrose, wobei bereits anlässlich der Arthroskopie 2000 fortgeschrittene Knorpelschäden im medialen und femoropatellären Kompartiment beschrieben worden seien. Durch das verminderte femoro-tibiale Alignment komme es zu einer vermehrten Belastung des abgenützten medialen Kompartiments. Auch hier sei das Übergewicht prognostisch ungünstig. Auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit gab Dr. I. \_\_\_ an, körperlich leichte Arbeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen oder kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden gegangen sowie auf Treppen oder Leitern gestiegen werden müsse, könnten bei voller Stundenpräsenz zu 80% zugemutet werden. Zur Behandlung der Schulterschmerzen links könne nur eine arthroskopische subacromiale Dekompression empfohlen werden. Die Behandlung der lumbalen Beschwerden würde in einer massiven Gewichtsreduktion und in einer Tonisierung der paravertebralen Muskulatur bestehen. Die Kniegelenkschmerzen könnten nur noch mit der Implantation von Knie totalprothesen gelindert werden. Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich gegenüber 2005 verschlechtert, denn die pathologischen Befunde der linken Schulter und der LWS seien neu. Die intraartikulären Schäden der beiden Kniegelenke hätten seit 2005 zugenommen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte ab der Begutachtung. Dr. med. J. \_\_\_ vom RAD hielt am 17. Februar 2010 fest (IV-act. 109), die kardiologische Situation habe sich seit 2005 nachweislich nicht verändert, weshalb keine weiteren internistischen Abklärungen notwendig seien.

A.d Die IV-Stelle verglich ein Valideneinkommen 2009 von Fr. 53'575.--, das sie anhand des für 2003 im individuellen Beitragskonto verbuchten Einkommens sowie der seitherigen Nominallohnentwicklung ermittelt hatte, mit einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 40'503.--. Dieses resultierte aus dem statistischen Durchschnittseinkommen der Hilfsarbeiter abzüglich 6,95% wegen des um 11,95%



unter dem Durchschnitt liegenden Valideneinkommens und abzüglich weiteren 10% wegen der indirekt behinderungsbedingten Nachteile des Versicherten an einem behinderungsadaptierten Arbeitsplatz. Es resultierte ein Invaliditätsgrad von 24,40% (IV-act. 112). Mit einem Vorbescheid vom 19. März 2010 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 113), dass sie beabsichtige, sein Rentengesuch abzuweisen. Der Versicherte liess am 3. Mai 2010 beantragen, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ sei aus den Akten zu entfernen und es sei eine umfassende Untersuchung durch einen unabhängigen medizinischen Experten anzuordnen. Zur Begründung führte die Rechtsvertreterin des Versicherten sinngemäss aus, es müsse davon ausgegangen werden, dass Dr. I.\_\_\_\_ von der IV-Stelle den klaren Auftrag erhalten habe, eine möglichst rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit festzustellen. Diesen Auftrag habe er möglichst gut erfüllen wollen, weshalb er befangen gewesen sei. Ein unabhängiger Sachverständiger würde sich mit der gesamten Persönlichkeit des Versicherten auseinandersetzen und die gesamten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Betracht ziehen. Er würde konkret aufzeigen, welche Tätigkeiten in welchem konkreten beruflichen Umfeld der Versicherte noch leisten könnte. Der Versicherte sei doppelt beeinträchtigt, einerseits durch die Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von 20% und andererseits dadurch, dass er in der Art der noch möglichen Erwerbstätigkeiten sehr eingeschränkt sei. Diese Beeinträchtigungen kumulierten sich, so dass von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 40% - 50% ausgegangen werden könne, was auch der Einschätzung des Hausarztes entspreche. Zudem gebe es gar keine adaptierten Arbeitsplätze, wie der zuständige Mitarbeiter des RAV bestätigt habe. Das Valideneinkommen (richtig: Invalideneinkommen) dürfe deshalb höchstens Fr. 20'000.-- betragen. Dr. J.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 19. Mai 2010 fest (IV-act. 121), aus dem Gutachten ergebe sich, dass Dr. I.\_\_\_\_ eine umfassende Untersuchung des Bewegungsapparates vorgenommen habe. Die Herzproblematik sei entsprechend den Berichten des Kardiologen Dr. G.\_\_\_\_ berücksichtigt worden. Die Berichte des Hausarztes seien Dr. I.\_\_\_\_ bekannt gewesen. Zu den früheren Arbeitsfähigkeitsschätzungen sei im Gutachten Stellung genommen worden. Die adaptierte Tätigkeit sei umfassend beschrieben worden. Ob es entsprechende Arbeitsplätze gebe, beurteile der Eingliederungsberater/Berufsberater. Mit einer Verfügung vom 17. Juni 2010 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab (IV-act. 122). In der Verfügungsbegründung bezeichnete sie das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ als



## St.Galler Gerichte

ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar. Sie wies den Vorwurf, ihr Auftrag an Dr. I.\_\_\_\_ habe darin bestanden, eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit festzustellen, entschieden zurück. Die in der Stellungnahme zum Vorbescheid angegebene Arbeitsfähigkeit von 40-50% sei nicht begründet, sondern basiere auf subjektiven Annahmen.

B.

B.a Der Versicherte liess am 5. Juli 2010 Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ sei aus den Akten zu weisen und es sei eine umfassende und interdisziplinäre Untersuchung durch einen unabhängigen medizinischen Experten bzw. durch ein unabhängiges medizinisches Expertenteam vorzunehmen (act. G 1). Zur Begründung führte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, es sei nur ein orthopädisches Gutachten erstellt worden, obwohl der Beschwerdeführer auch an einer koronaren Herzkrankheit und an einer Gastritis leide. Deshalb seien die medizinischen Unterlagen zum vornherein unvollständig, so dass kein Rentenentscheid hätte gefällt werden dürfen. Dr. I.\_\_\_\_ hätte sich im übrigen auch zu den möglichen beruflichen Massnahmen und/oder Integrationsmassnahmen äussern müssen. Deshalb sei sein Gutachten unzureichend und lückenhaft. Das gelte auch in bezug auf die Umschreibung der adaptierten Tätigkeit, die ganz konkret hätte ausfallen müssen. Dr. I.\_\_\_\_ sei befangen gewesen, denn er habe weder den Beschwerdeführer noch dessen Sohn angehört. Damit habe er den objektiven Anschein der Befangenheit erweckt. Ausserdem habe er sich bei der Untersuchung auf das rechte Knie und die Schulter konzentriert. Schliesslich habe er sich nicht mit der jahrelang von der SUVA akzeptierten Arbeitsunfähigkeit von 50% auseinandergesetzt. Die Einschränkungen seien so stark, dass es gar keine adaptierten Arbeitsplätze gebe. Der Abzug bestehend aus dem Arbeitsunfähigkeitsgrad und dem "Leidensabzug" belaufe sich auf 30%. Effektiv hätten 50-60% abgezogen werden müssen. Das Valideneinkommen (richtig: Invalideneinkommen) betrage höchstens Fr. 20'000.--.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 9. September 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie machte geltend, die Schilderung des Beschwerdeführers über den Ablauf der Untersuchung bei Dr. I.\_\_\_\_ finde keinerlei Bestätigung im



Gutachten. Dieses enthalte keinerlei Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit. Es sei im Ton neutral und sachlich gehalten und die beklagten Beschwerden seien detailliert aufgeführt und würden ausführlich gewürdigt. Die Rüge der Befangenheit sei unbegründet. Der Kardiologe Dr. G.\_\_\_\_ habe am 28. Januar 2009 einen im Vergleich zur Voruntersuchung von 2005 unveränderten Zustand angegeben. Von einer kardiologischen Begutachtung seien deshalb keine neuen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Es habe davon ausgegangen werden können, dass die koronare Herzkrankheit in einer angepassten Tätigkeit keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Dr. I.\_\_\_\_ habe die geklagten Beschwerden weitestgehend einem organischen Korrelat zuordnen können. Er habe die Funktionseinschränkungen detailliert beschrieben. Es sei plausibel, dass diese Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit hauptsächlich in qualitativer Hinsicht einschränkten und nur im Umfang von 20% eine quantitative Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Es sei nicht die Aufgabe eines medizinischen Sachverständigen, die möglichen beruflichen Massnahmen/ Integrationsmassnahmen aufzuzeigen. Dr. C.\_\_\_\_ habe nichts angegeben, das im orthopädischen Gutachten unerkannt geblieben wäre. Aufgrund eines vergleichsweise weiten Spektrums weiterhin zumutbarer Hilfsarbeiten schade die unterbliebene Konkretisierung der möglichen Arbeitsstellen nicht. Das Valideneinkommen betrage ausgehend von demjenigen für das Jahr 2005 von Fr. 57'018.-- nominallohnangepasst Fr. 60'393.--. Das anhand des statistischen Durchschnittseinkommens unter Berücksichtigung einer Arbeitsunfähigkeit von 20% und eines zusätzlichen Abzugs vom statistischen Durchschnittseinkommen von 10% ermittelte Invalideneinkommen belaufe sich auf Fr. 43'185.--. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von 28%.

B.c Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verzichtete am 21. September 2010 auf eine materielle Replik (act. G 6).

Erwägungen:

1.

Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer zu mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 16 ATSG ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung



der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.1 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Ermittlung des massgebenden Sachverhalts bildet. Der Beschwerdeführer ist in mehrfacher Hinsicht in seiner Gesundheit beeinträchtigt. Die einzelnen Beeinträchtigungen beschlagen verschiedene medizinische Fachgebiete. Das bedeutet aber entgegen der Auffassung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nicht, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit nur durch eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung ermittelt werden könnte. Es ist durchaus möglich, die unabhängig voneinander ermittelten Abklärungsergebnisse aus den verschiedenen Fachgebieten so zusammenzuführen, dass ein Gesamtbild entsteht, auf welches sich die massgebende Arbeitsfähigkeitsschätzung dann abstützen kann.

1.1.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat sinngemäss geltend gemacht, die Folgen der Gastritis für die Arbeitsfähigkeit seien nicht abgeklärt worden. Die Gastritis ist im ersten Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2004 mit folgender Diagnose genannt worden: St. n. gastrointestinaler Blutung bei HP-positiver Gastritis 12/02 (vgl. IV-act. 14-1). Im Verlaufsbericht vom 24. Mai 2005 (vgl. IV-act. 42-1) hat Dr. C.\_\_\_\_ die Gastritis gar nicht mehr aufgeführt. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hat am 1. Juni 2005 festgehalten (vgl. IV-act. 43-2), die Gastritis sei medikamentös behandelt worden; seither seien keine diesbezüglichen Probleme mehr erwähnt worden. In der Anmeldung vom 13. Juni 2009 (vgl. IV-act. 59-7) hat der Beschwerdeführer die Gastritis ebenfalls nicht erwähnt. Sie hat auch in der Diagnosenliste der späteren Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ gefehlt (vgl. IV-act. 71-1, 88-1). In dem mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossenen Verwaltungsverfahren hat auch kein anderer Arzt die Gastritis erwähnt. Daraus kann nur der Schluss gezogen werden, dass die Gastritis lange vor der erneuten Anmeldung vollständig abgeheilt ist. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht auf eine entsprechende Abklärung verzichtet. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgebenden



Zeitraum also nicht durch eine Gastritis oder durch irgendwelche Folgen einer früher durchgemachten Gastritis eingeschränkt gewesen.

1.1.2 Im ersten Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ ist auch eine koronare Herzkrankheit (KHK) erwähnt worden. Sie war das Resultat eines 1997 erlittenen, akuten infero-posterioren Myokardinfarkts. Zwar hat der damalige Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 9. Mai 2005 angegeben, es sei eine Operation erforderlich (vgl. IV-act. 39-1), tatsächlich hat aber wohl nie eine solche stattgefunden. In den späteren medizinischen Berichten fehlte nämlich jeder Hinweis auf einen entsprechenden Eingriff. Bereits kurz nach dem Infarkt, nämlich am 14. Januar 1998, hatten die Ärzte der Medizinischen Klinik B des Kantonsspitals St. Gallen angegeben, es sei eine leichte, diffuse Koronarsklerose, aber keine signifikante Stenose nachweisbar (vgl. IV-act. 42-16). Dr. G.\_\_\_\_ hat am 4. Mai 2005 gestützt auf ein Echokardiogramm den Verdacht geäussert, dass es zu einem ungünstigen Remodeling und zu einer Hypertrophie des linken Ventrikels gekommen sein könnte (vgl. IV-act. 42-5). Er ist davon ausgegangen, dass die Brustbeschwerden nicht bzw. mehrheitlich nicht myokardischämischen Ursprungs seien. Die Verschlechterung der Funktion des linken Ventrikels könne zu einer verstärkten Atemnot und zu einer verminderten körperlichen Belastbarkeit führen. Dr. C.\_\_\_\_ hat am 24. Mai 2005 (vgl. IV act. 42-1) darauf hingewiesen, dass keine Angina pectoris habe nachgewiesen werden können. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hat am 1. Juni 2005 notiert (vgl. IV-act. 43-2), die kardiologische Problematik habe sich seit 1998 nicht verändert. Bei der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug hat der Beschwerdeführer die koronare Herzkrankheit zwar angegeben (vgl. IV-act. 59-7) und auch im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2009 ist sie als Diagnose aufgeführt worden (vgl. IV-act. 66-1), aber als arbeitsfähigkeitsrelevante Krankheiten hat Dr. C.\_\_\_\_ nur die Schulter-, Rücken- und Kniebeschwerden bezeichnet. Der Kardiologe Dr. G.\_\_\_\_ hatte am 28. Januar 2009 festgehalten (vgl. IV-act. 71), die Funktion des linken Ventrikels sei seit 2005 unverändert. Es sei also nicht zu einem ungünstigen Remodeling gekommen und es lasse sich auch keine neue Bewegungsstörung ausmachen. Die Natur einer im Dezember 2008 durchgemachten linksseitigen Sensibilitätsstörung bleibe deshalb im Dunkeln. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus kardiologischer Sicht hatte sich Dr. G.\_\_\_\_ in diesem Bericht nicht geäussert. Dr. C.\_\_\_\_ hat der Beschwerdegegnerin am 8. Oktober 2009 angegeben (vgl. IV-act. 88-3), der Beschwerdeführer sei u.a. am Herz "angeschlagen". Das sei auch ein Grund dafür,



dass er als Bauarbeiter nicht mehr arbeitsfähig sei. Dr. C.\_\_\_\_ hat aber nicht geltend gemacht, dass die koronare Herzkrankheit auch in einer adaptierten Erwerbstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. In den vorliegenden medizinischen Akten fehlt somit jeder Hinweis darauf, dass sich die koronare Herzkrankheit seit 2005 verschlimmert hätte und die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit beeinträchtigen würde. Demnach hat die Beschwerdegegnerin keine Veranlassung gehabt, in Bezug auf die koronare Herzkrankheit eine Begutachtung anzuordnen. Sie ist zu Recht davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine angepasste Erwerbstätigkeit durch die koronare Herzkrankheit nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei.

1.1.3 Die Kniebeschwerden sind im Jahr 2004 offenbar Anlass für eine IV-Anmeldung gewesen, denn der Beschwerdeführer hat im entsprechenden Formular keine andere Gesundheitsbeeinträchtigung angegeben (vgl. IV-act. 1-6). Der Beschwerdeführer hatte sich am linken Knie einer Arthroskopie und einer lateralen Teilmeniskektomie unterzogen (vgl. IV-act. 14-10). Die Klinik D.\_\_\_\_ hatte am 30. November 2004 für eine leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Arbeit eine volle Arbeitsfähigkeit angegeben (vgl. IV-act. 14-8). Die von Dr. C.\_\_\_\_ am 6. Dezember 2004 auf 100% geschätzte Arbeitsunfähigkeit hatte sich demgegenüber auf die (nicht adaptierte) Tätigkeit als Bauarbeiter bezogen. Dr. K.\_\_\_\_ hat am 24. Januar 2005 zwar auch für eine adaptierte Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angegeben (vgl. IV-act. 23-7). Das dürfte auf einen Verschrieb zurückzuführen sein. Dementsprechend ist Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD am 3. Februar 2005 davon ausgegangen, dass alle involvierten Ärzte für eine adaptierte Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit angenommen hätten (vgl. IV-act. 24-2). Bis zur Ablehnung des Gesuchs um berufliche Eingliederungsmassnahmen ist der Zustand der Kniegelenke also nicht so schlecht gewesen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit (teilweise) arbeitsunfähig gewesen wäre. Am 24. Juni 2009 hat Dr. C.\_\_\_\_ dann aber auch für eine adaptierte Tätigkeit eine reduzierte Arbeitsfähigkeit (50%) angegeben (vgl. IV-act. 66-1). Dr. K.\_\_\_\_ hatte bereits am 30. Januar 2007 eine kniebedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit genannt, wobei er allerdings widersprüchliche Angaben gemacht und ausserdem auch die (vermeintlichen) Folgen internistischer Gesundheitsbeeinträchtigungen einbezogen hatte (vgl. IV-act. 71-15 f.). Dr. F.\_\_\_\_ hatte am 4. Dezember 2008 die Diagnose einer fortgeschrittenen Gonarthrose links gestellt



und eine Kniegelenksprothese empfohlen, ohne sich allerdings zur Arbeitsfähigkeit zu äussern (vgl. IV-act. 88-19 ff.). Dr. C.\_\_\_\_ ist am 8. Oktober 2009 davon ausgegangen, dass auf jeden Fall eine TP des linken Kniegelenks erfolgen werde (vgl. IV-act. 88-3). Er hat für den damals aktuellen Zustand eine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 100% und für den fiktiven Zustand nach einer prothetischen Versorgung links eine Arbeitsfähigkeit von "vielleicht" 25% (halbe Zeit und halbe Leistung) genannt, ohne aber zu erklären, warum die seit 2005 eingetretene Verschlechterung des Zustands des linken Knies eine derart massive Abnahme der Arbeitsfähigkeit in einer "knieadaptierten" Erwerbstätigkeit (von 100% auf 0%) bewirkt haben sollte. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag deshalb nicht zu überzeugen. Immerhin steht fest, dass seit 2005 eine erhebliche Verschlimmerung des linken und neu auch eine Beeinträchtigung des rechten Knies eingetreten sind. Da sich der Beschwerdeführer inzwischen entschlossen hat, keine Knieprothese einsetzen zu lassen, hat Dr. I.\_\_\_\_ den Zustand begutachtet, den Dr. C.\_\_\_\_ seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung zugrunde gelegt hat. Dazu hat er Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke und ein MRI des linken Knies anfertigen lassen, bevor er den Beschwerdeführer klinisch untersucht hat. Für die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers geltend gemachte Befangenheit von Dr. I.\_\_\_\_ ergeben sich aus den Akten keinerlei Anhaltspunkte. Wenn beim Beschwerdeführer der subjektive Eindruck entstanden sein sollte, dass ihm Dr. I.\_\_\_\_ nicht gewogen sei, so ist das für die Annahme einer objektiven Befangenheit nicht relevant. Ebenso erweist sich der in der Stellungnahme zum Vorbescheid (vgl. IV-act. 120) geäusserte Verdacht, die Beschwerdegegnerin habe bei Dr. I.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeitsschätzung "in Auftrag gegeben", die einen Rentenanspruch ausschliesse, als haltlos, so dass sich jede weitere Auseinandersetzung damit erübrigt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ auf eine umfassende und überzeugende Abklärung des Zustands der Kniegelenke abstützt.

1.1.4 Bei der erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. IV-act. 1-6) hat der Beschwerdeführer als Gesundheitsbeeinträchtigung nur die Kniebeschwerden angegeben. Im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2004 (vgl. IV-act. 14) und den beigelegten Berichten anderer behandelnder Ärzte tauchen neben den Kniebeschwerden nur die internistischen Probleme auf. Erst in einem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2005 (vgl. IV-act. 23) werden die Rückenbeschwerden angeführt,



allerdings noch als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Bericht vom 23. Mai 2005 (vgl. IV-act. 42-1) hat dann auch Dr. C.\_\_\_\_ als zusätzliche Diagnose ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom angegeben. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hat diese Gesundheitsbeeinträchtigung als rein qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit taxiert (vgl. IV-act. 43), d.h. er ist davon ausgegangen, dass in einer adaptierten Erwerbstätigkeit keine Verminderung des Arbeitsfähigkeitsgrads bestehe. Nach der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug hat Dr. C.\_\_\_\_ am 24. Juni 2009 rezidivierende Lumbalgien und Lumboischialgien angegeben (vgl. IV-act. 66). Ob er diese Beschwerden als Teilursache der angegebenen Arbeitsunfähigkeit von 50% angesehen hat, lässt sich seinen Ausführungen nicht entnehmen. Dr. K.\_\_\_\_ hatte diese Frage allerdings bereits am 30. Januar 2007 bejaht (vgl. IV-act. 71-16), während Dr. F.\_\_\_\_ am 4. Dezember 2008 zwar die Diagnose eines chronischen Zerviko- und Lumbovertebralsyndroms gestellt, in seiner medizinischen Beurteilung dann aber nicht mehr erwähnt hatte (vgl. IV-act. 71-12, 71-14). Die Rückenbeschwerden haben nie Gegenstand einer entsprechend ausgerichteten fachärztlichen Abklärung gebildet, bis Dr. I.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer untersucht hat (vgl. IV-act. 168). Dieser Arzt hat als erster eine umfassende Abklärung vorgenommen, wobei er sich auf von ihm selbst veranlassten Röntgenaufnahmen der LWS und auf ein MRI BWK11 bis SWK2 abgestützt hat. Er hat die lumbalen Schmerzen und die pathologischen Befunde der LWS als nachgewiesen betrachtet. Einzig die vom Beschwerdeführer bei der klinischen Untersuchung angegebene Hyposensibilität des gesamten linken Beins ist nicht erklärbar gewesen. Dr. I.\_\_\_\_ hat den objektiv festgestellten Rückenbeschwerden dadurch Rechnung getragen, dass er die adaptierte Erwerbstätigkeit entsprechend definiert hat: Abwechslungsweise stehend und sitzend auszuüben, keine häufige inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltung, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg. Ob die Rückenschmerzen bei einer konsequenten Einhaltung dieser Vorgaben eine (Teil-) Ursache der Arbeitsunfähigkeit von 20% wären, lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die Abklärung in Bezug auf die Rückenprobleme nicht konkret kritisiert, weshalb davon ausgegangen werden darf, dass die umfassende Untersuchung lege artis erfolgt und ihr Ergebnis als überwiegend wahrscheinlich richtig zu qualifizieren ist. Daran vermag auch die abweichende Auffassung insbesondere von Dr. K.\_\_\_\_ nichts zu ändern, denn behandelnde Ärzte neigen erfahrungsgemäss aufgrund ihrer vertraglichen und



persönlichen Beziehung zum Patienten dazu, dessen oftmals übertriebene Schmerzangaben als objektiv zu betrachten und deshalb zu übernehmen. Die abweichende und teilweise widersprüchliche Einschätzung insbesondere von Dr. K.\_\_\_\_ vermag deshalb die Überzeugungskraft der Angaben von Dr. I.\_\_\_\_ nicht zu erschüttern.

1.1.5 Die Beschwerden an der linken Schulter sind vom Beschwerdeführer erstmals bei der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug geltend gemacht worden (IV-act. 59-7). Dr. F.\_\_\_\_ hatte am 5. März 2008 ausgeführt (vgl. IV-act. 71-17 f.), der Beschwerdeführer verspüre seit Januar 2008 linksseitige Schulterschmerzen. Weder die Sonographie noch die Röntgenuntersuchung hätten Schädigungen aufgezeigt. Die Präsentation habe eher auf eine Schmerzgeneralisierung hingewiesen. Auch hier hat Dr. I.\_\_\_\_ sowohl Röntgenaufnahmen als auch ein MRI anfertigen lassen (vgl. IV-act. 108-6), womit er die gesicherte Diagnose eines Impingements bei AC-Gelenksarthrose und Acromionsporn, einer inkompletten Supraspinatussehnenruptur und einer glenohumeralen Chondropathie hat erheben können (vgl. IV-act. 108-7). Er hat dieser Beeinträchtigung ebenfalls durch eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen, nämlich insbesondere durch die Beschränkung auf Arbeiten bis zur Horizontalen. Offen gelassen hat Dr. I.\_\_\_\_, inwieweit die Schulterbeschwerden an der quantitativen Arbeitsunfähigkeit beteiligt sind. Angesichts der umfassenden und lege artis vorgenommenen Abklärung und angesichts des Umstands, dass kein Widerspruch zu den früheren medizinischen Erhebungen besteht, ist auch in bezug auf die Schulterbeschwerden davon auszugehen, dass das Abklärungsergebnis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit richtig ist.

1.1.6 Die von Dr. I.\_\_\_\_ unter Einbezug aller in sein Fachgebiet fallenden Gesundheitsbeeinträchtigungen ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 20% würde es dem Beschwerdeführer erlauben, sich auch in einer behinderungsadaptierten Erwerbstätigkeit noch zusätzlich zu schonen. Diese Schonung besteht erfahrungsgemäss in der Möglichkeit, bei Bedarf zusätzliche Pausen einzuschalten oder das Arbeitstempo zu verlangsamen. Damit kann im übrigen auch allfälligen Beschwerden seitens der koronaren Herzkrankheit begegnet werden. In einer adaptierten Erwerbstätigkeit sind kaum Arbeitsvorgänge notwendig, die Schmerzen provozieren könnten. Berücksichtigt man zudem, dass der Beschwerdeführer entsprechend einer IV-spezifischen Schadenminderungspflicht gehalten wäre, ein



zumutbares Mass an Schmerzen bei der Arbeit in Kauf zu nehmen, so erscheint die zusätzlich zur qualitativen Arbeitsunfähigkeit angegebene quantitative Arbeitsunfähigkeit von 20% als angemessen. Da damit auch der von Dr. I. \_\_\_ nicht abgeklärten koronaren Herzkrankheit Rechnung getragen ist, hat die Beschwerdegegnerin der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens zu Recht einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% zugrunde gelegt. Wäre dieser Arbeitsfähigkeitsgrad, der Behauptung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gemäss, so viel tiefer, dass eine Invalidität von 40% oder mehr drohen würde, so könnte keine Prüfung des Rentenanspruchs erfolgen. Den medizinischen Akten lässt sich nämlich entnehmen, dass jedenfalls in Bezug auf das linke Kniegelenk, den Angaben von Dr. I. \_\_\_ zufolge auch in bezug auf die linke Schulter, medizinische Eingliederungsmassnahmen möglich und zumutbar wären und dass damit die Arbeitsfähigkeit deutlich verbessert werden könnte (sog. Eingliederung vor Rente, vgl. etwa U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. a.; N. 47). Der Einkommensvergleich zur Prüfung eines allfälligen definitiven Rentenanspruchs könnte also erst nach der Durchführung dieser medizinischen Massnahmen, allenfalls aber auch gestützt auf eine Sanktionsandrohung gemäss Art. 21 Ab. 4 ATSG erfolgen.

2.

Der Beschwerdeführer hat sich am 13. Juni 2009 zum Bezug einer Invalidenrente angemeldet (vgl. IV-act. 59-9). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der hier anwendbaren Fassung der 5. IV-Revision, gültig ab 1. Januar 2008) kann deshalb frühestens ab Januar 2010 ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehen. Der Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG hat deshalb anhand des Einkommensniveaus des Jahres 2010 zu erfolgen. Wäre der Beschwerdeführer nicht erkrankt, so wäre er wahrscheinlich immer noch als Bauarbeiter der Lohnklasse B tätig, denn es fehlt jeder Hinweis darauf, dass er die Branche gewechselt oder sich in der Baubranche beruflich weiter qualifiziert hätte. Gemäss dem Art. 41 Abs. 2 lit. b des am 14. April 2008 abgeschlossenen Landesmantelvertrages 2008-2010 für das Schweizerische Bauhauptgewerbe (LMV) betrug der Mindestlohn eines Bauarbeiters der Lohnklasse B im Jahr 2009 Fr. 4884.-- bzw. Fr. 58'608.--. Dieser Lohn ist gemäss einer entsprechenden Zusatzvereinbarung zum LMV für das Jahr 2010 um 1% erhöht worden. Das ergibt ein Jahreseinkommen von Fr. 59'194.--. Dieser Betrag ist als



Valideneinkommen in den Einkommensvergleich einzusetzen, zumal er mit den von der B.\_\_\_\_ GmbH angegebenen effektiven Löhnen 2002 und 2003 (vgl. IV-act. 13-2) -  
teuerungsbereinigt - übereinstimmt. Zur Ermittlung des zumutbaren  
Invalideneinkommens ist bei Personen, die keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen,  
praxisgemäss auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene schweizerische  
Lohnstrukturerhebung abzustellen. Die von Dr. I.\_\_\_\_ definierte behinderungsadaptierte  
Erwerbstätigkeit kann als Hilfsarbeit in sehr vielen Branchen ausgeübt werden.  
Entgegen der Auffassung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist irrelevant,  
ob eine entsprechende offene Stelle gefunden werden könnte. Massgebend ist einzig,  
dass solche Arbeitsplätze existieren. Auszugehen ist deshalb vom Durchschnittslohn  
(Zentralwert) der Hilfsarbeiter aller Branchen. Dieser Durchschnittslohn hat sich gemäss  
der Lohnstrukturerhebung 2008 (Anhang Tabelle T1, auf Fr. 4'935.-- belaufen.  
Umgerechnet von 40 auf den schweizerischen Durchschnitt im Jahr 2008 von 41,6  
Wochenarbeitsstunden resultiert ein Monatslohn von Fr. 5'132.40 bzw. Fr. 61'584.--,  
der Nominallohnentwicklung bis 2010 (Anh. 2 der von der Informationsstelle AHV/IV  
herausgegebenen Textausgabe des IVG) angepasst von Fr. 63'297.--. Dieser  
Jahreslohn liegt Fr. 4'103.-- bzw. 7% über dem Valideneinkommen. Davon sind nach  
dem Abzug der Erheblichkeitsgrenze von 5% (vgl. Rechtsprechung des  
Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die  
Invalidenversicherung, herausgegeben von Ulrich Meyer, 2. A., S. 322 f.) die  
verbliebenen 2% bzw. Fr. 1'172.-- abzuziehen. Das Ausgangseinkommen zur  
Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens beträgt somit Fr. 62'700.--. Die  
Beschwerdegegnerin hat einen weiteren Abzug von 10% vorgenommen, da der  
Beschwerdeführer gegenüber gesunden Konkurrenten für eine adaptierte Hilfsarbeit  
gewisse Nachteile in Kauf nehmen müsse, die er nur durch einen  
unterdurchschnittlichen Lohn ausgleichen könne. Zu diesen Nachteilen gehören  
insbesondere der sogenannte Teilzeitnachteil (d.h. der Umstand, dass bei einer  
Teilzeitbeschäftigung eine überproportionale Lohnreduktion eintritt), die - zumindest  
aus der Sicht eines potentiellen Arbeitgebers - bestehende Gefahr  
überdurchschnittlicher Krankheitsabsenzen, die betriebswirtschaftlich als zusätzliche  
Lohnkosten zu qualifizieren wären, und die Unfähigkeit des Beschwerdeführers, bei  
Bedarf vorübergehend zu mehr als 80% tätig zu sein (d.h. Überstunden zu leisten),  
oder bei Bedarf vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz eingesetzt zu



werden. Diese Nachteile rechtfertigen praxisgemäss einen zusätzlichen Abzug von 10%. Damit beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 44'730.--. Es resultiert somit eine behinderungsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 14'464.--, die einem Invaliditätsgrad von 24% entspricht. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht einen Rentenanspruch verneint.

3.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Da der Beschwerdeführer unterliegt, hat er keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Auch das entsprechende Begehren des Beschwerdeführers ist deshalb abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der als durchschnittliche zu qualifizierende Aufwand rechtfertigt praxisgemäss eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Diese ist durch den unterliegenden Beschwerdeführer zu bezahlen. Sie ist durch den vom Beschwerdeführer in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.