

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/25 vom 17. Dezember 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_25

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/25 du 17 décembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/25 del 17 dicembre 2020

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Prüfung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung eines polydisziplinären Gutachtens (Allgemeine/Innere Medizin, HNO, Neurologie und Psychiatrie). Prozentvergleich. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Dezember 2020, IV 2019/25).

Volltext

Entscheid vom 17. Dezember 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb Geschäftsnr. IV 2019/25 Parteien A.____ Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Mai 2017 zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 16). Er gab an, er leide seit Anfang September 2013 an chronischen Kopf-, Nacken- und Gesichtsschmerzen, an einer Trigeminusneuralgie sowie an Spannungs- und Migränekopfschmerzen. Auf Nachfrage der IV-Stelle teilte der Arbeitgeber am 1. Juni 2017 mit (IV-act. 24), der Versicherte sei seit September 2003 bei ihm als Elektroniker tätig. Die Hausärztin Dr. med. B.____, Ärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 15. Juni 2017 (IV-act. 30), der Versicherte leide an chronischen Kopf-, Kiefer-, Gesichts- und Nackenschmerzen nach einer Zahnextraktion 36 mit phlegmonöser Entzündung im Masticator- und Submandibulärraum links und einer Sequetrektomie Regio 36 im Jahre 2014, einem Abhängigkeitssyndrom (Opioidabhängigkeit, wsh. auch Pregabalinabhängigkeit), einer leichten depressiven Episode im Sinne einer Erschöpfungsdepression, einem Opiatübergebrauch, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer nichtorganischen Insomnie (IV-act. 30-3). Die Arbeit als Elektroniker sei ihm während 6 Stunden an 4 Tagen zumutbar. Die Hausärztin reichte einen Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 19. September 2016 betreffend eine Hospitalisation vom 15. August bis 5. September 2016 zum stationären Opioidentzug und zur multimodalen Schmerztherapie ein (IV-act. 30-7 ff.). Die Fachärzte des Kantonsspitals hatten vom 15. August bis 18. September 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten attestiert. Weiter legte sie einen Kurzaustrittsbericht der Klinik C.____ vom 16. Dezember 2016 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 18. Oktober bis 21. Dezember 2016 zur Behandlung der chronischen Schmerzstörung bei (IV-act. 30-4 ff.). Darin hatten die Fachärzte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 18. Oktober 2016 bis 4. Januar 2017 sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 50% vom 5. Januar 2017 bis zum 28. Januar 2017

angegeben. Anlässlich des Gesprächs mit der Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle vom 11. Juli 2017 gab der Versicherte an (IV-act. 39), ab dem April 2017 habe er sein Pensum aus gesundheitlichen Gründen auf 60% reduziert; eine Steigerung sei für ihn mittelfristig nicht vorstellbar. Die Ausübung seiner Freizeitaktivitäten, wozu das Auto- und Motorradfahren, die Hausarbeiten, das "Holzen" (u.a. für die Heizung des Hauses) sowie der soziale Kontakt zu Kollegen gehörten, hätten sich infolge der Erkrankung nicht geändert. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 27. Juli 2017 mit (IV-act. 42), sie weise sein Begehren um berufliche Massnahmen ab, da er derzeit in einem 60% Pensum arbeite und da er sich eine Steigerung mittelfristig nicht vorstellen könne. Auf Nachfrage der IV-Stelle gab die Arbeitgeberin am 27. Juli 2017 an (IV-act. 47), dass der Versicherte vom 1. März 2016 bis 9. Oktober 2016 die Funktion als Elektroniker/Schichtleiter ausgeübt habe. Seit dem 10. Oktober 2016 arbeite er wieder (wie zuvor) als Elektroniker. Gemäss den von Dr. B.____ ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen war der Versicherte vom 15. August 2016 bis 29. Januar 2017 zu 100%, vom 30. Januar bis 21. April 2017 zu 35%, vom 24. April bis 31. Mai 2017 zu 40%, vom 1. Juni bis 10. Juli 2017 zu 100% und vom 11. Juli bis 11. August 2017 zu 40% arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 49). Am 2. Juni 2017 berichtete die Fachärztin für Neurochirurgie, Dr. med. D.____ vom Zentrum für Neurochirurgie Hirslanden Ostschweiz, der IV-Stelle (IV-act. 58-7), der Versicherte leide an einem chronifizierten Schmerzsyndrom (Lokalisation: Kiefer-, Gesichts-, Kopf- und Nackenschmerzen), an Spannungskopfschmerzen sowie an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Am 8. November 2017 gab Dr. D.____ an (IV-act. 53), dass der Versicherte bei ihr vom 14. September bis 8. November 2017 in ambulanter Betreuung gewesen sei. Er sei nicht mehr als 60% arbeitsfähig. Aus multimodaler schmerztherapeutischer Sicht sei die Integration in der Arbeit zu 60% "unbedingt aufrecht zu erhalten und zu unterstützen". Am 29. November 2017 berichtete das Schmerzzentrum des Kantonsspitals St.Gallen der IV-Stelle (IV-act. 57), der Versicherte leide an einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit Kiefer-, Gesichts-, Kopf- und Nackenschmerzen bei einem Status nach multiplen Zahnextraktionen und Wurzelbehandlungen sowie an Spannungskopfschmerzen. Am 28. November 2017 gab die Hausärztin Dr. B.____ an, dass das chronische Schmerzsyndrom weiterhin anhalte (IV-act. 58). Aufgrund dieses Schmerzsyndroms leide der Versicherte an einer körperlichen und geistigen Beeinträchtigung insbesondere betreffend die Konzentrationsfähigkeit, was die Produktivität vermindere und die Fehlerquote erhöhe. Die bisherige Tätigkeit als Elektriker sei nicht mehr zumutbar. Als adaptierte Tätigkeit komme eine Büroarbeit mit ausreichend Pausen während fünf Stunden täglich an vier Tagen pro Woche in Frage. Die IV-Stelle beauftragte das Begutachtungszentrum BL (BEGAZ) am 12. Januar 2018 mit einer polydisziplinären (Allgemeine/Innere Medizin, HNO, Neurologie und Psychiatrie) Abklärung (IV-act. 64). Das BEGAZ erstattete am 7. Mai 2018 sein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 72). Die Sachverständigen nannten als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren sowie einen chronischen Gesichts-/Kopfschmerz bei einem Status nach einer phlegmonösen Entzündung des Mastikatoren- und Submandibulärtraums links und einem Status nach einer Osteomyelitis am Unterkiefer links. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben sie einen Status nach einer depressiven Episode an. Der psychiatrische Sachverständige führte in seiner Beurteilung aus (IV-act. 72-19 ff.), der Versicherte weise eine unauffällige Anamnese auf. Seit der Behandlung eines vereiterten Zahnes im Jahre 2013 leide er unter einem chronischen Schmerzsyndrom im

Kopfbereich. Hinweise auf psychosozial belastende Situationen seien nicht vorhanden. Der Versicherte habe keine tragende Beziehung, obwohl er dafür offen wäre, jedoch pflege er in der Freizeit die zwischenmenschlichen Kontakte und gehe seinen Interessen nach. Während der Untersuchung habe der Versicherte nicht beeinträchtigt gewirkt, obwohl er angegeben habe, unter starken Schmerzen zu leiden. Eine Stimmungsbeeinträchtigung sei nicht vorhanden gewesen. Im Alltag bestünden keine Einschränkungen. Insgesamt sei der Versicherte durch den psychischen Zustand nicht beeinträchtigt. Subjektiv fühle er sich durch die Schmerzen im Kopf-, Schulter- und Nackenbereich sowie durch die Kopfschmerzen beeinträchtigt. Nicht-versicherte Faktoren spielten keine Rolle. Eine Aggravation liege nicht vor. Der Versicherte leide mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer Opiatabhängigkeit, wobei es sich um eine sekundäre Abhängigkeit handle, weil der Versicherte damit versuche, die chronischen Schmerzen zu bekämpfen. Irreversible Gesundheitsstörungen durch den Opiatkonsum fänden sich nicht. Ein Zurückgreifen auf die persönlichen Ressourcen sei möglich, solange die Schmerzen erträglich seien. Aus psychiatrischer Sicht liege beim Versicherten seit der Hospitalisation im Oktober 2016 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20% vor. In einer alternativen Tätigkeit sei keine höhere Leistungserbringung zu erwarten. Der neurologische Gutachter hielt fest (IV-act. 72-37 ff. und 72-47), die Untersuchung habe diffus ausgedehnte Druckdolenzen im Bereich des Gesichtsschädels und der Schädelkalotte bei einem im Übrigen unauffälligen neurologischen Status ergeben. Das Verhalten des Versicherten sei adäquat, seine Ausführungen seien sachlich und präzise gewesen. Das hohe beklagte Schmerzempfinden sei im Habitus, in der Mimik und in der Gestik nicht ohne Weiteres im geltend gemachten Ausmass nachvollziehbar gewesen. Die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 40% sei nicht nachvollziehbar gewesen. Zwischen den im Erwerbsbereich geltend gemachten Einschränkungen und den uneingeschränkt weiter ausführbaren umfangreichen privaten Aktivitäten (8-9-Zimmerhaus mit Umschwung, Holz hacken für Holzheizung, Motorradfahren, Mitglied im Schiessverein, abendliche Restaurantbesuche etc.) habe eine Diskrepanz bestanden. Eine partielle Leistungseinschränkung von 20% sei aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms gegeben gewesen. Diese Einschränkung gelte für sämtliche Tätigkeiten; der Beginn sei auf den Januar 2017 festzulegen. Der Sachverständige für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten gab in seinem Teilgutachten an (IV-act. 72-43), dass aus rein otorhinolaryngologischer/otoneurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe; eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen der Gesamtsymptomatik festzulegen. Als Ergebnis ihrer Konsensbesprechung führten die Gutachter aus, zusammenfassend bestehe damit eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen (IV-act. 72-49), wobei die genannten Leistungseinschränkungen von je 20% im neurologischen und im psychiatrischen Fachbereich nicht teiladditiv seien. Die RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ notierte am 15. Mai 2018 (IV-act. 74), das BEGAZ-Gutachten beruhe auf allseitigen Befragungen und Untersuchungen durch die Sachverständigen; die Beurteilungen der behandelnden Ärzte seien miteinbezogen worden. Das Gutachten sei sowohl plausibel als auch nachvollziehbar. Mit einem Vorbescheid vom 16. Mai 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 20% die Abweisung des Begehrens um eine Rente in Aussicht (IV-act. 77). Zur Begründung hielt sie fest, gemäss dem medizinischen Gutachten sei der Versicherte in der angestammten wie in jeder anderen adaptierten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig. Der Versicherte liess am 20. Juli 2018 einwenden (IV-act. 92), der Vorbescheid sei aufzuheben und es sei ihm seit dem 1. August 2016 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

Sein Rechtsvertreter begründete dies im Wesentlichen damit, dass der Versicherte nur unter Einnahme sehr hoher Dosen an Analgetika und Co-Analgetika sein derzeitiges Arbeitspensum von 60% ausüben könne. Ohne die Einnahme der Medikamente sei er aufgrund der starken Schmerzen voll arbeitsunfähig. Auch im Alltag sei er aufgrund der Schmerzen stark eingeschränkt. Am Abend nach der Arbeit könne er aufgrund der stärkeren Schmerzen nichts mehr unternehmen und müsse sich teilweise hinlegen. Im Haushalt erledige er nur noch das Nötigste. Die Holzarbeiten für die Holzheizung im Haus könne er nicht mehr ausführen. Auch bei den Hobbys sei er eingeschränkt; mit dem Motorrad mache er höchstens alle zwei Wochen einen kurzen Ausflug und das Schiessen übe er alle ein bis zwei Wochen aus. Die sozialen Kontakte pflege er infolge der Erschöpfung und der Schmerzen kaum noch; seine Freunde treffe er nur alle ein bis zwei Wochen. Zudem leide er an einer Schlafstörung, weshalb er nachts mehrmals aufwache. Weiter verwies der Versicherte auf die von Dr. B.____ und Dr. D.____ attestierten Arbeitsunfähigkeiten von mindestens 40% (vgl. IV-act. 92-17 ff.). Gemäss dem Gutachten sei der Versicherte bei seiner Arbeit mit 60% optimal eingegliedert; die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% sei daher nicht nachvollziehbar. Die Auswirkungen der Arbeit auf den Gesundheitszustand und die folgende Erschöpfungsdepression mit stationärer Behandlung fänden keine Berücksichtigung im Gutachten. Teilweise erreiche der Versicherte aufgrund der Schmerzen, der Erschöpfung und der regelmässigen, wöchentlichen Termine (Physiotherapie, Massage, Akupunktur, Tunia und Arzttermine) seine wöchentliche Arbeitszeit nicht. Nach der Arbeit müsse sich der Versicherte aufgrund seiner Erschöpfung oftmals hinlegen. Die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% sei insgesamt nicht nachvollziehbar. Neurologisch sei der Versicherte zu 40% und psychologisch zu 20% eingeschränkt, woraus eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60% resultiere. Die bisherige Arbeit als Schichtleiter könne er nicht mehr ausüben; lediglich die Arbeit als Elektroniker sei ihm noch möglich. Aufgrund der permanenten Schmerzen sei er nicht mehr gleich schnell und konzentrationsfähig. Die Schmerzen verstärkten sich im Verlaufe des Tages. Dem Versicherten sei es daher nicht möglich, während mehr als 6 Stunden pro Tag an 4 Tagen pro Woche zu arbeiten. Im 60% Pensum könne er nur arbeiten, weil ihm sein Arbeitgeber entgegenkomme. Er benötige wegen den Schmerzen alle eineinhalb Stunden eine Pause. Unter Berücksichtigung der Teilzeiterwerbstätigkeit und der genannten Einschränkung bezüglich der Pausen und der Arbeitszeit könne der Versicherte seine Restarbeitsfähigkeit nur unterdurchschnittlich verwerten. Daher seien 20% des Lohnes beim 60%-Pensum ein Soziallohnbestandteil. Durch die Vorbelastung mit dem Steven-Johnson-Syndrom leide er auch an einem höheren Krankheitsrisiko. Dies rechtfertige einen "Leidensabzug" von mindestens 15%. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 23. Juli 2018 im Wesentlichen (IV-act. 93), dass sich der medizinische Sachverhalt gleich wie im Gutachtenszeitpunkt präsentiere. Die eingereichten Berichte der Behandler zeigten keine neuen medizinischen Erkenntnisse auf. Neu sei die geltend gemachte Einschränkung im Alltag, die im Widerspruch zu den Ausführungen der Gutachter stehe und auch nicht in Einklang damit gebracht werden könne, dass der Versicherte vor rund einem Monat noch alleine mit dem Auto nach Basel (ca. zweieinhalb Stunden Anfahrtsweg) zur Untersuchung gefahren sei. Am 25. September 2018 nahmen die Sachverständigen (IV-act. 98) zum Einwand des Versicherten sowie zu folgenden nach der Begutachtung eingereichten Dokumenten Stellung: Bericht der Hausärztin Dr. B.____ vom 12. Juni 2018 (IV-act. 86), Berichte von Dr. D.____ vom 25. Mai 2018 (IV-act. 78) und 10. Juli 2018 (IV-act. 92-16), Therapiebestätigung der med. Masseurin mit eidg. Fachausweis G.____ vom

24. Juni 2018 (IV-act. 92-25) sowie Behandlungsbericht des Zentrums für integrative Medizin am Kantonsspital St.Gallen vom 3. Juli 2018 (IV-act. 92-26 f.). Die Sachverständigen gaben an, die nachträglich eingereichten medizinischen Berichte offenbarten keine relevanten neuen Aspekte. Insbesondere den Berichten von Dr. D.____ und Dr. B.____ liessen sich keine neuen medizinischen Feststellungen entnehmen. Anlässlich der Begutachtung hätten sich bezüglich der Auswirkungen der Beschwerden auf den nicht arbeitsbezogenen Lebensbereich Erkenntnisse ergeben, die deutlich von den im Nachgang vom Rechtsvertreter dargelegten Umständen abwichen. Der Versicherte habe bei der Begutachtung dargelegt, dass er die Haus- und Gartenarbeiten inklusive dem Holzhacken selber erledige. Auch habe er angegeben, auf dem Hometrainer zu trainieren, spazieren zu gehen, Motorrad zu fahren und Mitglied im Schiessverein zu sein; sein soziales Kontaktnetz sei gut. Auf die Frage nach Veränderungen seit dem Beginn der gesundheitlichen Beschwerden habe der Versicherte berichtet, dass er mehr schlafe und mehr spazieren gehe und dass er keine Freizeitaktivitäten aufgegeben habe. Auch sei er am Begutachtungstag mit dem Auto nach Basel gefahren. Damit bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben anlässlich der Begutachtung und den Angaben des Rechtsvertreters. Aufgrund der Diskrepanzen stelle sich die Frage, ob sich der Gesundheitszustand namhaft verschlechtert habe, was aber in der kurzen Zeitspanne zwischen dem Gutachten und dem anwaltlichen Einwand nicht plausibel sei, zumal das ursprüngliche schädigende Ereignis (phlegmonöse Entzündung im linken Unterkieferbereich) schon mehrere Jahre zurückliege und kein erneutes Aufflackern des Infektes aus den Unterlagen hervorgehe. Damit könne an der Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 20% im Gutachten bezogen auf ein Vollzeitpensum festgehalten werden. Eine teil- oder gar volladditive Berechnung der psychiatrischen und der neurologischen Arbeitsunfähigkeit sei nicht gerechtfertigt, da die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen mit der Schmerzproblematik begründet sei und daher von einer wesentlichen Überschneidung der in den einzelnen Fachgebieten jeweils attestierten Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Am Gutachten könne aus psychiatrischer, neurologischer und otorhinolaryngologischer/otoneurologischer Sicht festgehalten werden. Der Rechtsvertreter des Versicherten reichte am 13. November 2018 eine Stellungnahme ein (IV-act. 103). Darin hielt er im Wesentlichen an den bisherigen Ausführungen fest. Zusätzlich brachte er vor, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich in den letzten Monaten verschlechtert. Der Rechtsvertreter reichte auch einen Bericht von Dr. D.____ vom 7. November 2018 (IV-act. 104-1) sowie einen Kurzaustrittsbericht der Klinik C.____ vom 7. November 2018 (IV-act. 104-2 f.) bezüglich einer stationären Behandlung vom 4. September bis 12. Oktober 2018 ein. Aus dem Kurzaustrittsbericht geht hervor, dass der Versicherte an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, einem Verdacht auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, einem Verdacht auf COPD (ED 04/2018), einem Status nach multiplen Zahnextraktionen und Wurzelbehandlungen, einem dishydrotischen Ekzem an Händen und Füßen (anamnestisch seit vielen Jahren rezidivierend - Diprosalic seit Jahren) und einem Status nach Steven-Johnson-Syndrom auf Novalgin/Podomexef leide. Beim Eintritt habe der Versicherte über starke Kopf- und Kiefer-, aber auch occipitale Schmerzen berichtet, die er seit einer Zahnentzündung und deren Behandlung habe. Daneben bestehe eine ausgeprägte Müdigkeit, die sich auch auf die Leistungsfähigkeit z.B. bei der Arbeit auswirke; dennoch finde er seine Leistung im Vergleich zu anderen Mitarbeitern immer noch besser. Der

Versicherte habe am Behandlungsprogramm teilgenommen; die Bewegungseinheiten hätten ihm gegen die Müdigkeit geholfen. Im psychotherapeutischen Einzelsetting habe der Versicherte wortkarg, zurückhaltend und scheu imponiert. Er habe sich sozial unbeholfen gefühlt und intensiven zwischenmenschlichen Kontakt aus Furcht vor Missbilligung und Ablehnung vermieden. Daher habe sich der Versicherte nicht vorstellen können, an der Gruppentherapie teilzunehmen; letztlich habe er aber an der Kunsttherapiegruppe teilgenommen. Letztere sei in Gesprächen immer Thema gewesen. Zur definitiven Abklärung der Diagnose des Verdachts auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung würden eine ausführliche diagnostische Abklärung sowie eine Verlaufsanamnese empfohlen. Insgesamt sei eine Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes erzielt worden. Symptomatisch hätten sich die Stimmung leicht aufgehellt, die Stresstoleranz gesteigert, das dysfunktionale Gedankenkreisen reduziert, der Antrieb verbessert und die Vitalgefühle gesteigert. Dennoch sei er auf Funktionsebene eingeschränkt. Der Versicherte sei weiterhin nur reduziert belastbar. Die RAD-Ärztin Dr. E. ___ gab am 29. November 2018 an (IV-act. 110-1 f.), die Ausführungen der Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2018 seien plausibel und nachvollziehbar. Entsprechend könne an der bisherigen Einschätzung gemäss dem Gutachten festgehalten werden. Dem Bericht von Dr. D. ___ vom 7. November 2018 sei keine Verschlechterung gegenüber dem Begutachtungszeitpunkt zu entnehmen. Es handle sich um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts. Der RAD-Facharzt für Psychiatrie Dr. F. ___ notierte am 30. November 2018 (IV-act. 110-2 f.), aus dem Austrittsbericht vom 13. November 2018 der Klinik C. ___ ergebe sich keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im April 2018. Die diagnostizierte depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, begründe keine Arbeitsunfähigkeit, zumal beim Klinikaustritt sowohl testpsychologisch gemäss BDI II als auch klinisch eine Besserung vorgelegen habe. Dabei handle es sich um eine gut behandelbare und vorübergehende Symptomatik, nicht um einen dauerhaften Gesundheitsschaden. Auch die rezidivierende depressive Störung stelle keinen dauerhaften Gesundheitsschaden dar, da es zwischen den in der Regel auf wenige Monate beschränkten Krankheitsepisoden zu längeren, meist jahrelangen symptomfreien Intervallen komme. Zudem sei den Gutachtern die Tendenz zu einem depressiven Erleben bekannt gewesen. Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung sei nicht als abschliessende Diagnose gestellt worden. Der Verdacht habe darauf beruht, dass der Versicherte intensive zwischenmenschliche Kontakte aus Furcht vor Missbilligung und Ablehnung vermeide. Ein Vermeidungsverhalten begründe jedoch keine Persönlichkeitsstörung. In der Biografie fänden sich keine Auffälligkeiten, ausser dass der Versicherte Schwierigkeiten habe, dauerhafte und tragende Beziehungen einzugehen. Am 26. November 2018 liess der Versicherte mitteilen (IV-act. 109), dass ihm sein Arbeitsverhältnis wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen am 20. November 2018 (IV-act. 108) per 20. Februar 2019 gekündigt worden sei. Mit einer Verfügung vom 5. Dezember 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 112). Zu den Einwänden hielt sie fest, sie habe diese dem RAD vorgelegt; demnach sei am Gutachten festzuhalten. Auch die Gutachterstelle halte an ihren Ausführungen und Beurteilungen fest. Ein Teilzeitabzug sei nicht vorzunehmen, da der Versicherte seine Restarbeitsfähigkeit in einer Ganztagesstelle verwerten könne. Auch sei kein "Leidensabzug" gerechtfertigt. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 25. Januar 2019 Beschwerde erheben (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der

Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 5. Dezember 2018 und die Zusprache mindestens einer Dreiviertelsrente seit dem 1. August 2016. Eventualiter sei ein neues interdisziplinäres Gutachten unter Einbezug eines Schmerztherapeuten durchzuführen. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den letzten 12 Monaten zunehmend verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer leide unter immer stärkeren Schmerzen. Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung habe ihm der Arbeitgeber per 20. Februar 2019 gekündigt. Er sei in seinen Alltagstätigkeiten eingeschränkt. Im Haushalt erledige er nur noch das Nötigste, Holzkacken sei nicht mehr alleine möglich, die Ausfahrten mit dem Motorrad hätten sich deutlich verringert, die Teilnahme im Schiessverein sei abhängig vom Gesundheitszustand und er gehe seit ca. sechs Monaten nicht mehr wie zuvor täglich auswärts essen, sondern nur noch drei bis vier Mal pro Woche. Soziale Kontakte könne er kaum noch pflegen; Freunde treffe er lediglich noch ein bis zwei Mal pro Monat. Im Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 13. November 2018 (act. G 1.1.3) wurde im Wesentlichen der bereits im Kurzaustrittsbericht vom 7. November 2018 wiedergegebene Sachverhalt wiederholt (vgl. die vorstehenden Ausführungen unter Bst. A.o). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 25. März 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, der Beizug eines Schmerztherapeuten sei nicht angebracht bzw. unbeachtlich, da bei solchen per se eine Befangenheitssituation vorliege. Die von der Klinik C.____ neu diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, basiere auf einer rein psychosozialen Ursache. Die gedrückte Stimmung, das Gedankenkreisen, die Antriebsreduktion und die leichte Unruhe seien auf den Arbeitsplatzverlust zurückzuführen. Psychosoziale und soziokulturelle Belastungen, die direkte negative Folgen für die Befindlichkeit einer versicherten Person zeigten, müssten aber bei der Bemessung der Invalidität ausgeklammert werden. Etwas Anderes würde nur gelten, wenn neben den psychosozialen Faktoren beim Beschwerdeführer eine davon abschichtbare ausgeprägte psychische Störung vorläge, was aber nicht der Fall sei. Die depressive Störung habe sich beim Austritt als verbessert erwiesen. Weiter rechtfertige eine leichte Depression erfahrungsgemäss eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Zudem habe bereits der Gutachter das Verhalten des Beschwerdeführers bemerkt, dieses jedoch nicht als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Auch habe der Beschwerdeführer gegenüber den Behandlern in der Klinik C.____ andere Aussagen getätigt als gegenüber den Gutachtern. Weitere Abklärungen würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine neuen Erkenntnisse erbringen. Auf das Gutachten vom 7. Mai 2018 könne weiterhin abgestellt werden. Fakt sei, dass der Beschwerdeführer ein hohes Aktivitätsniveau im Alltag zeige, sozial weiterhin gut verankert sei und keine Einschränkungen in seinen personellen Ressourcen aufweise. Der Beschwerdeführer machte in der Replik vom 10. Mai 2019 im Wesentlichen ergänzend geltend (act. G 6), dass bei Schmerztherapeuten nicht von vornherein eine Befangenheit angenommen werden könne. Chronische Schmerzen stellten eine eigene Erkrankung dar. Für die von der Klinik C.____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, liege entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin keine psychosoziale Ursache vor. Diese Störung habe auch nichts mit dem Arbeitsplatzverlust zu tun. Der Beschwerdeführer habe sich bereits vor der Kündigung am 20. November 2018, nämlich vom 4. September bis 12. Oktober 2018, in der Klinik C.____ in Behandlung befunden; folglich könne die Kündigung bei der stationären Behandlung kein Thema gewesen sein. Am 26. August 2019 liess der Beschwerdeführer

folgende Unterlagen nachreichen: Rechnungen der Spitex vom 31. Dezember 2018, 28. Februar 2019 und 30. April 2019 (act. G 8.1), Zusammenstellung der Diagnosen von Dr. B.____ vom 9. Mai 2019 (act. G 8.2), Nachweis der persönlichen Arbeitsbemühungen des Beschwerdeführers vom Januar bis Mai und Juli 2019 inklusive diverser Bewerbungsschreiben (act. G 8.3), Bestätigung des Beschwerdeführers über seine Hobbies und Freizeitgestaltung (act. G 8.4) und Zwischenzeugnis der I.____ vom 9. Januar 2017 (act. G 8.5). Weiter liess der Versicherte am 21. November 2019 einen psychiatrischen Bericht von Dr. med. univ. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. November 2019 nachreichen (act. G 12.1). Dr. H.____ hatte angegeben, der Beschwerdeführer leide an einem chronifizierten Schmerzsyndrom (Lokalisation: Kiefer-, Gesicht-, Kopf- und Nackenschmerzen), einem Status nach multiplen Zahnextraktionen, Wurzelbehandlungen, einem generalisierten Allodynie Nervus V 1-3 bds., einer Tendomyopathie der Kau-, Nacken- und Schultermuskulatur bds., einem Status nach Infiltration der Nerve occipitale majus bds., Spannungskopfschmerzen und einem Verdacht auf Störung aus dem Autismus Spektrum / DD V.a. akzentuierten Persönlichkeitsstil. Eine Arbeitstätigkeit von 80% sei nicht vorstellbar; eine IV-Rente von 50% wäre angemessen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 14).

Erwägungen Mit der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2018 hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren des Beschwerdeführers vom Mai 2017 abgewiesen. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet folglich die Frage nach einem allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht auf den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung abzustellen (BGE 139 V 335 E. 6.2). Später eintretenden Tatsachen ist nicht im Rahmen des hängigen Beschwerdeverfahrens, sondern im Rahmen eines allfälligen späteren Verwaltungsverfahrens Rechnung zu tragen. Sind später eingetretene, mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehende Tatsachen indes geeignet, die Beurteilung des im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung bestehenden Sachverhalts zu beeinflussen, so sind sie im laufenden Verfahren zu berücksichtigen (Entscheid 8C_357/2016 des Bundesgerichts vom 7. Oktober 2016, E. 3.2 und Entscheid 9C_67/2012 des Bundesgerichts vom 4. Juli 2012, E. 2.2). Vorab gilt es daher zu prüfen, ob die nachträglich eingereichten Dokumente überhaupt in diesem Verfahren zu berücksichtigen sind. Folgendes wurde nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2018 eingereicht: Bericht von Dr. B.____ vom 23. Januar 2019 (act. G 1.1.4), Bericht von Dr. D.____ vom 24. Januar 2019 (act. G 1.1.5), Rechnungen der Spitex (act. G 8.1), Bericht von Dr. B.____ vom 9. Mai 2019 (act. G 8.2), Nachweis der persönlichen Arbeitsbemühungen und Bewerbungsschreiben (act. G 8.3), Bestätigung der Hobbies und Freizeitgestaltungen des Beschwerdeführers vom 8. Mai 2019 (act. G 8.4) sowie Bericht von Dr. H.____ vom 16. November 2019 (act. G 12). Aus den nachträglich eingereichten Arztberichten von Dr. B.____ und Dr. D.____ ergeben sich keine neuen Tatsachen, sondern lediglich bereits Bekanntes. Die Berichte vom 23. und 24. Januar 2019 sind sehr kurz. Ausführungen zu den Beschwerden und den subjektiven Angaben, mit denen die knapp formulierten Beurteilungen nachvollzogen werden könnten, fehlen gänzlich. Auch dem Bericht vom 9. Mai 2019 lässt sich nichts entnehmen, was im Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen wäre. Auch die Rechnungen der Spitex, die Arbeitsbemühungen, die Bewerbungsschreiben und die Bestätigung zu den Hobbies und Freizeitgestaltungen bringen keine neuen Sachverhaltserkenntnisse. Letztere sagen denn auch nichts über den objektiven medizinischen Sachverhalt aus. Bei Dr. H.____ ist der Beschwerdeführer seit dem

21. Februar 2019 und damit erst nach Erlass der Verfügung in Behandlung. Dr. H. ___ hat keine neuen relevanten Diagnosen erhoben und er hat die Standardindikatoren (BGE 141 V 281) nicht geprüft. Die neu erwähnte Störung aus dem Autismus Spektrum ist gemäss seinen Angaben ein protektiver Faktor, der dem Beschwerdeführer die Tätigkeit erleichtert; sie kann die Arbeitsfähigkeit nicht negativ beeinflussen. Die nach der Beschwerdeerhebung eingereichten Akten enthalten nichts, das im Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen wäre. Im Übrigen ist bei der Würdigung des Beweiswerts der Berichte behandelnder Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und zudem dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. etwa BGE 125 V 353 E. 3b.cc). Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität 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 könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Beschwerdeführer hat eine Ausbildung zum Elektroniker absolviert. Er ist von September 2003 bis Februar 2019 als Elektroniker in der Firma I. ___ tätig gewesen. Ab 1. März bis 9. Oktober 2016 hat er als Schichtleiter gearbeitet. Die Zusatzfunktion als Schichtleiter während rund sieben Monaten hat keinen Einfluss auf das Valideneinkommen, da dies die berufliche Qualifikation als Elektroniker nicht verändert hat. Dies spiegelt sich auch im Lohn wieder; der Beschwerdeführer hat nach der Aufnahme der Zusatzfunktion als Schichtleiter kein höheres Basissalär erzielt, er hat lediglich zusätzlich Schichtzulagen erhalten. Das Basissalär hat sich nach dem Ende der Tätigkeit als Schichtleiter nicht verringert (IV-act. 47-5 ff.). Damit bildet die Tätigkeit als Elektroniker die Validenkarriere des Beschwerdeführers. Trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung kann der Beschwerdeführer nach wie vor seine Arbeit als Elektroniker verrichten. Die Gesundheitsschädigung hat sich also nicht auf die Qualität der beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt. Die Sachverständigen haben angegeben, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Elektroniker nach wie vor zumutbar sei. Damit bildet die Tätigkeit als Elektroniker auch die zumutbare Invalidenkarriere des Beschwerdeführers. Das bedeutet, dass der Ausgangswert des zumutbarer Weise erzielbaren Invalideneinkommens während des gesamten massgebenden Zeitraums dem Valideneinkommen entsprochen hat. Der Invaliditätsgrad ist

deshalb anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu ermitteln, er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls (analog dem sog. Tabellenlohnabzug) korrigiert um einen zusätzlichen Abzug. Die Beschwerdegegnerin hat auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten des BEGAZ abgestellt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (vgl. etwa BGE 125 V 351, E. 3a). Sämtliche Akten der Beschwerdegegnerin mit den darin enthaltenen medizinischen Berichten haben den Sachverständigen der BEGAZ zur Verfügung gestanden. Die Sachverständigen haben diese Akten verarbeitet und in ihre medizinische Beurteilung einbezogen. Sie haben den Beschwerdeführer befragt und ihn untersucht. In ihren Teilgutachten haben sie die von ihnen erhobenen objektiven klinischen Befunde anschaulich und vollständig dargelegt (S. 18 f., S. 35 f., S. 41 f.) und in ihrer Art und Schwere gewürdigt, wobei sie sich auch mit den Angaben des Beschwerdeführers auseinandergesetzt haben. Sie haben ihre versicherungsmedizinische Beurteilung detailliert begründet (S. 19 ff., S. 37 f., S. 42 f.). Weiter haben sich die Sachverständigen mit den bisherigen Behandlungen und Therapien auseinandergesetzt (S. 13, S. 20, S. 25, S. 32 ff., S. 44). Der psychiatrische Sachverständige hat die vom Bundesgericht vorgegebenen Standardindikatoren (vgl. etwa BGE 141 V 281) detailliert geprüft. Abschliessend haben die Sachverständigen der BEGAZ gestützt auf ihre umfassenden Untersuchungen eine fundierte interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit abgegeben. Diese gemeinsame Arbeitsfähigkeitsschätzung ist einleuchtend und mit dem in den einzelnen Teilgutachten wiedergebenden Würdigungen vereinbar. Die zuständige RAD-Ärztin, Dr. E. ____, hat am 15. Mai 2018 das Gutachten als umfassend und widerspruchsfrei betrachtet (IV-act. 74). Zu prüfen bleibt, ob die Einwände des Beschwerdeführers einen erheblichen Zweifel am Beweiswert der beiden Gutachten zu wecken vermögen. Bei den Untersuchungen durch die Sachverständigen des BEGAZ hat der Beschwerdeführer mehrfach angegeben, dass er trotz der Gesundheitsschädigung seine Freizeit- und Alltagsaktivitäten noch ungehindert ausüben könne (S. 13, S. 16, S. 31). Auch gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen hat er im Juli 2017 angegeben, im Alltag erleide er keine Einschränkungen (IV-act. 39). Den Akten ist nichts zu entnehmen, dass die vom Rechtsvertreter vorgebrachten Einschränkungen im Alltag erklären würde. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass sich der Gesundheitszustand nach der Begutachtung massgebend verschlechtert hätte. Die Gutachter haben in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2018 (IV-act. 98) überzeugend dargelegt, dass aus den ihnen vorgelegten, neu eingereichten Behandlungsberichten (IV-act. 78, 86, 92-16, 92-25, 92-26) keine Verschlechterung des Gesundheitszustands hervorgehe, so dass die diskrepanten Angaben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar seien. Insgesamt liegen keine Gründe vor, die eine abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung rechtfertigen würden. Eine neue Diagnose, die den Gutachtern nicht bereits bekannt gewesen ist und die neuen Einschränkungen des Beschwerdeführers im Alltag begründen würde, liegt ebenfalls nicht vor. Insbesondere sind die Gutachter auch über die von der Klinik C. ____, diagnostizierte rezidivierende depressive Störung (IV-act. 107) informiert gewesen; gemäss dem Gutachten hat diese jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 72-45). Die Gutachter haben auch gewusst, dass der Beschwerdeführer ein vermeidendes Verhalten aufweist; dieses Verhalten ist von ihnen –

anders als durch die Behandler der Klinik C.____ – nicht als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Im Weiteren ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Austrittsbericht der Klinik C.____ betreffend den Aufenthalt vom 4. September bis 12. Oktober 2018 als klinisch stabil beschrieben worden (IV-act. 107-4); damit ist keine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes erkennbar. Das ursprünglich schädigende Ereignis (phlegmonöse Entzündung im linken Unterkieferbereich) liegt schon mehrere Jahre zurück und in den Akten deutet nichts auf einen erneuten Infekt hin. Bei der Würdigung der Berichte der Klinik C.____, von Dr. D.____ und von Dr. B.____ ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Zusammenfassend können weder die Berichte von der Klinik C.____, von Dr. D.____ und von Dr. B.____ noch die Angaben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers relevante Zweifel am BEGAZ-Gutachten wecken. Ein Widerspruch in den Arbeitsfähigkeitsschätzungen ist entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters nicht zu erkennen. Die Angabe des psychiatrischen Sachverständigen, der Beschwerdeführer sei bei seiner (damals aktuellen) Arbeit als Elektroniker im konkreten 60% Pensum optimal eingegliedert (IV-act. 72-26), steht weder der aus rein psychiatrischer Sicht (IV-act. 72-27 f.) noch der aus polydisziplinärer Sicht abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung (IV-act. 72-46 ff.) von 80% entgegen. Dies ist so zu interpretieren, dass der Beschwerdeführer bis zu einem Pensum von 80% in seiner Tätigkeit als Elektroniker stets optimal eingegliedert ist, da er diese bis zu einer 80%igen Erwerbstätigkeit trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung ungehindert ausüben kann. Damit ist er bei einer theoretisch möglichen Arbeitstätigkeit von 80% als Elektroniker, bei einem effektiv tieferen Pensum von 60%, offensichtlich optimal eingegliedert. Er nutzt nicht das gesamte Arbeitsfähigkeitspotential von 80% aus, obwohl ihm dies zumutbar wäre. Eine Addition der Arbeitsfähigkeitsschätzungen aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen setzt voraus, dass sich die Teilbereiche im Rahmen der Beschwerdesymptomatik additiv bzw. teiladditiv verhalten. Indizien dafür, dass die Kombination aus somatischen (neurologischen) und psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers zu einer Verstärkung der Beeinträchtigungen und damit gesamthaft zu einer Arbeitsunfähigkeit von über 20 % führen würden, finden sich in den Akten nicht. Die Arbeitsunfähigkeitsschätzung ist sowohl im psychiatrischen als auch im neurologischen Teilbereich im Wesentlichen mit der Schmerzproblematik zu begründen; neben den Diagnosen der Schmerzproblematik liegen keine weiteren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Gutachter haben klargestellt, dass die im neurologischen und im psychiatrischen Teilgutachten ermittelten Arbeitsunfähigkeiten von je 20% nicht teiladditiv sind. Die Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, dass eine (Teil-) Addition vorzunehmen sei, geht also fehl. Somit überzeugt die Einschätzung der Gutachter des BEGAZ, dass der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht zu 20% arbeitsunfähig sei. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat eine erneute Begutachtung unter Einbezug eines Schmerztherapeuten beantragt. Der Beschwerdeführer ist durch das BEGAZ bereits umfassend abgeklärt worden. Sowohl nach der Auffassung des RAD als auch nach der Auffassung der Sachverständigen des BEGAZ ist das Gutachten vollständig. Gegenteiliges ist den Akten nicht zu entnehmen. Selbst für einen medizinischen Laien ist erkennbar, dass mit den an der Begutachtung beteiligten Fachdisziplinen eine um-

fassende und vollständige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorgenommen worden ist. Der Beizug eines Schmerztherapeuten würde keine neuen Erkenntnisse bringen, so dass in antizipierender Beweiswürdigung auf die beantragte ergänzende Beurteilung durch einen unabhängigen Schmerztherapeuten zu verzichten ist. Zusammenfassend sind die Einwände des Beschwerdeführers sowie die nachträglich eingereichten Behandlerberichte nicht geeignet, Zweifel an der Überzeugungskraft des BEGAZ-Gutachten zu wecken. Damit steht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Elektroniker zu 80% arbeitsfähig ist. Im Rahmen eines Prozentvergleichs kann ausgehend von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% nur dann ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von wenigstens 40% resultieren, wenn ein maximaler zusätzlicher Abzug von 25% erfolgt. Im hier zu beurteilenden Fall ist kein zusätzlicher Abzug gerechtfertigt. Ein potentieller Arbeitgeber müsste nämlich bei einer Beschäftigung des Beschwerdeführers als Elektroniker keine betriebswirtschaftlich-ökonomischen Nachteile in Kauf nehmen, die ihm bei der Beschäftigung eines vollkommen gesunden Elektrikers mit einem Beschäftigungsgrad von 80% nicht entstehen würden. Der Beschwerdeführer ist somit zu 20% invalid. Da erst ab einem Invaliditätsgrad von 40% ein Rentenanspruch bestehen würde, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente verneint. Dementsprechend 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. Sie ist vollumfänglich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung; das entsprechende Begehren ist abzuweisen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Das Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung wird abgewiesen.

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