



**Fall-Nr.:** IV 2015/234  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 07.07.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.07.2017**

**Art. 7 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Abstellen auf ein MEDAS-Gutachten, das aufgrund einer Anpassungsstörung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert, wobei sich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Wegen der geänderten Rechtsprechung zu unklaren somatoformen Beschwerdebildern ist keine neue Begutachtung erforderlich, da die massgeblichen Indikatoren im Gutachten genügend berücksichtigt wurden. Die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Anpassungsstörung kann offen gelassen werden, da jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2017, IV 2015/234).**

Entscheid Versicherungsgericht, 07.07.2017

#### **Entscheid vom 7. Juli 2017**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/234

Parteien

**A.**\_\_\_\_,



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,  
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich bei der Invalidenversicherung (IV) am 7. Mai 2013 zur Früherfassung (IV-act. 1) und am 2. Juni 2013 zum Leistungsbezug an (IV-act. 9).

A.b Der Versicherte war vom 1. bis 28. Mai 2013 stationär in der Klinik B.\_\_\_\_ therapiert worden. Als Diagnosen wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine akute Lumbago am 28. April 2013, ein Zustand nach dreimaliger Unterschenkelfraktur (1984, 1986, 2002) mit deutlicher Kraftminderung, Bewegungseinschränkungen und chronischen Schmerzen nach wiederholten postoperativen Eingriffen und rezidivierenden Infekten im Frakturbereich sowie ein Zustand nach Oberschenkelfraktur rechts 1984 mit mehreren Revisionseingriffen wegen Wundinfektionen festgehalten. Funktional bestünden Einschränkungen bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, der Initiierung von Spontanaktivitäten sowie der Kontaktfähigkeit zu Dritten (Austrittsbericht vom 11. Juni 2013, IV-act. 30-7 ff.). Im Überweisungsschreiben vom 1. März 2013 an die Klinik B.\_\_\_\_ hatte Dr.med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH,



## St.Galler Gerichte

ausgeführt, der Versicherte arbeite seit 25 Jahren beim gleichen Arbeitgeber. Nach seinen Angaben sei in den letzten Monaten aus wirtschaftlichen Gründen der Druck auf die Arbeitnehmer erheblich verstärkt worden, so dass er diesen nicht mehr aushalte. Es sei offenbar am 15. Februar 2013 zu einer sehr emotionalen Reaktion am Arbeitsplatz gekommen; der Versicherte sage, er sei völlig ausgerastet. Seither arbeite er nicht mehr (100 %-ige Arbeitsunfähigkeit; Fremdakten act. G 4.2).

A.c Dr.med. D.\_\_\_, Oberarzt, und lic.phil. E.\_\_\_, Psychologin am Psychiatrischen Zentrum F.\_\_\_, diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10:F 32.1), bestehend seit ca. 2012, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.51), bestehend mindestens seit 2010, vermutlich seit 2002. Der Versicherte sei durch ausgeprägte Konzentrationsstörungen, geringe Belastbarkeit, verminderten Antrieb, starke innere Unruhe, erhöhte Reizempfindlichkeit und Schmerzen in seiner Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt und leide unter einem Gefühl der Überbelastung. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Arztbericht vom 4. September 2013, IV-act. 29).

A.d In der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) wurden gemäss Arztbericht vom 1. Oktober 2013 folgende Diagnosen gestellt: (1.) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken unteren Extremität, (2.) eine chronische Lumboischialgie bei Diskushernie L4/5 mit fraglicher Nervenwurzelkompression L5 links recessal (ED 08/13) sowie (3.) eine psychogene Überlastungssituation mit mittelgradiger depressiver Episode sowie Burnout Symptomatik. Die Ärzte führten aus, insgesamt bestehe eine sehr komplexe, multifaktorielle Beschwerdesymptomatik. Zum Teil seien die chronischen Beinschmerzen links auf die Unfallfolgen sowie die posttraumatische Deformität zurückzuführen, es bestehe jedoch auch der hochgradige Verdacht auf eine Somatisierung der psychosozialen Belastungssituation (IV-act. 30-18 ff.).

A.e Dr. C.\_\_\_ vermerkte im Arztbericht vom 23. November 2013, Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien eingeschränkt durch psychische Probleme. Der Versicherte sei seit dem 18. Februar 2013 nicht mehr arbeitsfähig. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei



## St.Galler Gerichte

nicht möglich, da der Versicherte sich infolge psychischer Dekompensation ausserstande sehe, eine Arbeit auszuüben (IV-act. 30-1 ff.).

A.f Dr. D.\_\_\_\_ und lic.phil. E.\_\_\_\_ notierten im Verlaufsbericht vom 14. Februar 2014, aufgrund der Komplexität der Situation mit diversen einflussreichen Faktoren sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht sei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit extrem schwierig. Aktuell werde sie auf 0 % eingeschätzt. Einen Arbeitsversuch mit max. 50 % hielten sie für hilfreich (IV-akt. 31).

A.g Dr.med. G.\_\_\_\_, Oberärztin Schmerzzentrum KSSG, berichtete am 27. Mai 2014, als Diagnose bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Gebershagen Stadium II, gemischt nozizeptiv und neuropathisch, Unterschenkel und Fuss links, lateraler Oberschenkel links, laterale Hüfte bds., lumbovertebral und Nacken. Als Komorbidität erwähnte sie eine einmalige depressive Episode Juni 2013, als yellow flags eine Schwächung im Selbstwert wegen Arbeitslosigkeit und als Ressourcen Arbeitswille und Familie. Zur Arbeitsfähigkeit nehme das Schmerzzentrum des KSSG nicht Stellung (IV-act. 46).

A.h Dr. D.\_\_\_\_ und lic.phil. E.\_\_\_\_ schätzten gemäss Verlaufsbericht vom 6. Juni 2014 die Arbeitsfähigkeit auf maximal 30 % (maximal 2 Std. tägl.), wobei sie eine Arbeitsabklärung der IV als dringend erachteten (IV-act. 45).

A.i Vom 18. August bis 5. September 2014 wurde der Versicherte in der Klinik H.\_\_\_\_ behandelt. Die Diagnosen lauteten auf Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ängsten und Stimmungseinbrüchen (ICD-10: F43.23) und mittelschwere psychophysische Erschöpfung im Rahmen der schmerzbedingten Schon- und Vermeidungshaltung (ICD-10: Z73.00) sowie aktenmässig ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Gebershagen Stadium II. Auf dem freien Wirtschaftsmarkt bestehe aus psychosomatischer Sicht weiterhin keine Arbeitsfähigkeit (Bericht an das Schmerzzentrum KSSG vom 3. Oktober 2014, IV-act. 70-92 f.).

A.j Der Versicherte wurde im Auftrag der IV-Stelle durch das Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) polydisziplinär begutachtet (Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, orthopädische Chirurgie, Psychiatrie/Psychotherapie; Gutachten vom 9. Januar 2015,



Untersuchungen 4., 10., 15. und 18. Dezember 2014; IV-act. 70). Die Gutachter diagnostizierten (1.) ein chronisches Schmerzsyndrom Rückfuss links bei Status nach Verkehrsunfall mit Polytrauma mit Oberschenkelfraktur bds. und Unterschenkelfraktur links 1984, Status nach Verkehrsunfall mit Polytrauma, Ellbogenfraktur rechts, Oberschenkelfraktur bds. und Malleolarfraktur 1986, Status nach offener Unterschenkelfraktur links mit Osteosynthese primär mittels Fixateur externe, Infekt, Pseudoarthroseausräumung, Spongiosaplastik und Plattenosteosynthese 2002 mit persistierendem Rückfussvalgus und posttraumatisch/postoperativ bedingter Beinlängendifferenz von 15mm zugunsten links, (2.) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Diskushernie L4/5 links (MRI 13. August 2013; vgl. auch IV-act. 70-67), (3.) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), (4.) eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), sowie (5.) eine leichte kognitive Funktionsstörung (IV-act. 70-52). Gesamtmedizinisch ergebe sich, dass dem Versicherten schwere, nicht adaptierte Tätigkeiten nicht möglich seien. Solche habe er auch nicht ausführen müssen. Seit August 2014 bestehe in einer leichten bis intermittierend mittelschweren adaptierten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen (IV-act. 70-55).

A.k Nach Einholung einer RAD-Stellungnahme (vom 19. Januar 2015, IV-act. 71) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Februar 2015 an, das Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 75). Dagegen liess der Versicherte am 5. März 2015 bzw. 26. Mai 2015 Einwand erheben (IV-act. 76; IV-act. 86-1 ff.). Er reichte Arztberichte von Dr.med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für ORL, vom 7. April 2015 (IV 86-12 f.), von Dr.med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 6. Mai 2015 (IV 86-9 ff.), von Dr.med. K.\_\_\_\_, Pneumologie, Schlafmedizin, vom 15. Mai 2015 (IV 86-15 f.), sowie von Dr.med. L.\_\_\_\_, praktischer Arzt, (Atteste vom 19. Mai 2015, IV-act. 86-18 f., und vom 7. Mai 2015, IV-act. 86-20 f.) ein und machte im Wesentlichen geltend, die fachärztlichen Abklärungen im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung seien unvollständig.

A.l Die IV-Stelle unterbreitete die Angelegenheit nochmals dem RAD und verfügte unter Verweis auf dessen Stellungnahme vom 11. Juni 2015 (IV-act. 88) am 12. Juni 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens um Rente. Aus versicherungsmedizinischer Sicht hätten die neu vorgebrachten Diagnosen keine



Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es könne weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen werden (IV-act. 89).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 12. Juni 2015 erhebt A.\_\_\_\_, vertreten durch Fürsprecher M. Büchel, am 10. August 2015 Beschwerde. Die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es seien ihm die gesetzlich zustehenden Leistungen, insbesondere eine IV-Rente, zuzusprechen. Eventualiter sei ein gerichtliches multidisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen und alsdann neu zu entscheiden. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung sei nicht nachvollziehbar. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber den Vorberichten werde nicht erklärt. Die Diagnose der mittelgradig depressiven Episode werde zu Unrecht nicht mehr gestellt und derjenigen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ohne Begründung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Dem Beschwerdeführer sei laut Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2015 aufgrund der Gesamtsituation aus rein rheumatologischer Sicht eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit zumutbar. Sodann habe Dr. L.\_\_\_\_ die Diagnosen eines hochgradigen Schlafapnoesyndroms und eines Fibromyalgiesyndroms ausführlich und nachvollziehbar begründet. Es hätte zwingend eine rheumatologische und eine pneumologische Begutachtung stattfinden müssen. Das BEGAZ-Gutachten vermöge nicht zu überzeugen. Die Zusatzfrage betreffend syndromaler Leiden sei nicht beantwortet worden; dies wäre umso wichtiger, als mittlerweile auch ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden sei (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das BEGAZ-Gutachten beruhe auf umfassenden Untersuchungen. Es habe der Gutachterstelle obliegen, aufgrund der konkreten Fragestellung und der erforderlichen Untersuchungen Art und Umfang der Fachdisziplinen festzulegen. Zudem habe der RAD in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 11. Juni 2015 darauf hingewiesen, dass sich aus dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ keinerlei Hinweis auf eine rheumatologische Grunderkrankung als Ursache der Beschwerden ergebe. In diesem Bericht seien keine bei der Begutachtung unerkannte und ungewürdigte Aspekte aufgeführt worden. Der Pneumologe Dr. K.\_\_\_\_



habe geäussert, dass die Auswirkungen des Schlafapnoesyndroms behoben werden könnten und im Übrigen das Gutachten als "treffend" bezeichnet. Auch der Bericht von Dr. I. \_\_\_ sei nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken, denn er biete keinen Grund zur Annahme, dass die aus ORL-Sicht diagnostizierten Leiden (Tinnitus, chronische Tonsillitis und Tonsillienhyperplasie) sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten. Unter den gegebenen Umständen und aufgrund der unausweichlichen Ermessenszüge und der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung der behandelnden Ärzte begründeten die vom BEGAZ-Gutachten abweichenden Einschätzungen des Hausarztes Dr. L. \_\_\_ und des Rheumatologen Dr. J. \_\_\_ keine Zweifel an der Beweiskraft des BEGAZ-Gutachtens. Nach Auffassung des psychiatrischen BEGAZ-Gutachters bestünden beim Beschwerdeführer immer noch Therapieoptionen. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe aus somatischer Sicht keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung anhand der Standardindikatoren führe insbesondere aufgrund der vorhandenen guten Ressourcen bei nicht erheblichen Komorbiditäten und fehlendem ausgeprägtem Leidensdruck zum Schluss, dass funktionelle Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen seien. Dadurch müsse von der im BEGAZ-Gutachten festgehaltenen, mit den Symptomen der (nicht invalidisierenden) Anpassungsstörung begründeten 20 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten abgewichen werden, ohne dass die Expertise ihren Beweiswert verliere. Mithin sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Aus der Gegenüberstellung des Invalideneinkommens von Fr. 66'613.-- mit dem Valideneinkommen von Fr. 76'239.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 13 %. Im Ergebnis sei die angefochtene Verfügung rechtmässig (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 30. Oktober 2015 trägt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten beruhe nicht auf umfassenden Untersuchungen. Die neuropsychologische Untersuchung habe eine leichte kognitive Funktionsschwäche ergeben; gemäss Gutachten hätten die körperlichen und psychischen Befunde Auswirkung auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Der Leidensdruck sei erheblich. Die Familie lebe an der Armutsgrenze. Aus dem vorliegenden polydisziplinären Gutachten sowie den IV-ärztlichen Berichten liessen sich mittels relevanter Indikatoren die funktionellen Auswirkungen der massgeblichen Befunde nicht abschliessend beurteilen. Der



angefochtene Entscheid sei somit ohnehin aufzuheben und die Sache mit Blick auf die Praxisänderung des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 an die Vorinstanz zurückzuweisen. Selbst wenn dennoch auf das Gutachten abgestellt würde, wäre aufgrund der psychiatrischen Diagnosen von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Zudem wäre aufgrund der Teilzeittätigkeit, des Alters, der langjährigen Tätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz, des reduzierten Arbeitstempos und der reduzierten Konzentrationsbelastbarkeit mit Bedarf vermehrter kurzer Pausen ein Tabellenlohnabzug von insgesamt 20 % zu gewähren. Somit resultiere ein Invaliditätsgrad von 44 %. Damit habe er Anspruch auf eine Viertelsrente (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8).

B.e Mit nachträglicher Eingabe vom 26. Januar 2016 reicht der Beschwerdeführer ein Schreiben und ein ärztliches Attest von Dr. L.\_\_\_\_, beide datieren vom 18. Januar 2016 (act. G 10.1 und 10.2), ein. Für Dr. L.\_\_\_\_ zeige sich, dass die tatsächlichen Gegebenheiten und Umstände stark von der theoretischen Einschätzung des Gutachtens differierten und zu einer Fehleinschätzung der Erwerbsfähigkeit führten. Auch aus Sicht von Dr. L.\_\_\_\_ sollte eine Neubegutachtung angeordnet werden (act. G 10).

### Erwägungen

1.

Zu beurteilen ist ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.



Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).



1.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a).

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das BEGAZ-Gutachten vom 9. Januar 2015 (IV-act. 70). Umstritten ist, ob darauf abgestellt werden kann.

2.2 Der Beschwerdeführer erklärte anlässlich der Untersuchungen, er könne sich nicht bewegen, er habe überall Schmerzen, am Fussgelenk links, ausstrahlend eigentlich in den ganzen Körper (IV-act. 70-17). Tägliche Hausarbeiten seien unmöglich. Er sei unkonzentriert und vergesslich, auch verliere er rasch die Geduld (IV-act. 70-21). Ursprünglich habe er sehr gerne Sachbücher gelesen, momentan könne er aufgrund der Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung lediglich noch Zeitung lesen (IV-act. 70-45). Weiter beklagte sich der Beschwerdeführer anlässlich der orthopädischen Anamneseerhebung über linksseitige Hüftschmerzen beim Sitzen, Stehen und Gehen. Er stolpere immer wieder, weil er nicht richtig abrollen könne mit dem linken Fuss. Nachtschmerzen insbesondere im Bereich des linken Fussgelenks, ja der ganzen linken Seite bis in den Rücken würden ihn am Schlafen hindern. Morgens und nach längerem Sitzen müsse er "wie kriechen". Nach einer Gehstrecke von knapp 20 Minuten komme es zu stechenden Schmerzen im Bereich des linken Fussgelenks. Sitzen sei maximal während 15 Minuten möglich, dann komme es zu Rückenschmerzen (IV-act. 70-34 f.). Bis zum Unfall im Jahre 2002 sei er sehr aktiv gewesen. Seither verspüre er beständig Schmerzen im linken Bein und Rücken und eine Instabilität im linken Fussgelenk und



habe zunehmend Mühe mit laufen, joggen und Velo fahren. Generell sei die Beweglichkeit zunehmend eingeschränkt. Trotz dieser Einschränkungen habe er seit diesem Unfall wieder zu 100 % gearbeitet und sich "durchgebissen". Dies auch, da im Jahre 2002 sein zweites Kind geboren worden sei und er und seine Frau ein eigenes Haus hätten bauen lassen. Seit 2009 habe er dann sowohl vermehrt unter Schmerzen als auch unter psychischen Problemen zu leiden begonnen. So habe er Ängste vor der beruflichen und gesundheitlichen Zukunft entwickelt, sei wegen der Schmerzen und der körperlichen Einschränkungen zunehmend selbstunsicherer und gereizter geworden und habe begonnen, unter Schlafstörungen zu leiden (IV-act. 70-43, 45). Die zunehmenden Beschwerden im Bereich des linken Unterschenkels und der Wirbelsäule hätten mehr und mehr auf die Psyche übergreifen (IV-act. 70-34). Die kognitiven Schwierigkeiten hätten seit dem Unfall im Jahr 2002 parallel zu seinem immer mehr beeinträchtigten allgemeinen körperlichen Befinden und einem generell ansteigenden psychischen Druck schleichend zugenommen (IV-act. 70-21). Die vermehrten Rückenbeschwerden seien seit ca. 2011 vorhanden (IV-act. 70-34). Zur Aufgabe der Arbeit habe geführt, dass er nach drei Operationen im Jahre 2002 am Fuss überall Schmerzen gehabt und einfach "ausgesaugt" gewesen sei (IV-act. 70-18).

2.3 Der orthopädische Gutachter hielt fest, die aktuell erhobenen klinischen Befunde entsprächen weitgehend den bereits früher erhobenen. Muskulär bestehe eine Asymmetrie der Ober- und Unterschenkelmuskulatur zuungunsten rechts bei hiesiger Verkürzung und Status nach mehreren Unterschenkeleingriffen linksseitig mit residueller Valgusfehlstellung des linken Rückfusses, welche klinisch-bildgebend bestätigt werden könne, ohne Hinweis für eine relevante Progredienz seit den Voruntersuchungen (IV-act. 70-41 f.). Aufgrund der linksseitigen Rückfussbeschwerden und der angegebenen Rückenbeschwerden seien chronisch schwere, das Achsenskelett belastende Tätigkeiten, Arbeiten auf rutschigem Gelände sowie Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position (Gerüste, Leitern etc.) nicht zumutbar. Leichte und intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten und die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiter in einem Werkstatt/Produktionsbetrieb seien dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht medizinisch-theoretisch jedoch weiterhin vollumfänglich zumutbar (IV-act. 70-42). Der Gutachter berücksichtigt damit



die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden, soweit sie durch klinische und radiologische Befunde zu objektivieren sind, und geht davon aus, dass diese die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten nicht einschränken. Dies erscheint anhand der Aktenlage plausibel: Dr. M.\_\_\_\_, Rheumatologe FMH, hatte keine adäquaten klinischen Korrelate für die vom Beschwerdeführer geschilderten chronischen, politopen musculo-skelettalen Beschwerden gefunden und festgehalten, eine wesentliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Eine funktionale Überlagerung könne nicht ausgeschlossen werden (Bericht vom 23. Dezember 2011, Fremdakten, act. G 4.2). Im Bericht der orthopädischen Klinik des KSSG vom 1. Oktober 2013 (Fremdakten, act. G 4.2; unvollständig in IV-act. 30-18 f.) war ausgeführt worden, es bestehe eine sehr komplexe, multifaktorielle Beschwerdesymptomatik. Die chronischen Beinschmerzen links seien auf die Unfallfolgen sowie auf die posttraumatische Deformität zurückzuführen. Trotz erheblicher Fehlstellung im Bereich des linken Unterschenkels zeigten sich bisher nur beginnende degenerative Veränderungen im Bereich des linken OSG. Auch die im August 2013 nachgewiesene Diskushernie L4/L5 schein nicht ursächlich für die aktuelle Schmerzsymptomatik zu sein. Es bestehe der hochgradige Verdacht auf eine Somatisierung der psychosozialen Belastungsreaktion. Der SUVA-Kreisarzt war am 15. Juli 2013 zum Schluss gekommen, insgesamt zeige sich für die vom Versicherten beklagten allgemeinen Probleme keine Progredienz in der klinischen Untersuchung. Im Vordergrund stehe die nicht-organische Komponente (Fremdakten, act. G 4.2). Schliesslich führte der Rheumatologe Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 6. Mai 2015 aus, es ergäben sich keinerlei Hinweise auf ein entzündliches Geschehen oder eine sonstige rheumatologische Grunderkrankung als Ursache der Beschwerden. Er sehe die multilokulären Beschwerden am ehesten im Rahmen einer Schmerzausweitung mit möglicherweise somatoformer Komponente (IV-act. 86-11). Insgesamt erscheint nachvollziehbar, dass die beklagten Schmerzen, soweit sie somatisch erklärbar sind, die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten nicht massgeblich einzuschränken vermögen. Dies vermag insbesondere der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen, vielmehr bestätigt er die Beurteilung des orthopädischen Gutachters auch aus rheumatologischer Sicht. Das fachärztlich diagnostizierte obstruktive Schlafapnoesyndrom (Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2015, IV-act. 86-15 f.) gilt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich als mit zumutbarer



CPAP-Therapie behandelbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juli 2015, 8C\_249/2015, E. 4.2). In den Akten befinden sich keinerlei Hinweise, dass der Beschwerdeführer diese Therapie aus invalidenversicherungsrechtlich relevanten medizinischen Gründen nicht tolerieren würde.

### 2.4

2.4.1 Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte die nicht objektivierbaren Beschwerden als anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die aufgrund nicht erfüllter Foerster-Kriterien nicht invalidisierend sei (IV-act. 71-50). Daneben erhob er Symptome der leichten Freudlosigkeit, des Grübelns, Schlafstörungen, Ängste und Selbstunsicherheit. Er befand, zum aktuellen Zeitpunkt könne nicht mehr vom Vorhandensein einer depressiven Episode ausgegangen werden. Aktenanamnestisch sei jedoch davon auszugehen, dass von mindestens Mai 2013 bis Juni 2014 eine mittelgradige depressive Episode vorgeherrscht habe. Diese scheine jedoch mindestens seit August 2014 remittiert zu sein. Aus diesem Grunde müssten die genannten Symptome zum aktuellen Zeitpunkt als Reaktion auf die Erwerbslosigkeit und (auf) die Symptome der somatoformen Schmerzstörung gewertet und als Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) diagnostiziert werden (IV-act. 70-49). Durch die Symptome der Anpassungsstörung (Selbstunsicherheit, leichte Freudlosigkeit, Grübeln, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen) sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit seit August 2014 zu ca. 20 % eingeschränkt (IV-act. 70-50, 79). Der neuropsychologische Gutachter hielt fest, zusammenfassend bestehe eine leichte kognitive Funktionsschwäche v.a. verbaler Funktionen sowie eine psychometrisch objektivierbare leicht erhöhte Ermüdbarkeit. Bezüglich der verbalen Schwächen stünden die fremde Muttersprache und eventuell eine Disposition im Vordergrund. Diese Schwächen habe der Beschwerdeführer aber in früheren Zeiten soweit kompensieren können, dass er damit in Beruf und Freizeit nicht namhaft eingeschränkt gewesen sei. Hinzu kämen heute Auswirkungen des körperlichen und psychischen Befindens auf die kognitive Leistungsfähigkeit, was sich in der leicht verminderten Konzentrationsbelastbarkeit und in der leicht erhöhten kognitiven Ermüdbarkeit manifestiere (IV-act. 70-29). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich und in alternativen Tätigkeiten, welche der Ausbildung und Berufserfahrung des Beschwerdeführers entsprächen, werde durch die leichte



kognitive Funktionsstörung in leichtem Ausmass eingeschränkt. Die verminderte Konzentrationsbelastbarkeit erfordere die Möglichkeit vermehrter kurzer Pausen. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, sorgfältig und exakt zu arbeiten, der Zeitbedarf sei aber erhöht. Die verbalen Gedächtnisunsicherheiten erforderten den Einsatz von Gedächtnisstützen und einer guten Dokumentation. Durch diese Faktoren werde die Effizienz leicht beeinträchtigt. Es handle sich hierbei nicht um eine hirnorganisch begründete Einschränkung, weshalb sich diese mit einer allfälligen bezüglich der körperlichen und psychischen Beschwerden attestierten Arbeitsunfähigkeit überschneide (IV-act. 70-30).

2.4.2 Die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ hatten im Austrittsbericht vom 11. Juni 2013 festgehalten, der Versicherte zeige ein depressives Zustandsbild mittelgradiger Ausprägung, das mit verstärkten Schmerzen und Ängstlichkeit einhergehe. Er sei mit seiner Situation überfordert und könne sein aktuelles Erleben nur teilweise in seinen Lebenszusammenhang einordnen. Aufgrund des Vorherrschens des Schmerzerlebens sei zudem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Erwägung zu ziehen. Funktional bestünden Einschränkungen bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, der Initiierung von Spontanaktivitäten sowie der Kontaktfähigkeit zu Dritten (IV-act. 30-9). Auch Dr. D.\_\_\_\_ und lic.phil. E.\_\_\_\_ hatten gemäss Arztbericht vom 4. September 2013 zusätzlich zur chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F32.1) noch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert (IV-act. 29) und im Verlaufsbericht vom 14. Februar 2014 (IV-act. 31) eine unveränderte Diagnose und vom 6. Juni 2014 einen seit Februar 2014 stationären Gesundheitszustand festgehalten (IV-act. 45). In der Klinik H.\_\_\_\_ wurde nicht mehr eine Depression, sondern eine Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ängsten und Stimmungseinbrüchen (ICD-10: F43.23) und eine mittelschwere psychophysische Erschöpfung (ICD-10: Z73.00) diagnostiziert (IV-act. 70-92 f.). Die vom Gutachter angenommene Remission der depressiven Episode im August 2014 erscheint somit nachvollziehbar.

2.4.3 RAD-Arzt Dr.med. N.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgrund der gutachterlichen Darlegungen nicht für ausgewiesen. Es werde kein andauernder und



quälender Schmerz beschrieben oder präsentiert. Eine Verbindung der Schmerzsymptomatik mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen liege nicht vor (Stellungnahme vom 19. Januar 2015, IV-act. 71-3). Es trifft zu, dass der psychiatrische Gutachter lediglich - aber immerhin - ausführt, es sei ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vorhanden, welcher in Verbindung mit psychosozialen Problemen auftrete (IV-act. 70-50), und die Diagnose damit knapp begründet. Der Beschwerdeführer macht sodann unter Berufung auf Dr. L.\_\_\_\_ geltend, dieser habe ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert (Atteste vom 19. Mai 2015, IV 86-18 f., vom 7. Mai 2015, IV-act. 86-20 f., und vom 18. Januar 2016, act. G 10.2). Hingegen diagnostizierte der Rheumatologe Dr. J.\_\_\_\_ nicht ein Fibromyalgiesyndrom, sondern ein chronisches Schmerzsyndrom und schloss eine entzündliche oder rheumatologische Erkrankung als Ursache aus (Bericht vom 6. Mai 2015, IV-act. 86-9, 11). Wie es sich damit verhält, kann insoweit offen bleiben, als sowohl das Fibromyalgiesyndrom (BGE 132 V 70 E. 4.1) als auch das von Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte chronische Schmerzsyndrom ohne rheumatologisches organisches Korrelat zu den der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gleichgestellten syndromalen Beschwerdebildern gehören.

2.5 Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erscheint nachvollziehbar, weil die mittelgradige depressive Episode remittiert ist und lediglich noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert wird. Hinsichtlich der neuropsychologischen leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird begründet, dass diese nicht zusätzlich zu den in den übrigen Disziplinen festgestellten Einschränkungen bestehe (IV-act, 70-54), doch wird sie nicht quantifiziert, sondern es wird mangels hirnologischer Ursache davon ausgegangen, dass sie die vom psychiatrischen Gutachter geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 20 % nicht übersteigt. Dies erscheint nachvollziehbar, da die neuropsychologisch objektivierten Einschränkungen somit auf die psychiatrisch diagnostizierten Beschwerden (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Anpassungsstörung) zurückzuführen sind. Das BEGAZ-Gutachten ist somit beweistauglich und es ist darauf abzustellen.

3.



3.1 Die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Anpassungsstörung unterstehen der Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern (für Anpassungsstörungen vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 9. August 2007, 9C\_255/2007, E. 3.2 und vom 17. November 2015, 9C\_380/2015, E. 3.1). In Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung verneinte der psychiatrische Gutachter eine invalidisierende Wirkung aufgrund der nicht erfüllten Foerster-Kriterien (IV-act. 70-50), attestierte jedoch eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Symptome der Anpassungsstörung (IV-act. 70-50).

3.2 Das Bundesgericht hat die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, in BGE 141 V 281 aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 294 f. E. 3.5 f.). Das funktionelle Leistungsvermögen ist anhand von Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 296 f. E. 4.1 und S. 298 ff., E. 4.3). Diese betreffen den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, Persönlichkeitsentwicklung und -struktur; zit. Urteil E. 4.1.3, 4.3.2), den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (zit. Urteil E. 4.4). Der medizinische Gutachter hat das Leistungsvermögen einzuschätzen und dabei den einschlägigen Indikatoren zu folgen (zit. Urteil, E. 5.2.2). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3).

3.3 Der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist der Schweregrad immanent (vgl. BGE 141 V 299 E. 4.3.1.1). Ein Anhaltspunkt für die Intensität der Schmerzen mag die Angabe des Beschwerdeführers bilden, er nehme täglich zwei (bzw. drei) Gramm Dafalgan und ein- bis dreimal 20 Tropfen bzw. bei Bedarf zweimal 20 - 30 Tropfen Novalgin ein (IV-act. 70-46, 22). RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_



erachtete allerdings diese Diagnose als aus den gutachterlichen Darlegungen nicht nachgewiesen (IV-act. 71-3). Der orthopädische Gutachter führt sodann aus, nach eigenen Angaben habe der Beschwerdeführer schon "alles" gemacht; die meisten Massnahmen hätten keinen Erfolg gebracht, so zum Beispiel Wassertherapie, Akupunktur, Atemtherapie, Massageeinheiten, Druckbandagen. Diverse physikalische Massnahmen seien begleitet worden auf psychologischer Ebene. Die aktuell effektiv in Anspruch genommene Therapie bestehe in regelmässiger Einnahme von Olfen, Dafalgan, Novalgin und Zalidar. Vor Cortisonspritzen habe er Angst; er habe schon anderweitig solche gehabt, ohne positiven Effekt (IV-act. 70-35). Weiter bestand eine ambulante psychotherapeutische Behandlung seit dem stationären Aufenthalt in der Klinik B.\_\_\_\_ im Mai 2013 (IV-act. 70-46), welche im Zeitpunkt der Begutachtung gerade sistiert war und zu deren Weiterführung und Intensivierung der psychiatrische Gutachter riet (IV-act. 70-51). An Ressourcen ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestünden regelmässige soziale Kontakte sowohl zur Ursprungsfamilie als auch zur Ehefrau. Des Weiteren berichte der Beschwerdeführer von mehreren guten freundschaftlichen Kontakten, welche er habe und auch regelmässig pflege (IV-act. 70-45). Als ressourcenmindernd fällt die geltend gemachte Einschränkung der Aktivitäten in Betracht (IV-act. 70-45). Der Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 27. Mai 2014 erwähnte als Ressourcen Arbeitswille und Familie und als "yellow flags" eine Schwächung im Selbstwert wegen Arbeitslosigkeit (IV-act. 46). Zur Konsistenz bemerkt der allgemeininternistische Gutachter, wiederholt und spontan habe der Beschwerdeführer erwähnt, dass er kaum sitzen könne ohne Schmerzen. Abgelenkt bei der Anamnese habe er aber 20 bis 30 Minuten sitzen können ohne Schmerzgebaren (IV-act. 70-19). Auch der orthopädische Gutachter führt aus, der Beschwerdeführer habe sich zur Begrüssung schmerzgeplagt aufgerichtet, dann aber problemlos über 25 Minuten sitzen können (IV-act. 70-36). Insgesamt lassen sich dem Gutachten die Indikatoren im Sinne der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausreichend entnehmen. Aufgrund der Konsistenz- und Ressourcenprüfung erscheint die vom psychiatrischen Gutachter angenommene Leistungsfähigkeit für eine 80 %-Tätigkeit nachvollziehbar; eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. des chronischen lumbospondylogenen Syndroms rechtfertigt sich gestützt auf die neue Rechtsprechung nicht. Ob die Anpassungsstörung die ihr vom Gutachter



zugeschriebene Arbeitsunfähigkeit von 20 % auch invalidenversicherungsrechtlich zu begründen vermag, kann offen gelassen werden, da auch diesfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht, wie noch aufzuzeigen sein wird (folgende E. 4).

4.

Der Beschwerdeführer arbeitete vom 28. Mai 1990 bis zur Krankschreibung am 13. Februar 2013 als Sachbearbeiter AVOR bei der O. \_\_\_ AG. Im Jahr 2013 hätte er gemäss Angaben der Arbeitgeberin ein Einkommen von 13 x Fr. 5'830.-- = Fr. 75'790.-- erzielt (Angaben Arbeitgeberin vom 1. Juli 2013, IV-act. 22-2, 7; vgl. auch Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 16-1). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung beträgt das Valideneinkommen per 2014 Fr. 76'340.-- (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, Index Männer 2013: 2204, 2014: 2220, siehe Informationsstelle AHV/IV, IV 2015, aktualisierte Anhänge, Anhang 2 [<http://www.shop.ahv-iv.ch/data/docs/download/21902/de/Anhaenge-1-Saeule-Stand-Januar-2017.pdf>]). Für die Bemessung des Invalideneinkommens gehen die Parteien im Beschwerdeverfahren vom durchschnittlichen Tabellenlohn Kompetenzniveau 1 Männer von Fr. 66'453.-- per 2014 aus (Lohnstrukturerhebung [LSE] bzw. Lohnentwicklung des BFS, Informationsstelle AHV/IV, a.a.O.). Der Beschwerdeführer macht geltend, aufgrund seines Alters und der Tatsache, dass er von 1990 bis 2013 bei derselben Arbeitgeberin tätig gewesen sei, sowie aufgrund der verminderten Konzentrationsbelastbarkeit bzw. der Notwendigkeit zusätzlicher Pausen habe er Anspruch auf einen Tabellenlohnabzug von mindestens 20 % (act. G 6). Alter und Anzahl der Dienstjahre wirken sich vor allem in Berufen mit höheren Anforderungen beim Stellenwechsel lohnsenkend aus (BGE 126 V 79, E. 5a/cc). Die Auswirkungen der kognitiven Einschränkung sind in die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 80 % eingeflossen (IV-act. 70-50, 53), weshalb sie für die Zuerkennung eines Tabellenlohnabzuges nicht noch einmal berücksichtigt werden dürfen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 9C\_846/2014, E. 4.1.1, mit weiteren Verweisen). Gesamtbetrachtet rechtfertigt sich deshalb ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10 %. Daraus ergeben sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ein Invalideneinkommen von Fr. 47'846.-- (Fr. 66'453.-- x 80 % x 0,9) und bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'340.-- ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 37 %. Würde ein



Prozentvergleich durchgeführt, der sich damit begründen liesse, dass die Gutachter die bisherige Tätigkeit als adaptiert betrachteten (IV-act. 70-53; vgl. auch angefochtene Verfügung, IV-act. 89-2), betrüge der Invaliditätsgrad 28 % (1 - [0,8 x 0,9]).

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 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 und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt