

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/323 vom 1. September 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_323

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/323 du 1 septembre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/323 del 1 settembre 2021

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 6 ATSG. Art. 16 ATSG. Prüfung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung eines polydisziplinären Gutachtens (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie, Pneumologie und Psychiatrie). Die Anspruchsvoraussetzung, wonach während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) eine mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) bestanden haben muss, ist nicht erfüllt. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. September 2021, IV 2019/323).

Volltext

Entscheid vom 1. September 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb Geschäftsnr. IV 2019/323 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Linda Keller, Grand & Nisple Rechtsanwälte, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 18. März 2017 bei der IV-Stelle St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Im Anmeldeformular gab er an, eine Berufsausbildung als Detailhandelskaufmann absolviert zu haben und von 1983 bis 2016 (letzter effektiver Arbeitstag am 14. Oktober 2016; Ende des Arbeitsverhältnisses am 31. Mai 2017, vgl. IV-act. 10-2) im Aussendienst als Versicherungsberater bei der B.____ tätig gewesen zu sein. Seit dem 17. Oktober 2016 sei er aufgrund starker Depressionen zu 100 % arbeitsunfähig. Auf hausärztliche Zuweisung durch Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, wurde der Versicherte ab dem 19. Oktober 2016 im Ambulatorium der Psychiatrie D.____ behandelt (fremd-act. 2-4). Als Diagnose wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome festgehalten (IV-act. 12-1). Vom 9. Januar 2017 bis zum 7. April 2017 hielt sich der Versicherte stationär in der Privatklinik E.____ auf. Dort wurde ihm vom 9. Januar 2017 bis am 21. April 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (IV-act. 16-4 f. und IV-act. 21). Erneut wurde als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome angegeben (IV-act. 21-1). Ab dem 19. April 2017 besuchte der Versicherte die Tagesklinik der Psychiatrie D.____ in F.____ (fremd-act. 2-4 und IV-act. 22). Die Fachpersonen gaben an, der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, aktuell noch leicht bis mittelgradig ausgeprägt, sowie an kognitiven Defiziten. Der behandelnde Arzt der Tagesklinik bescheinigte dem Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. April 2017 bis auf Weiteres und bestätigte, dass eine sofortige Aufnahme der Wiedereingliederung momentan nicht möglich sei. Zudem hielt er als Diagnosen zusätzlich

ein schweres Schlaf-Apnoe-Syndrom, kognitive Defizite sowie einen Verdacht auf Polyneuropathie in beiden Unterschenkeln fest (IV-act. 22). Dr. C.____ hielt im Arztbericht vom 28. April 2017 als Diagnose eine schwere depressive Episode und kognitive Einschränkungen fest (IV-act. 16-3). Eine sofortige Wiedereingliederung sei aufgrund der aktuellen Erkrankung nicht möglich. Am 16. Juni 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass vorerst keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien; die Stabilisierung des Gesundheitszustandes müsse abgewartet werden (IV-act. 24). Im Austrittsbericht der Tagesklinik vom 26. April 2018 hielt der leitende Arzt fest (IV-act. 26), dass der Versicherte vom 19. April 2017 bis zum 25. April 2018 behandelt worden sei und dass der psychische Befund während des gesamten Zeitraums durchgehend wechselhaft gewesen sei. Phasenweise habe der Versicherte eine gewisse Besserung angegeben, dann wieder eine Verschlechterung. Die depressiven Symptome hätten sich nicht anhaltend und grundlegend gebessert. Suizidalität oder psychotische Symptome seien nicht aufgetreten. Die leichten kognitiven Einschränkungen bestünden weiterhin. Während des Behandlungszeitraums (19. April 2017 bis 25. April 2018) sei der Versicherte arbeitsunfähig gewesen. Er werde nun im Ambulatorium F.____ der Psychiatrie D.____ behandelt (IV-act. 29-6). Deren leitende Ärztin med. pract. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte der IV-Stelle am 14. Juni 2018 mit (IV-act. 33), dass eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht absehbar sei. Wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausführen könne, die mit seiner berichteten Müdigkeit und Energielosigkeit vereinbar sei, also viele Pausen ermögliche, dann bestehe eventuell eine Teilarbeitsfähigkeit. Niederschwellige Eingliederungsmassnahmen seien höchstens im Rahmen von zwei Stunden pro Tag sinnvoll. Darauf gestützt teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 20. Juni 2018 mit, dass das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde (IV-act. 36). Im Rahmen einer neuropsychologischen Testung (IV-act. 41), welche die Psychiatrie D.____ am 12. März 2018 durchführte, wurden beim Versicherten bis zu schwere Defizite (von durchschnittlich bis weit unterdurchschnittlich reichende Leistungen) erhoben. Im Fokus standen dabei attentionale Funktionseinschränkungen, wobei sich die Ergebnisse zum Teil divergierend und inkonsistent zeigten. Anhand von Tests zur Prüfung der Anstrengungsbereitschaft wurden zudem Anzeichen für das Vorliegen einer Aggravation gefunden. Die Auffälligkeiten im kognitiven Leistungsprofil konnten nicht vollumfänglich durch die affektive Störung erklärt werden; das Vorliegen einer Aggravation war wahrscheinlich. Der Versicherte wurde am 25. April 2016 auch neurologisch untersucht, wobei als vorläufige Diagnose eine small-fiber Polyneuropathie angegeben wurde (IV-act. 42-13 ff.). Als Ursache sei am ehesten von einer diabetogenen Genese auszugehen; eine weiter optimierte Blutzuckereinstellung sei anzustreben. Vom 19. September 2018 bis zum 29. November 2018 hielt sich der Versicherte erneut stationär in der Klinik E.____ auf (IV-act. 58). Im Austrittsbericht vom 7. Januar 2019 beschrieben die Behandler eine Teilremission der depressiven Störung (IV-act. 61-9 ff.), wobei nach wie vor eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bestehe. Klare Zeichen für eine Chronifizierung seien vorhanden. Sie attestierten dem Versicherten vom 19. September bis 13. Dezember 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Im Anschluss gab med. pract. G.____ vom 13. bis 31. Dezember 2018 eine 80% Arbeitsunfähigkeit an (IV-act. 55). Am 25. März 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass eine medizinische Untersuchung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie, Pneumologie und Psychiatrie notwendig sei (IV-act. 70). Das polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG

Swiss Medical (nachfolgend: SMAB) lag am 12. Juli 2019 vor (IV-act. 76). Als Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung wurde festgehalten, dass beim Versicherten keine leitliniengerechte psychiatrische Diagnose zu stellen sei. Aufgrund der Auffälligkeiten, die der Versicherte gezeigt habe, könne auch nicht darauf rückgeschlossen werden, dass jemals eine relevante psychiatrische Symptomatik vorgelegen hätte. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung seien beide Symptomvalidierungsverfahren auffällig ausgefallen (IV-act. 76-30 f.); darüber hinaus hätten sich auch in den anderen durchgeführten Tests teilweise Inkonsistenzen gezeigt. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung seien keine aussagekräftigen Befunde erhoben worden. Aufgrund der nicht verwertbaren Befunde sei auch keine valide Aussage zur aktuellen kognitiven Leistungsfähigkeit des Versicherten möglich. Die in früheren Untersuchungen festgestellten leichten bis mittelgradigen kognitiven Defizite könnten nicht ohne Weiteres als valide beurteilt werden, da damals keine Beurteilung der Anstrengungsbereitschaft durchgeführt worden sei (IV-act. 76-97). Insgesamt seien aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorhanden (IV-act. 76-31). Bei den Inkonsistenzen beim neuropsychologischen Testergebnis sei von einem zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen (IV-act. 76-36). Aus neurologischer Sicht hielt der Sachverständige fest, dass die in der Vergangenheit gestellte Verdachtsdiagnose einer Polyneuropathie nicht bestätigt werden könne und dass die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt sei (IV-act. 76-60, 76-63). Im orthopädischen und internistischen Bereich wurden ebenfalls keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (IV-act. 76-48, 76-77). Aus pneumologischer Sicht bestätigte der zuständige Sachverständige die Diagnose eines schwergradigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS). Ab Februar 2016 habe wahrscheinlich teilweise (30%) eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nach der CPAP-Therapie (von Februar 2016 bis August 2017) sowie nach einer deutlichen Gewichtsabnahme hätten sich die Symptome stark verbessert; eine Arbeitsunfähigkeit liege nicht mehr vor. Auch ein Einfluss der Tagesmüdigkeit auf die kognitive Funktionsfähigkeit sei wenig wahrscheinlich (IV-act. 76-89). Die Sachverständigen kamen in der Konsensbeurteilung zum Schluss, dass der Versicherte sowohl in der angestammten Tätigkeit als Versicherungsberater als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 73-11 f.). Aus ihrer Sicht liege kein Gesundheitsschaden vor. Auch eine zurückliegende Aufhebung der Arbeitsfähigkeit während den beiden stationären Klinikaufenthalten und der ambulanten Behandlung lasse sich fachlich nicht begründen. Vielmehr sei in Anbetracht der Inkonsistenzen und des ausbleibenden Behandlungserfolgs von einer mangelnden Anstrengungsbereitschaft auszugehen (IV-act. 76-13). Am 19. August 2019 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, dass auf das Gutachten vom 12. Juli 2019 abgestellt werden könne (IV-act. 79). Gestützt auf diese Einschätzung kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit einem Vorbescheid vom 20. August 2019 an (IV-act. 82), sie werde das Rentengesuch aufgrund eines Invaliditätsgrades von 0 % abweisen. Mit einem Schreiben vom 16. September 2019 liess der Versicherte durch seine Rechtsschutzversicherung Einwand erheben (IV-act. 83). Nach erfolgter Akteneinsicht liess der Versicherte am 31. Oktober 2019 durch seine Rechtsvertreterin die Begründung zum Einwand nachreichen (IV-act. 88). Er beantragte die Zusprache einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70%, eventualiter eine weitere polydisziplinäre Begutachtung und subeventualiter die Zusprache einer Invalidenrente von

September 2017 bis Februar 2019 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100%. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, er sei während 34 Jahren beim gleichen Arbeitsgeber in einem 100%-Pensum tätig gewesen und habe im Jahre 2011 sein Pensum aus Erschöpfung auf 50% reduziert. Aufgrund seiner Beschwerden sei es ihm nicht mehr möglich, die bisher ausgeübte Tätigkeit in der Versicherungsbranche auszuführen. Die SMAB-Sachverständigen hätten vorgebracht, dass die geklagten Beschwerden nicht bestünden. Dies würde jedoch bedeuten, dass alle behandelnden Ärzte trotz einer langwierigen Behandlung eine falsche Diagnose gestellt hätten. Die Schlussfolgerungen, wonach trotz dem Vorliegen des OSAS keine Arbeitsunfähigkeit vorliege, sei nicht nachvollziehbar. Unbestritten sei, dass er aufgrund der OSAS an einer Tagesmüdigkeit leide. Diese sei mit einer Tätigkeit als Versicherungsberater im 100%-Pensum nicht vereinbar. Am 5. November 2019 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 90). Am 9. Dezember 2019/16. Januar 2020 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 5. November 2019 erheben (act. G 1 und 3). Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente sowie die Gewährung einer Nachfrist zur Beschwerdeergänzung. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Subeventualiter sei für den Zeitraum vom 1. September 2017 bis zum 28. Februar 2019 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100% auszurichten. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass das SMAB-Gutachten nicht nachvollziehbar sei. Besonders die Einschätzung der Sachverständigen, dass zu keiner Zeit eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe, liess er kritisieren. Schliesslich hätten die Sachverständigen der frühzeitigen Pensumreduktion sowie der schwergradigen Schlafapnoe mit der resultierenden Tagesmüdigkeit nicht genug Rechnung getragen. Die Sachverständigen seien auch von einem falschen Sachverhalt ausgegangen; der Beschwerdeführer habe sein Pensum im Jahr 2011 reduziert und nicht erst, wie im Gutachten angegeben, im Jahr 2014. Der Beschwerdeführer sei ununterbrochen während eines mehrjährigen Zeitraums in fachärztlicher Behandlung gewesen, ohne dass eine dauernde wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre. Seine Tätigkeit als Versicherungsberater könne er nicht mehr ausüben. Es sei nicht nachvollziehbar, dass er während Jahren eine Arbeitsunfähigkeit vorgespielt haben solle, andererseits aber in der Lage sein solle, seine bisherige Tätigkeit wieder auszuüben. Schon aufgrund der Tagesmüdigkeit sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor 100% arbeitsunfähig. In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Dem SMAB-Gutachten komme voller Beweiswert zu, weshalb die darauf gestützte Verfügung vom 5. November 2019 rechtmässig sei. Es lägen insgesamt keine Indizien vor, welche gegen die Zuverlässigkeit des SMAB-Gutachtens sprechen würden. Der Umstand, dass die Pensumreduktion im Gutachten falsch angegeben worden sei, vermöge nichts am vollen Beweiswert des Gutachtens zu ändern, zumal die Sachverständigen im Konsens darauf hingewiesen hätten, dass retrospektiv fachlich keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Auch sei zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärzte erfahrungsgemäss eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagten. In einer Replik vom 23. März 2020 liess der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen festhalten (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 9. April 2020 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 9). Erwägungen Mit der angefochtenen Verfügung vom 5.

November 2019 hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen. Da das Beschwerdeverfahren die Prüfung der Rechtmässigkeit dieser Verfügung zum Ziel hat, muss es sich auf den in der Verfügung enthaltenen Gegenstand beschränken. Folglich ist nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. 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). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten der SMAB AG 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 SMAB AG zur Verfügung gestanden. Die Sachverständigen haben diese medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt, die von ihnen während ihrer Untersuchung erhobenen objektiven klinischen Befunde anschaulich und vollständig dargelegt und die subjektiven Klagen des Beschwerdeführers umfassend wiedergegeben. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass sie eine wesentliche medizinische Tatsache übersehen oder versehentlich ignoriert hätten. Der für ihre Beurteilung massgebende medizinische Sachverhalt ist ihnen also vollumfänglich bekannt gewesen. In ihren Teilgutachten haben sie die von ihnen erhobenen objektiven klinischen Befunde anschaulich und vollständig dargelegt 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. Die Sachverständigen haben zu den vorhandenen Inkonsistenzen überzeugend Stellung genommen. Der psychiatrische Sachverständige hat angegeben, selbst die Behandler hätten letztlich darauf hingewiesen, dass sich die subjektiv bestehenden ausgeprägten Konzentrationsstörungen nicht ausreichend objektivieren liessen und vielmehr auf eine mangelnde

Anstrengungsbereitschaft zurückzuführen seien. Gleiches hat auch in der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen der Begutachtung festgestellt werden können. Die subjektiv beklagten Beschwerden sind nicht vereinbar gewesen mit den Testergebnissen und den Alltagsaktivitäten (z.B. selbständiges Autofahren) des Beschwerdeführers; die beiden standardmässig eingesetzten Symptomvalidierungsverfahren sind ebenfalls auffällig ausgefallen. Letztlich hat der neuropsychologische Sachverständige aber dennoch ein überzeugendes Belastungsprofil des Beschwerdeführers erstellen können. Die von den Sachverständigen jeweils erhobenen Diagnosen und die Angaben zu den jeweiligen Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind nachvollziehbar. Ein Indiz dafür, dass die Sachverständigen eine relevante Gesundheitsbeeinträchtigung übersehen oder nicht hinreichend erfasst hätten, ist nicht ersichtlich; das Gutachten ist im Sinne der Rechtsprechung (BGE 125 V 351) inhaltlich vollständig, umfassend und frei von Widersprüchen. Bei der objektiven Befundlage überzeugt das Attest einer aktuell praktisch uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und auch für leidensadaptierte Tätigkeiten auch auf dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer eine vorzeitige Pensionierung gewünscht hat (IV-act. 76-26 und 76-28). Lediglich der pneumologische Sachverständige hat retrospektiv von 2/2016 bis 8/2017 aufgrund des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms überzeugend eine teilweise maximale Arbeitsunfähigkeit von 30% angegeben. Zum Begutachtungszeitpunkt hat er dann aber sowohl für die bisherige als auch die angestammte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit angegeben. Er hat diesbezüglich ausgeführt (IV-act. 76-12), dass es nach der CPAP-Therapie und der Gewichtsabnahme wenig wahrscheinlich sei, dass die Arbeitsfähigkeit durch das weiterhin vorhandene schwerwiegende Schlafapnoe-Syndrom relevant beeinflusst werde. Ein Einfluss des Syndroms auf die kognitive Funktionsfähigkeit sei ebenfalls wenig wahrscheinlich. Die übrigen Sachverständigen haben sowohl retrospektiv als auch aktuell eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit sowohl für die bisherige als auch eine adaptierte Tätigkeit angegeben. Die von den behandelnden Ärzten während den stationären Aufenthalten in den psychiatrischen Kliniken attestierten Arbeitsunfähigkeiten sind gemäss dem psychiatrischen SMAG AG-Sachverständigen rein formal gewesen; die Aufhebungen der Arbeitsfähigkeit sei fachlich jedoch nicht begründbar gewesen (vgl. IV-act. 76-35). Das bedeutet, dass der Beschwerdeführer in den Zeiträumen, in welchen er in den Kliniken war, aus psychiatrischer Sicht jeweils voll arbeitsfähig gewesen wäre, da er auch an keiner gemäss Art. 6 ATSG notwendigen Gesundheitsbeeinträchtigung gelitten hatte. Ein Klinikaufenthalt allein begründet damit nicht immer eine volle Arbeitsunfähigkeit, ansonsten wäre es möglich, sich jeweils "freiwillig" ohne das Vorliegen einer Gesundheitsbeeinträchtigung in eine psychiatrische Einrichtung einliefern zu lassen, um so die Aufhebung der Arbeitsfähigkeit erreichen zu können. Zusammenfassend ist kein Grund für einen wesentlichen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens der SMAG AG ersichtlich, weshalb gestützt auf dieses Gutachten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit aktuell zu 100% arbeitsfähig ist und vom 2/2016 bis zum 08/2017 eine teilweise, maximale Arbeitsunfähigkeit von 30% vorgelegen hatte. Damit sind die Anspruchsvoraussetzungen einer mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) nicht erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat daher einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente zu Recht verneint; die Beschwerde ist 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 Parteienschädigung; 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 Parteienschädigung wird abgewiesen.

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