

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/133 vom 28. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_133

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/133 du 28 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/133 del 28 ottobre 2019

Regeste

Art. 28 IVG: Beweiswürdigung. Einkommensvergleich. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Abweisung der Beschwerde (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Oktober 2019, IV 2017/133).

Volltext

Entscheidung vom 28. Oktober 2019 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2017/133 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Näscher, Alte Landstrasse 106, Postfach 101, 9445 Rebstein, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt Am 13. Mai 2015 meldete sich A.____ (nachfolgend: Versicherter) bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 4). Der Versicherte gab an, aufgrund einer Diskushernie LWK 4-5 sowie eines Burnout bzw. einer Depression (vgl. IV-act. 4 S. 5) seine angestammte Tätigkeit als B.____ (vgl. IV-act. 4 S. 4) seit dem 17. Januar 2015 nicht mehr ausüben zu können (vgl. IV-act. 4 S. 3). Am 8. Juni 2015 berichtete der behandelnde Psychiater med. pract. C.____, Facharzt FMH Psychiatrie Psychotherapie, der IV-Stelle, dass der Versicherte seit dem Januar 2015 in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Als Diagnosen nannte med. pract. C.____ eine rezidivierende depressive Störung seit etwa fünf Jahren, gegenwärtig mittelgradig, sowie chronische Rückenschmerzen, phasenweise schwerwiegend. Weiter führte med. pract. C.____ aus, dass der Versicherte beispielsweise Kurierdienste ausüben könnte, wobei er bei einem guten Verlauf bis zu einem Pensum von 80 % tätig sein könnte. Die Prognose sei stark von den möglichen Wiedereingliederungsmassnahmen und von der Anpassung der beruflichen Tätigkeit abhängig. Für eine Tätigkeit im Kurierdienst bestehe bei einem guten Verlauf eine positive Prognose. Schwere körperliche Arbeiten könne der Versicherte nicht mehr ausführen (IV-act. 13). Am 19. Juni 2015 berichtete der Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, dass beim Versicherten am 11. Juli 2012 mittels MRT eine Diskushernie L4/5 mit relativer Enge rechtsseitig diagnostiziert worden sei. Im Verlauf habe der Versicherte die Beschwerden grundsätzlich im Griff gehabt. Als zunehmendes Problem habe sich die Adipositas gezeigt, weshalb am 9. Dezember 2013 ein proximaler Magen-Bypass eingesetzt worden sei, wodurch es zu einem Gewichtsverlust gekommen sei. Bei zunehmenden psychischen Störungen habe der Versicherte seine selbständige Tätigkeit aufgegeben und eine Stelle als B.____ angenommen. Seit August 2014 habe der Versicherte erneut über Lumbalgien geklagt, weshalb er diesen zu einem Spezialisten geschickt habe. Der Spezialist habe primär einen

physiotherapeutischen Muskelaufbau und bei Bedarf eine Analgesie empfohlen. Der Versicherte habe eine Infiltration abgelehnt. Letztmals sei der Versicherte am 31. Dezember 2014 in der Sprechstunde gewesen. Seit Oktober 2014 habe er dem Versicherten wegen des Rückenleidens keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert (IV-act. 18 S. 2). Nach einem erfolglosen Versuch, eine Stelle als Buschauffeur zu erhalten (vgl. IV-act. 23 und 29), gab der Versicherte in einem Gespräch vom 21. Januar 2016 gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen der IV an, eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt könne er sich nicht mehr vorstellen, da er oft starke Rückenschmerzen habe. Er müsse aufgrund der Rückenschmerzen immer wieder Therapietermine bei med. pract. C.____ absagen. Letzterer gab anlässlich des Gesprächs an, er halte den Versicherten nicht mehr für arbeitsfähig. Er ziehe eine erneute Einweisung in eine psychiatrische Tagesklinik in Betracht (IV-act. 32 S. 2). Am 26. Januar 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abweise, da er sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 34). In einem Bericht vom 11. Februar 2016 gab Dr. D.____ an, dass er den Versicherten aufgrund einer Belastungsdepression im November 2014 med. pract. C.____ zugewiesen habe. Er gehe davon aus, dass sich der Versicherte weiterhin in psychiatrischer Behandlung befinde und dass die Depression der Grund für die Anmeldung bei der IV-Stelle gewesen sei. Er selber habe den Versicherten zuletzt am 31. Dezember 2014 wegen einer Diarrhoe gesehen. Seither habe er keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert (IV-act. 35 S. 6). Am 11. April 2016 berichtete med. pract. C.____, dass der Versicherte seit April 2013 bei ihm in ambulanter Behandlung sei. Der Versicherte sei ihm durch Dr. D.____ aufgrund einer depressiven Symptomatik infolge einer psychosozialen Drucksituation und eines jahrelangen Ehe- und Scheidungskrieges zugewiesen worden. Nach einer intensiven psychotherapeutischen und medikamentösen Therapie sei eine Behandlungspause erfolgt. In dieser Zeit sei es auch zu einer Magenbypassoperation gekommen, in deren Folge der Versicherte zum Normalgewicht habe zurückkehren können. Seit November 2014 habe der Versicherte die Behandlung aufgrund einer erneut aufgetretenen starken depressiven Symptomatik wieder aufgenommen. Im weiteren Verlauf habe er den Versicherten einer Tagesklinik zugewiesen. In dieser sei der Versicherte während ca. neun Monaten behandelt worden, wobei er eine leichte, nachhaltige Verbesserung seines Gesundheitszustandes erfahren habe. Aktuell werde die intensive ambulante Begleitung weitergeführt. Seit dem Januar 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte sei in seinem Konzentrationsvermögen, seinem Auffassungsvermögen sowie in seiner Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit eingeschränkt (IV-act. 38). Am 6. und 8. September 2016 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der medexperts AG polydisziplinär (orthopädisch, psychiatrisch und internistisch) untersucht (IV-act. 52 und 54). Im polydisziplinären Konsens ihres Gutachtens vom 23. September 2016 (vgl. IV-act. 54 S. 1) nannten die Sachverständigen als Hauptdiagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik bei deutlichen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS). Weiter hielten sie folgende Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest: eine Angst- und depressive Störung gemischt, eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig remittiert), Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit und der Arbeitslosigkeit, Probleme in Verbindung mit den Wohnbedingungen und den ökonomischen Verhältnissen, einen Status nach drei bariatrischen Operationen wegen massiven Übergewichts (zurzeit mässige Adipositas mit BMI von 28,2 kg/m²), eine essentielle arterielle Hypertonie (mit Cansartan

32 mg gut eingestellt), einen Status nach Behandlung eines Helicobacter-pylori-Infektes sowie einen Nikotinkonsum (IV-act. 54 S. 28). Weiter hielten die Sachverständigen fest, aus ihrer Sicht sei der Versicherte wegen der Beeinträchtigung seiner Wirbelsäule seit der Aufgabe der beruflichen Selbständigkeit, also seit dem Juni 2012, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und jede andere körperlich schwere Tätigkeit nicht mehr geeignet. Für eine rückengerechte, adaptierte, leichte bis mittelschwere Tätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht keine wesentliche Einschränkung. Möglich seien dem Versicherten leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, selbständig aufzustehen und umherzugehen, wobei nicht regelmässig Gewichte über 10 kg und nur gelegentlich solche bis 15 kg gehoben werden müssten. Der Beginn der adaptierten Arbeitsfähigkeit sei aus orthopädischer Sicht entsprechend dem Bericht von Dr. D.____ vom 19. Juni 2015 auf den Oktober 2014 festzulegen (IV-act. 54 S. 31). Der psychiatrische Sachverständige hatte in seinem Teilgutachten zur abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung des behandelnden Psychiaters med. pract. C.____ ausgeführt, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der von med. pract. C.____ gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung nicht nachvollziehbar sei. Versicherungsmedizinisch sei bei einer mittelgradigen depressiven Störung in der Regel eine Arbeitsfähigkeit von 50 % anzunehmen. Warum ein chronisches Fatigue-Syndrom vorliegen solle, habe med. pract. C.____ nicht begründet. Auch im Austrittsbericht der Tagesklinik E.____ vom 2. Dezember 2015 sei dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Aufgrund der in diesem Austrittsbericht erwähnten Diagnosen (rezidivierende Störung mittelgradig bis schwere Episode sowie andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung) wäre eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit zwar nachvollziehbar, jedoch sei die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach einer psychischen Erkrankung nicht nachvollziehbar. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode werde im Austrittsbericht nicht begründet (IV-act. 54 S. 21 f.). Aktuell leide der Versicherte an leichten depressiven Symptomen und Angstsymptomen. Diese reduzierten seine Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen zu halten, nur minim. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei kaum betroffen. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien leicht reduziert, jedoch seien die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit intakt. Die Durchhaltefähigkeit sei wegen einer selbstlimitierenden Haltung des Versicherten leicht reduziert. Die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien intakt. Die Fähigkeit, sich mit dem eigenen Fahrzeug oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu bewegen, sei ebenfalls intakt. Insgesamt bestünden aus psychiatrischer Sicht derzeit keine relevanten Funktionseinschränkungen (IV-act. 54 S. 20). Die beobachteten und berichteten depressiven Symptome und Angstsymptome reichten nicht aus, um die Diagnose einer depressiven Störung nach ICD 10 oder die Diagnose einer phobischen Störung, einer Panikstörung oder einer generalisierten Angststörung stellen zu können. Die Symptomatik habe die diagnostische Schwelle nicht erreicht. Andererseits habe der Versicherte seine Sorgen und Befürchtungen sehr genau erklären können. Diese rührten direkt von der psychosozialen Situation her und seien nicht die Folge einer eigenständigen psychischen Erkrankung. Die Abgrenzung der Funktionseinschränkungen von den direkten Folgen nicht versicherter Faktoren (invaliditätsfremde Faktoren wie Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage, Alter etc.) sei in jedem Fall schwierig. Beim Versicherten scheine die Wirkung der psychosozialen, invaliditätsfremden Faktoren jedoch zu überwiegen. Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung fehlten ebenfalls.

Die depressiven Symptome und die Angstsymptome könnten nach ICD 10 am besten als "Angst – und depressive Störung gemischt" bezeichnet werden. In Anbetracht der in den vergangenen Jahren von den behandelnden Ärzten wiederholten Beschreibung einer rezidivierenden depressiven Störung könne aktuell zusätzlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, attestiert werden (IV-act. 54 S. 19). Mit einem Vorbescheid vom 26. September 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 34 % in Aussicht (IV-act. 58). Am 2. Dezember 2016 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter einwenden, die Auffassung der Gutachter, wonach die psychischen Beschwerden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, sei falsch. Die Schlussfolgerungen der Gutachter widersprächen denjenigen von med. pract. C.____ krass. Dem Einkommensvergleich liege somit eine falsche Ausgangslage zu Grunde (IV-act. 69; vgl. ferner IV-act. 59). Am 24. Februar 2017 nahm Dr. med. F.____ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zum Einwand des Versicherten Stellung. Er führte aus, dass der Versicherte keine neuen wesentlichen medizinischen Erkenntnisse vorgebracht habe, sodass aus versicherungsmedizinischer Sicht an der gutachterlichen Einschätzung festzuhalten sei (IV-act. 70). Am 6. März 2017 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 34 % (IV-act. 71). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 5. April 2017 durch seinen Rechtsvertreter Beschwerde erheben. Er liess beantragen, die Verfügung vom 6. März 2017 sei vollumfänglich aufzuheben und ihm sei eine ganze Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % auszurichten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Zur Begründung liess er im Wesentlichen anführen, dass er die Ansicht der Gutachter, wonach die psychischen Beschwerden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkten, nicht teile. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen stünden in einem krassen Widerspruch zu den Einschätzungen von med. pract. C.____, die auch Arzt med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum E.____, teile. Weiter liess der Beschwerdeführer anführen, dass er vom 16. Januar bis zum 20. März 2017 jeweils drei Tage in der Woche in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums E.____ verbracht habe. Nur schon vor diesem Hintergrund müsse die gutachterliche Auffassung, wonach die psychischen Beschwerden keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, als falsch eingestuft werden. Die Beobachtungen des psychiatrischen Gutachters würden zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte derartige Widersprüche aufweisen, dass eine neue Begutachtung notwendig sei. Im Übrigen liess der Beschwerdeführer geltend machen, im Rahmen der Invaliditätsbemessung sei ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15 % vorzunehmen (act. G 1). Der Beschwerdeführer liess ein an die Krankenversicherung gerichtetes Kostengutsprache gesuch von med. pract. C.____ vom 21. März 2017 einreichen, in welchem dieser unter anderem angegeben hatte, der Beschwerdeführer leide unter chronischen Depressionen und chronischen schwerwiegenden Rückenschmerzen. Der Beschwerdeführer habe seine angestammte Tätigkeit als B.____ aufgeben müssen. Mit viel Motivation und Bereitschaft habe der Beschwerdeführer im Krankentransport wieder eine Arbeitstätigkeit mit einem Pensum von 20 % aufnehmen können. Die Erkrankungen führten den Beschwerdeführer bei der neuen Tätigkeit an sein absolutes Leistungslimit, zumal sich die Situation der chronischen Rückenbeschwerden bei chronischen Diskushernien zuletzt massiv verschlimmert habe. Im Dezember letzten Jahres habe es eine schwerwiegende

Verschlechterung der depressiven Symptomatik gegeben, weshalb er den Beschwerdeführer zu einem erneuten tagesklinischen Aufenthalt habe motivieren können. Seit Mitte Januar habe der Beschwerdeführer das tagesklinische Angebot wahrnehmen, aber leider nur wenig bis im weiteren Verlauf gar nicht mehr von den Therapien profitieren können, weil die Probleme der Mitpatienten zu einer Symptomverstärkung geführt hätten. Daher werde der Beschwerdeführer aus der Tagesklinik austreten und eine engmaschige ambulante Behandlung benötigen (act. G 1.1.4). In einem ebenfalls zusammen mit der Beschwerde eingereichten Schreiben vom 27. März 2017 hatte med. pract. G.____ die Einschätzung von med. pract. C.____ bezüglich der Diagnose einer langanhaltenden depressiven Störung geteilt. Weiter hatte er ausgeführt, dass rein deskriptiv auch ein chronisches Müdigkeitssyndrom diagnostiziert werden könne, jedoch werde diese Diagnose von der Beschwerdegegnerin nicht anerkannt. Aus seiner Sicht bestehe beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % für sämtliche Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt (act. G 1.1.5). Der Beschwerdeführer liess auch den Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 28. März 2017 einreichen, in welchem die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, chronisches Fatiguesyndrom, Status nach Magenbypass 2012 und arterielle Hypertonie aufgeführt waren. Weiter hiess es in dem Bericht, dass med. pract. C.____ den Beschwerdeführer zur erneuten tagesklinischen Behandlung wegen einer Verschlechterung der Symptomatik seit etwa zwei Monaten, der fehlenden Tagesstruktur, grosser Zukunftsängste, Negativspiralen und lebensmüden Gedanken zugewiesen habe. Der Beschwerdeführer sei gekränkt und verbittert, dass sein IV-Antrag abgelehnt worden sei. Er habe angegeben, dass er Existenzängste habe. Würde er eine IV-Rente erhalten, würde es ihm sofort besser gehen und er würde nach H.____ auswandern. An drei Tagen pro Woche habe er jeweils vormittags an den Werk- und Entspannungstherapien teilgenommen. Insgesamt habe er wenig stabil gewirkt und einen depressiven Eindruck gemacht. Die Mitpatienten und deren soziale Not hätten bei ihm zu negativen Gedankenspiralen geführt. Er habe aus der Klinik austreten wollen (act. G 1.1.7). In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass das vom Beschwerdeführer kritisierte psychiatrische Teilgutachten die von der Rechtsprechung an ein beweiskräftiges Gutachten gestellten Anforderungen erfülle. Auch habe sich der psychiatrische Gutachter mit den abweichenden Meinungen der Behandler auseinandergesetzt. Die nach der Begutachtung eingereichten Berichte würden keine Zweifel am gutachterlichen Abklärungsergebnis wecken. Auch sei davon auszugehen, dass die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens noch gegeben gewesen sei, auch wenn das Auffinden einer Stelle für den Beschwerdeführer aufgrund des Alters erschwert gewesen sein dürfte. Ein Tabellenlohnabzug sei entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht angezeigt (act. G 4). In seiner Replik vom 4. September 2017 liess der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Anträgen festhalten (act. G 8). Mit einem Schreiben vom 3. November 2017 liess der Beschwerdeführer einen Verlaufsbericht von med. pract. C.____ vom 30. Oktober 2017 einreichen (act. G 12 und 12.1). Am 14. November 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Erstattung einer Duplik (act. G 14). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat. Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare

Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 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 eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Zur Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit, 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4; vgl. ferner BGE 115 V 134 E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (zum Ganzen BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Zunächst ist demnach zu prüfen, ob aufgrund der medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C_128/2017, E. 2). Während sich die Beschwerdegegnerin für die Ablehnung des Rentenanspruchs in erster Linie auf das eingeholte Gutachten gestützt hat (vgl. act. G 1.1 und 4), erachtet der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten als nicht überzeugend, da es in einem krassem Widerspruch zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte stehe (vgl. act. G 1 und 8). Die psychiatrische Begutachtung beruht auf einer ausführlichen Anamnese und einer eingehenden Exploration. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass objektiv wesentliche Tatsachen in der Untersuchung nicht berücksichtigt worden wären oder dass die psychiatrische Untersuchung nicht lege artis durchgeführt worden wäre. Die gutachterliche Beurteilung ist in Kenntnis und Würdigung der Vorakten erstellt worden. Der psychiatrische Gutachter hat auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, die erhobenen Befunde erwähnt und eine schlüssige

Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung der einschlägigen Standardindikatoren vorgenommen (vgl. IV-act. 54 S. 15 ff.). Mit der divergierenden Einschätzung des behandelnden Arztes med. pract. C.____ vom 11. April 2016 hat sich der psychiatrische Gutachter eingehend auseinandergesetzt. Er hat nachvollziehbar dargelegt, warum dessen Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht gefolgt werden könne (vgl. IV-act. 54 S. 18 und 21 f.). Dabei ist anzumerken, dass aus dem Bericht vom 11. April 2016 ohnehin nicht deutlich hervorgeht, ob med. pract. C.____ die 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf die angestammte Tätigkeit oder auch auf sämtliche adaptierten Tätigkeiten bezogen hatte (act. G 1.1.3), zumal er im Juni 2015 noch davon ausgegangen war, beim Beschwerdeführer bestehe in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 13). Weiter ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher geneigt sein können, zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten auszusagen (BGE 135 V 470 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C_677/2014, E. 7.2). Aus den in diesem Beschwerdeverfahren neu eingereichten Berichten kann der Beschwerdeführer ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zwar ist diesen Berichten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer von med. pract. C.____ wahrgenommenen Zustandsverschlechterung vom 16. Januar bis 20. März 2017 im Psychiatrischen Zentrum E.____ in der tagesklinischen Behandlung gewesen ist und dass med. pract. G.____ ihm für diese Zeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bzw. ab dem 27. März 2017 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt attestiert hat (act. G 1.1.5 und 1.1.7). Aber der Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ erschöpft sich im Wesentlichen darin, die subjektiven Empfindungen des Beschwerdeführers wiederzugeben, während eine medizinisch fundierte Begründung für die gestellten Diagnosen und die attestierte Arbeitsunfähigkeit fehlt (act. G 1.1.7). So ist im Austrittsbericht beschrieben worden, dass der Beschwerdeführer wegen einer seit etwa zwei Monaten eingetretenen Verschlechterung der Symptomatik, der fehlenden Tagesstruktur, grosser Zukunftsängste und lebensmüden Gedanken in die tagesklinische Behandlung zugewiesen worden sei. Als Problem ist im Bericht weiter festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer gekränkt und verbittert darüber sei, dass sein IV-Antrag abgelehnt worden sei. Der Beschwerdeführer habe angegeben, ihm gehe es schlecht. Er habe Existenzängste, weil er keine IV-Rente erhalten habe. Ihm würde es sofort besser gehen, wenn er diese Rente hätte. Er würde dann nach H.____ auswandern (act. G 1.1.7 S. 1). Aufgrund dieser Schilderungen ist anzunehmen, dass eine allfällige Verschlechterung des psychischen Befindens in erster Linie auf den negativen Vorbescheid zurückzuführen und somit bloss vorübergehender Natur sein dürfte. Der psychiatrische Gutachter hat schlüssig ausgeführt, dass der Beschwerdeführer unter nachvollziehbaren Sorgen und Ängsten leide, die daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen jedoch keinen Krankheitswert erreichen würden (vgl. IV-act. 54 S. 19 f.). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit primär entscheidend sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. Art. 6 ATSG; Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 143 V 418 E. 6). Demnach sind der Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.____ vom 28. März 2017 und die von med. pract. G.____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die im Schreiben vom 27. März 2017 unbegründet geblieben ist (vgl. act. G 1.1.5), nicht geeignet, um die gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu ziehen. Aus dem Kostengutsprachege such von med. pract. C.____ vom 21. März 2017 ergibt sich im Wesentlichen lediglich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss seiner Einschätzung verschlechtert habe (act. G 1.1.4).

Allerdings ist schon im Zeitpunkt der Begutachtung ein Bericht vorgelegen, in welchem med. pract. C. ___ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war (vgl. IV-act. 38). Was den Verlaufsbericht von med. pract. C. ___ vom 30. Oktober 2017 betrifft, so ist dieser, soweit er sich auf den Zeitraum nach dem Verfügungserlass bezieht, für dieses Beschwerdeverfahren nicht zu berücksichtigen. Aus der im Bericht enthaltenen Kritik an den im Gutachten gestellten Diagnosen ergibt sich ebenfalls nichts Neues (vgl. act. G 12.1), hat sich der psychiatrische Gutachter doch bereits einlässlich mit der divergierenden Meinung des Behandlers auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 54 S. 18 ff.). Bei einer psychiatrischen Beurteilung besteht immer Ermessensspielraum, sodass verschiedene medizinische Interpretationen möglich sind. Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zielsetzungen eines Behandlungsauftrags auf der einen Seite und eines Begutachtungsauftrags auf der anderen Seite kann eine medizinische Expertise nicht stets dann in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. März 2013, 9C_794/2012 E. 4.2 und vom 10. August 2011, 8C_997/2010 vom 10. August 2011, E. 3.2). Die seitens des Beschwerdeführers erhobenen Einwände gegen das psychiatrische Gutachten erweisen sich nach dem Gesagten als nicht stichhaltig. Auf das psychiatrische Gutachten kann abgestellt werden. Die Einschätzung des orthopädischen Gutachters hat der Beschwerdeführer nicht konkret bemängelt (vgl. act. G 1 und 8). Gründe, die gegen die Schlüssigkeit des orthopädischen Gutachtens sprechen, sind denn auch nicht ersichtlich. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten abgestellt werden kann. Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gutachtenzeitpunkt bzw. im Zeitpunkt des Verfügungserlasses in der Lage gewesen ist, leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, selbständig aufzustehen und umherzugehen, wobei nicht regelmässig Gewichte über 10 kg und nur gelegentlich solche bis 15 kg gehoben werden müssen, in einem Pensum von 100 % auszuüben (vgl. IV-act. 54 S. 31). In einem nächsten Schritt ist die Frage zu beantworten, inwiefern der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 100 % auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwerten kann. Die Zumutbarkeit der Ausschöpfung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu bestimmen. Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes gemäss Art. 16 ATSG ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt (BGE 134 V 70 f. E. 4.2.1). Er umschliesst einerseits ein Gleichgewicht zwischen dem Angebot von Stellen und der Nachfrage nach solchen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. Dezember 2003, I 349/01, E. 6.1 mit Hinweisen). Im Zeitpunkt, als die medizinisch zumutbare Erwerbsfähigkeit aufgrund des Gutachtens vom 23. September 2016 festgestanden hat (vgl. IV-act. 54 S. 1), ist der Beschwerdeführer ___ Jahre alt gewesen (vgl. IV-act. 4 S. 1). Angesichts des gutachterlich attestierten Zumutbarkeitsprofils (vgl. IV-act. 54 S. 31) sowie seiner Berufserfahrungen ausserhalb des B. ___-dienstes (vgl. IV-act. 27) ist davon auszugehen, dass das Finden einer Stelle auf dem ausgeglichenen

Arbeitsmarkt für den Beschwerdeführer nicht ausgeschlossen gewesen ist. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1). Massgebend für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 129 V 222). Die vorliegend zu beurteilende IV-Anmeldung hat der Beschwerdeführer am 13. Mai 2015 bei der IV-Stelle eingereicht (vgl. IV-act. 4). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG wäre somit der 1. November 2015. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen gewesen, da der Beschwerdeführer gemäss dem polydisziplinären Gutachten in seiner angestammten Tätigkeit als B.____ bereits ab Juni 2012 arbeitsunfähig gewesen ist (vgl. IV-act. 54 S. 31). Für den Einkommensvergleich massgebend ist somit das Jahr 2015. Zwar ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits im Juni 2012 für die körperlich belastende Arbeit als B.____ nicht mehr geeignet gewesen ist (vgl. IV-act. 54 S. 31). Gleichwohl hat er nach der Aufgabe seiner selbständigen Tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses bis zum Jahr 2014 weiterhin auf diesem Beruf gearbeitet (vgl. IV-act. 9 und 4 S. 3). Angesichts der im Rahmen der beruflichen Selbständigkeit schwankenden Einkommen rechtfertigt es sich vorliegend, das Valideneinkommen ausgehend vom im Jahr 2014 erzielten Verdienst des Beschwerdeführers als angestellter B.____ festzulegen (vgl. IV-act. 8 und 9). Die Beschwerdegegnerin hat ihrer Berechnung des Valideneinkommens ebenfalls den im Jahr 2014 vom Beschwerdeführer als B.____ erzielten Verdienst zu Grunde gelegt (vgl. act. G 1.1.1), was der Beschwerdeführer nicht beanstandet hat (vgl. act. G 1 und 8). Ausgehend von dem als B.____ im Jahr 2014 erzielten Verdienst von Fr. 100'628.-- (vgl. IV-act. 8 S. 1; vgl. ferner IV-act. 69 S. 8 und act. G 4 S. 6) ergibt sich unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 (vgl. die Werte für Männer der Tabelle T 39 der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE]) ein aufgerundetes Valideneinkommen von Fr. 100'900.-- (100'628 / 2220 x 2226; vgl. ferner act. G 4 S. 6). Zwar geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer vor seiner Tätigkeit als B.____ auch in anderen Berufsfeldern gearbeitet hat (IV-act. 25 ff.). Allerdings kann den Akten nicht entnommen werden, dass er Fähigkeitszeugnisse erworben hätte, die ihm tatsächlich Berufsoptionen eröffnen würden, die über die Verdienstmöglichkeiten eines Hilfsarbeiters hinausgingen. Daher kann zur Berechnung des Invalideneinkommens auf den Zentralwert der Löhne der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer der Tabelle TA 1 der LSE 2014 abgestellt werden. Dabei ergibt sich unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und hochindexiert auf das Jahr 2015 ein Jahreslohn von Fr. 66'633.-- (vgl. Anhang 2 der IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Ein Tabellenlohnabzug ist vorliegend nicht angezeigt, da davon auszugehen ist, dass die im Gutachten festgehaltenen Einschränkungen des Beschwerdeführers keinen betriebswirtschaftlichen Nachteil darstellen. Der Beschwerdeführer ist gemäss der gutachterlichen Einschätzung in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und ihm steht gemäss dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil ein relativ breites Spektrum an Tätigkeitsoptionen offen, sodass er ziemlich flexibel einsetzbar ist (vgl. IV-act. 54 S. 31). Auch sonst sind keine Gründe ersichtlich, die einen Tabellenlohnabzug erforderlich machen würden. Stellt man dem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 100'900.-- das ermittelte Invalideneinkommen

von Fr. 66'633.-- gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 34'267.-- und ein Invaliditätsgrad von rund 34 % ($34'267 \times 100 / 100'900$). Folglich hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung 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 unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen, wobei ihm der von ihm geleistete Kostenvorschuss daran anzurechnen ist. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der von ihm geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.

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