



Fall-Nr.: IV 2015/180
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.09.2019
Entscheiddatum: 23.01.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 23.01.2018

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten. Beweiskraft bejaht. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Januar 2018, IV 2015/180).

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und a.o. Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle
Frei; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2015/180

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29,
8887 Mels,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 27. April 2010 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Zuvor befand sich der Versicherte vom 18. März bis 22. April 2010 zur Behandlung einer Periarthropathia humeroscapularis der linken Schulter, die nach einer H1N1-Grippeimpfung im Herbst 2009 aufgetreten sei, in der Klinik Valens. Die dort behandelnden Ärzte hatten ihm beim Austritt aus der stationären Behandlung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Allerdings bestehe eine hohe Gefahr einer frühzeitigen Überforderung, was zu einer psychischen Dekompensation bei angespannter Lage führen könne. Daher bleibe vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufrecht. Eine Neuevaluation der Arbeitsfähigkeit könne frühestens in ein bis zwei Monaten nach einer Stabilisierung vor allem des psychischen Gesundheitszustands erfolgen (Austrittsbericht vom 7. Mai 2010, IV-act. 18-5 ff.). Anlässlich des Frühinterventions-Gesprächs vom 6. Mai 2010 berichtete Dr. med. B.____, Arzt an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates am Rehabilitationszentrum Valens, dem RAD-Arzt Dr. med. C.____, u.a. Facharzt für Rheumatologie, der Versicherte leide an einer Periarthropathia humeroscapularis links, einem cervikospodylogenen Schmerzsyndrom, und einer Hyperlipidämie. Ausserdem bestehe ein Verdacht auf einen latenten Diabetes mellitus II. Vorerst bestehe eine steigerbare Arbeitsfähigkeit von 50%. Vor einer Wiedereingliederung müsse die psychische Belastbarkeit noch abgeklärt werden (Protokoll vom 6./11. Mai 2010, IV-act. 18-1 ff.).

A.b Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Versicherte am 9. Juli 2010 von Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH u.a. für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und am 3. August 2010 von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vertrauensärztlich untersucht. Dr. D.____



diagnostizierte chronisch unspezifische Nacken-, Schulter- und Armschmerzen links ohne organmedizinisch objektivierbares Korrelat. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als CNC-Maschinenbediener lasse sich daraus nicht ableiten. Aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte an einer Anpassungsstörung „mit sonstigen nicht näher bezeichneten vorwiegenden Symptomen“ (ICD-10: F43.28), welche sich zur Zeit ausschliesslich in Form einer etwas hypochondrisch geprägten somatoformen Störung (den linken Arm und linken Halsbereich betreffend) zeige. Diese Störung hat nach der Einschätzung von Dr. E.____ keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 24. August 2010; Helsana-Akten). Der RAD-Arzt Dr. C.____ hielt die von den Vertrauensärzten bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit für nachvollziehbar (Stellungnahme vom 7. Oktober 2010, IV-act. 40).

A.c Die seit 20. Mai 2010 (IV-act. 47) im Psychiatrie-Zentrum F.____ behandelnde Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte dem RAD-Arzt Dr. C.____ anlässlich des Gesprächs vom 17. Februar 2011 mit, der Versicherte leide an einer mittelschweren depressiven Symptomatik aufgrund einer Anpassungsstörung. Am 24. März 2011 orientierte sie den RAD-Arzt, dass der Versicherte am 1. März 2011 eine Erwerbstätigkeit mit einem 100%igen Pensum aufgenommen habe (siehe zum Ganzen das Protokoll vom 17. Februar/24. März 2011, IV-act. 56; zur Anstellung als Operator siehe IV-act. 59-1). Daraufhin verfügte die IV-Stelle am 26. Mai 2011 den Abschluss der Eingliederungsberatung (IV-act. 60).

A.d Am 22. Februar 2012 stürzte der Versicherte bei der Arbeit von einer Leiter (siehe Schadenmeldung vom 23. Februar 2012, Suva-act. 2, sowie Suva-act. 78-1) und wurde notfallmässig im Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert (bis 28. Februar 2012, vgl. Suva-act. 37). Vom 4. April bis 2. Mai 2012 befand sich der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten in Bezug auf den Unfall vom 22. Februar 2012 mit Sturz von der Leiter aus 3 m Höhe: eine Schulterkontusion links, eine Hüftkontusion links, eine BWS-/LWS-Kontusion und eine HWS-Distorsion. Die arbeitsrelevanten Probleme seien im Nacken, im Gleichgewichtsorgan sowie an der linken Hüfte zu sehen, wobei die Beschwerden durch mässige Symptomausweitung funktionell überlagert würden. Auch die psychische Störung (zu den psychiatrischen Diagnosen siehe Suva-act. 78-1) würde



die Beschwerdeausprägung in ihrer Intensität wahrscheinlich beeinflussen. Aktuell sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (Austrittsbericht vom 4. Mai 2012, Suva-act. 78). Am 1. Mai 2012 wurde der Versicherte durch den Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, otoneurologisch untersucht. Dieser führte im Bericht vom 2. Mai 2012 aus, das Gehör sei normal und seitengleich. Das geklagte Summen im linken Ohr (Tinnitus links) sei wahrscheinlich cervical bedingt. Eine muskuläre Dysbalance könne zu solchen Geräuschempfindungen führen. Es hätten Zeichen einer vestibulären Dysfunktion nachgewiesen werden können. Diese stünden wahrscheinlich im Zusammenhang mit den cervicogenen Beschwerden und könnten als vestibuläre Migräne aufgefasst werden. Die Schwindelsymptomatik dürfte sich verbessern, falls sich auch die Schmerzsymptomatik verbessere (Suva-act. 71). Der Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, gelangte nach einer Untersuchung des Versicherten vom 10. Juli 2012 zur Auffassung, die vielfältige Beschwerdesymptomatik des Versicherten könne unterdessen nicht mehr auf das Unfallereignis vom 22. Februar 2012 zurückgeführt werden. Im Vordergrund stehe nun die psychische Symptomatik mit Symptomausweitung und somatoformer Schmerzstörung. Es gebe keine strukturellen Befunde, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden könnten. Der Status quo sine sei erreicht. Es sei noch die bevorstehende neurologische Abklärung abzuwarten (Bericht vom 11. Juli 2012, Suva-act. 103). Am 2. August 2012 erhielt die IV-Stelle eine Meldung der Suva bezüglich allfälliger Ansprüche auf IV-Leistungen (IV-act. 62). Nach einer Untersuchung vom 8. August 2012 berichtete Prof. Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, der Suva, ihm sei ein sehr maniert wirkendes Gangbild mit Gangunsicherheit bei komplexen Gangvarianten und Stockhilfe aufgefallen. Zudem habe der Versicherte eine Hyposensibilität der linken Gesichtshälfte und des linken Arms angegeben, die sich aber weder einem Dermatome noch einem Nervenversorgungsgebiet hätten zuordnen lassen. Relevante motorische Defizite, welche die Gangstörung begründen könnten, lägen nicht vor. Die ergänzenden Zusatzuntersuchungen seien sämtlich unauffällig gewesen. Die Gangstörung dürfte am ehesten einer Konversionsstörung entsprechen (Bericht vom 13. August 2012, IV-act. 65).

A.e Der RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vertrat in der Aktennotiz vom 23. August 2012 die Auffassung, aktuell könne von einer mindestens



St.Galler Gerichte

50%igen, steigerbaren Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine andere Tätigkeit ausgegangen werden (IV-act. 67). Im Bericht vom 4. Dezember 2012 führte Dr. G.____ aus, der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.1). Da die depressive Episode als reaktiv zu betrachten sei, gehe sie aus psychiatrischer Sicht nicht von einer langfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Falls die somatischen Defizite weiter bestünden und der Versicherte seine Existenz als gefährdet ansehe, sei eine Chronifizierung der depressiven Episoden nicht ausgeschlossen (IV-act. 87). Im Auftrag der „FKB Die liechtensteinische Gesundheitskasse“ nahm der Versicherte an einer in der L.____ AG am 25. und 26. April 2013 durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) teil. Die mit der EFL betrauten medizinischen Fachpersonen gelangten zum Schluss, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der EFL für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könne. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nicht erklären. Zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen bestehe eine mindestens leichte Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Für die Tätigkeit als CNC-Maschinen-Operator bescheinigten sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Eine leichte, leidensangepasste Tätigkeit sei dem Versicherten ganztags unter Gewährung von zusätzlichen Pausen (insgesamt ca. 30 Minuten pro Tag) zumutbar (Bericht vom 7. Mai 2013, FKB-Akten).

A.f Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 5. März 2013, IV-act. 100; Einwand vom 18. März 2013, IV-act. 102) verfügte die IV-Stelle am 11. Juli 2013 die Abweisung des Gesuchs um berufliche Massnahmen. Zur Begründung führte sie aus, der bisher als Hilfsarbeiter tätige Versicherte verfüge für eine leidensangepasste Tätigkeit über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 112). Mit Vorbescheid vom 24. Juli 2013 stellte sie dem Versicherten in Aussicht, sein Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 116). Dagegen erhob der Versicherte am 18. September 2013 Einwand und reichte verschiedene medizinische Berichte ein (IV-act. 120). Die IV-Stelle holte daraufhin Verlaufsberichte der behandelnden medizinischen Fachpersonen ein (Verlaufsbericht von Dr. B.____ vom 13. Februar 2014, IV-act. 123;



St.Galler Gerichte

Verlaufsbericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom 17. Februar 2014, IV-act. 124; Verlaufsbericht von Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. März 2014, IV-act. 126). Nach deren Durchsicht empfahl der RAD-Arzt Dr. K.____ eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten (Stellungnahme vom 26. März 2014, IV-act. 130).

A.g Am 7., 18. und 25. August 2014 wurde der Versicherte im BEGAZ Begutachtungszentrum BL, Binningen, polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch und rheumatologisch) untersucht. Im Gesamtgutachten vom 15. September 2014 führten die BEGAZ-Gutachter folgende Diagnosen „mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit“ auf: eine rezidivierende depressive Störung, aktuell weitgehend remittiert mit geringfügiger Restsymptomatik (ICD-10: F33.4); einen Status nach Periarthropathia humero scapularis links (Supraspinatustendinose) und Status nach aktivierter AC-Gelenksarthrose sowie minimaler Bursitis subacromialis (ICD-10: M75.5 und M75.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie: deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung, keinem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, mit funktionellen Bewegungseinschränkungen und pseudoneurologischen Ausfällen; einen Status nach Leitersturz am 22. Februar 2012 mit Kontusion des Rückens, des Nackens und des linken Schultergelenks mit persistierenden Beschwerden im Sinn einer Schmerzfehlerverarbeitung; eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel und Beckengürtel beidseits; ein Hypermobilitätssyndrom. Die BEGAZ-Gutachter gelangten gesamtmedizinisch zum Schluss, dass „mindestens ab heutigem Datum“ in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe mit einer Leistungseinschränkung von 20% (IV-act. 135). Der Versicherte brachte im Schreiben vom 9. Januar 2015 verschiedene Mängel gegen das BEGAZ-Gutachten vor und reichte eine Stellungnahme von Dr. N.____ vom 8. Januar 2015 ein (IV-act. 140). Im Schreiben vom 1. April 2015 äusserten sich die BEGAZ-Gutachter zur Kritik des Versicherten (IV-act. 146). Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit verfügte die IV-Stelle am 18. Mai 2015 die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 148).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen die Verfügung vom 18. Mai 2015 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 9. Juni 2015. Der Beschwerdeführer beantragt darin deren Aufhebung und die Zusprache einer Invalidenrente; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er hält das BEGAZ-Gutachten nicht für beweiskräftig und rügt im Wesentlichen, dass keine neurologische oder HNO-ärztliche Untersuchung stattgefunden habe und sich die BEGAZ-Gutachter weder mit einer Konversionsproblematik noch den gescheiterten beruflichen Integrationsbemühungen auseinandergesetzt hätten. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs sei von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2015 die Abweisung der Beschwerde. Sie vertritt den Standpunkt, dass die BEGAZ-Gutachter die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen ausführlich abgeklärt hätten und deren Schätzung der Arbeitsfähigkeit beweiskräftig sei (act. G 4).

B.c In der Replik vom 3. September 2015 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G 6). Am 24. September 2015 hat er einen neurologischen Untersuchungsbericht von Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 23. September 2015 eingereicht (act. G 8). Dieser fand für die geklagten Kopfschmerzen keinen neurologischen Befund. Eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 14. September 2015 (act. G 8.2) habe keine radikuläre Schädigung gezeigt. Die Gangataxie könne unter Berücksichtigung der klinischen und paraklinischen Befunde nicht eindeutig auf eine neurologische Schädigung zurückgeführt werden. Das Gangbild sei deutlich schmerzbedingt verändert und teilweise funktionell überlagert (act. G 8.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 10).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder



die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 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). 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung



gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

1.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Abweisung des Rentengesuchs auf das polydisziplinäre BEGAZ-Gutachten vom 15. September 2014 (siehe hierzu IV-act. 135). Der Beschwerdeführer bringt dagegen verschiedene Mängel vor (act. G 1 und act. G 6).

2.1 Vorab rügt der Beschwerdeführer, die Gleichgewichtsstörungen und Gangunsicherheit seien nicht näher abgeklärt worden (act. G 1, IV. Rz 2) und es fehle an einer neurologischen Beurteilung (act. G 1, IV. Rz 3 und Rz 5; vgl. auch act. G 6, III. Rz 1).

2.1.1 Die vom Beschwerdeführer geschilderten Leiden fanden Eingang in die Beurteilung der BEGAZ-Gutachter, namentlich im Rahmen der Erhebung des neurologischen Teilstatus (siehe etwa IV-act. 135-42, -46). Der rheumatologische BEGAZ-Gutachter wies auf zahlreiche bildgebende Abklärungsergebnisse hin, die immer nur diskrete Befunde ergeben hätten (siehe zu den durchgeführten Abklärungen und den im Wesentlichen unauffälligen Ergebnissen IV-act. 135-43 ff.). Betreffend die ausgeprägten neurologischen Symptome (siehe zur Leidenspräsentation etwa IV-act. 135-46) bemerkte er, dass diese von Prof. J.____ umfangreich abgeklärt worden seien und kein neurologisches Krankheitsbild habe diagnostiziert werden können (IV-act. 135-49). Im Rahmen einer Diskussion der Voraktenlage und der geklagten Gleichgewichtsstörungen wies er auf eine Schmerzfehlerverarbeitung hin und legte Inkonsistenzen dar (IV-act. 135-49 f.). Die Gangstörung sowie die



St.Galler Gerichte

Schwindelproblematik wurden vom psychiatrischen BEGAZ-Gutachter ebenfalls diskutiert (IV-act. 135-38).

2.1.2 Die BEGAZ-Gutachter verzichteten auf eine zusätzliche neurologische Abklärung mit folgender Begründung: Aufgrund der ausführlichen neurologischen Beurteilung mit Bericht vom 13. August 2012 von Prof. J.____ und in Anbetracht der immer noch gleichartig angegebenen Beschwerden bestehe keine Indikation für eine zusätzliche neurologische gutachterliche Beurteilung (IV-act. 135-55 f.; siehe auch IV-act. 135-49). Dr. O.____ führte im Bericht vom 23. September 2015 die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Leiden nicht auf eine neurologische Schädigung zurück (act. G 8.1). Er gelangte im Wesentlichen zu gleichen Erkenntnissen wie Prof. J.____ (IV-act. 65). Diese liegen wiederum dem BEGAZ-Gutachten zugrunde. Ein Mangel an der Begutachtung ist daher zu verneinen.

2.2 Des Weiteren kritisiert der Beschwerdeführer, der psychiatrische BEGAZ-Gutachter habe sich nicht mit der Thematik einer Konversionsstörung auseinandergesetzt (act. G 1, IV. Rz 4). Prof. J.____ vertrat die Auffassung, die im Untersuchungsbefund beschriebene Gangstörung dürfte am ehesten einer Konversionsstörung entsprechen (IV-act. 65-3). Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 6. August 2013 wurde die Frage aufgeworfen, ob betreffend den chronischen Schwindel differentialdiagnostisch ein „Konversionssyndrom“ zu stellen sei („DD i.R. Dg 4 Konversionssyndrom?“; IV-act. 120-7). Die in den Vorakten erwähnte Konversionsstörung wird nicht näher begründet und bildete dort nicht Gegenstand einer fachpsychiatrischen Beurteilung. Der psychiatrische BEGAZ-Gutachter setzte sich mit der Frage einer Konversionsstörung auseinander (IV-act. 135-38 oben). Er schloss diese Diagnose mit dem Fehlen von sich damit zu vereinbarenden Hinweisen aus der Lebensgeschichte und den Vorakten aus (IV-act. 135-38). Ferner wies er auf die Bedeutung psychosozialer Umstände hin (IV-act. 135-38; siehe auch IV-act. 135-40).

2.3 Dass die BEGAZ-Gutachter, nachdem sie in ihrem jeweiligen Fachgebiet keine pathologische Grundlage für die geklagte Gangunsicherheit und den Schwindel zu erkennen vermochten, eine pathologische Grundlage im Fachgebiet des jeweils anderen mitbeteiligten Gutachters nicht ausschlossen (siehe die Ausführungen des



psychiatrischen BEGAZ-Gutachters in IV-act. 135-38 und diejenigen des rheumatologischen BEGAZ-Gutachters in IV-act. 135-50), vermag trotz der eher spärlich anmutenden polydisziplinären Diskussion vorliegend keinen relevanten Mangel zu begründen (zur Kritik des Beschwerdeführers siehe act. G 6, III. Rz 1). Die BEGAZ-Gutachter brachten damit nämlich lediglich die Selbstverständlichkeit zum Ausdruck, dass Fachexperten ihre Schlussfolgerungen auf ihr Fachgebiet beschränken. Damit wird die Möglichkeit eines Gesundheitsschadens aus der Sicht eines anderen Fachgebiets nicht ausgeschlossen. Diese Aussage vermag für sich allein aber das Bestehen eines Gesundheitsschadens in einem anderen Fachgebiet nicht vorwegzunehmen.

2.4 Gegen die Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung führt der Beschwerdeführer ferner ins Feld, dass sie die mehrmals gescheiterten beruflichen Integrationsbemühungen nicht berücksichtige (act. G 1, IV. Rz 6; vgl. auch act. G 6, III. Rz 5). Dem EFL-Bericht vom 7. Mai 2013 kann entnommen werden, dass dem Beschwerdeführer im Vergleich zur Selbsteinschätzung eine höhere Leistungsfähigkeit zugemutet werden kann und dass eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz vorliegen (FKB-Akten; siehe zur subjektiv starken Beeinträchtigung IV-act. 135-57 oben). Zudem wies der psychiatrische BEGAZ-Gutachter darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer sehr passiv verhalte und seine Bewältigungsstrategien sehr ineffizient seien (IV-act. 135-38 und -40). Vor diesem Hintergrund lassen die beruflichen Integrationsbemühungen des Beschwerdeführers, insbesondere diejenigen nach dem Unfallereignis vom 22. Februar 2012, keine aussagekräftigen Schlüsse auf seine objektiv zumutbare Arbeitsfähigkeit zu und sind allein schon deshalb nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen.

2.5 Ausserdem hält es der Beschwerdeführer für einen Mangel, dass die BEGAZ-Gutachter auf medizinische Abklärungsergebnisse in den Vorakten verweisen, die sich nicht auf den aktuellen Gesundheitszustand beziehen würden. Die otoneurologische Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. H.____ habe im Mai 2012 und die neurologische Untersuchung durch Prof. J.____ im August 2012 stattgefunden (act. G 6, III. Rz 2). Was die Bezugnahme der BEGAZ-Gutachter auf die neurologische Untersuchung durch Prof. J.____ anbelangt, kann auf die Ausführungen in vorstehender E. 2.1.2 hingewiesen



werden. Ausserdem ergeben sich weder aus der neurologischen Beurteilung von Prof. J.____ (IV-act. 65) noch derjenigen von Dr. O.____ (act. G 8.1) Anhaltspunkte für einen zusätzlichen otoneurologischen Abklärungsbedarf. Die Kritik des Beschwerdeführers ist daher nicht stichhaltig.

2.6 Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, für die aus somatischer Sicht nicht hinreichend erklärbare Schmerzproblematik sei die geänderte Praxis gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (act. G 6, III. Rz 6). Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die BEGAZ-Gutachter das Bestehen eines krankheitswertigen somatoformen Leidens bzw. einer entsprechenden Diagnose ausgeschlossen haben (IV-act. 146-4). Mangels Bestehens medizinisch nachvollziehbarer Einschränkungen erübrigt sich zwangsläufig die Beantwortung der Rechtsfrage bezüglich der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Sinn von Art. 7 Abs. 2 ATSG. Selbst wenn von einem medizinisch ausgewiesenen Leiden auszugehen wäre, das unter die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 fiel, resultierte kein Mangel an der gutachterlichen Einschätzung. Denn diese ist Ergebnis einer nachvollziehbaren Ressourcen- und Konsistenzbeurteilung (IV-act. 135-36 ff.; IV-act. 146-5). Der Beschwerdeführer legt denn auch weder dar noch ergibt sich aus den Akten, inwiefern die Praxis gemäss BGE 141 V 281 die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mangelhaft erscheinen lässt.

2.7 Bei der Würdigung des BEGAZ-Gutachtens ist weiter von Bedeutung, dass es auf eigenständigen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und diskutiert. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wurden umfassend berücksichtigt und objektiv gewürdigt. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Solche ergeben sich auch nicht aus den Ausführungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen. Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung ist - entgegen der in der angefochtenen Verfügung von der Beschwerdegegnerin vertretenen, nicht näher begründeten Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit (IV-act. 148) - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als CNC-Operator sowie für andere leidensangepasste Tätigkeiten verfügt (IV-



act. 135-56). Diese Einschätzung gilt - abgesehen von vorübergehenden, nicht rentenwesentlichen Phasen höherer Arbeitsunfähigkeit - auch retrospektiv (IV-act. 135-55).

3.

Angesichts dessen, dass sich die bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit auch auf den angestammten Tätigkeitsbereich als Maschinenbediener/Operator bezieht (siehe hierzu IV-act. 75-1), besteht offensichtlich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40%, weshalb sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs erübrigt. Dabei kann offen bleiben, ob der Beschwerdeführer auch in Bezug auf seine frühere, seit Dezember 2008 ausgeübte Nebenerwerbstätigkeit als „Zeitungsverträger“ (siehe hierzu IV-act. 1-6 und IV-act. 4-2) ganz oder teilweise arbeitsunfähig und ob der Nebenerwerb beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist. Denn selbst bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die Tätigkeit als „Zeitungsverträger“ führte der dadurch bedingte zusätzliche Verlust an Erwerbsfähigkeit zu keinem Invaliditätsgrad von mindestens 40%. Der monatliche Nebenerwerb betrug ca. Fr. 560.-- (IV-act. 1-6), woraus ein Jahresverdienst von Fr. 6'720.-- resultiert. Dies entspricht etwa 11% des Jahreslohns aus dem Haupterwerb von ca. Fr. 60'000.-- (IV-act. 14-19). Bei einem Valideneinkommen von insgesamt Fr. 66'720.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'000.-- (Fr. 60'000.-- x 0.8) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von höchstens 28%.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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. 1 bis 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. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet.