

# GR\_GERICHTE S 2022 33 vom 3. Mai 2022

GR Gerichte, 2022-05-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2022 33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2022_33)

FR: GR\_GERICHTE S 2022 33 du 3 mai 2022

IT: GR\_GERICHTE S 2022 33 del 3 maggio 2022

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Der B.\_\_\_\_\_ geborene Schweizer Bürger A.\_\_\_\_\_ besuchte die Primar-, Sekundar-, Kantons- und Handelsmittelschule in Chur, bevor er eine Bank- und Finanzausbildung bei der C.\_\_\_\_\_ mit Diplom abschloss. Danach war er in verschiedenen Funktionen für die C.\_\_\_\_\_ tätig und bildete sich zum diplomierten Betriebswirtschafter HF an der ibW Höhere Fachschule Südostschweiz weiter. Ab dem 1. März 2015 arbeitete er für die D.\_\_\_\_\_ des Kantons Graubünden als E.\_\_\_\_\_ in einem 100%- Penum. A.\_\_\_\_\_ ist verheiratet und Vater zweier Töchter (geboren F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_).

### E. 2

Nach mehreren Erkrankungen, der Diagnose einer mittelschweren bis schweren obstruktiven Schlafapnoe sowie zahlreichen bildgebenden und klinischen Untersuchungen wies Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in ihren Berichten vom

### E. 4

In der Folge liess die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ polydisziplinär in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie begutachten, wobei der Auftrag der MEDAS Zürich GmbH zugeteilt wurde (nachfolgend MEDAS-Gutachten). Zudem wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Auftrag gegeben, von der jedoch abgesehen wurde, nachdem A.\_\_\_\_\_ dagegen Einsprache erhoben hatte mit der Bitte, wegen des aufgrund der körperlichen Belastungen zu befürchtenden Zusammenbruchs mit folgender Verschlechterung des Zustands darauf zu verzichten. Ausserdem fand am 10. Februar 2021 eine neuropsychologische Abklärung bei Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ statt, die im Vergleich zu vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens verminderte allgemeine neurokognitive Fähigkeiten ergab.

### E. 4.1

Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG gilt als Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Ein Anspruch auf eine Rente ist gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG gegeben, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Ein- gliederungsmaßnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unter- bruch durchschnittlich mindestens 40 % im bisherigen Beruf oder Aufga- benbereich eingeschränkt gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jah- res zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Sind diese Voraussetzungen er- füllt, so steht der versicherten Person bei

einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Rente zu (aArt. 28 Abs. 2 IVG).

- 8 -

#### **E. 4.2**

Gemäss Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades (bei erwerbstätigen Versicherten) das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen) (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; vgl. BGE 144 I 21 E.2.1, BGE 142 V 290 E.4, BGE 130 V 343 E.3.4.2).

#### **E. 4.3**

Um beurteilen zu können, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten einem Versicherten noch eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen (BGE 132 V 93 E.4). Dabei können sich die IV-Stellen und im Streitfall die Sozialversicherungsgerichte auf die regionalen Ärztlichen Dienste (RAD; aArt. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG), auf die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder auf externe medizinische Sachverständige abstützen (aArt. 59 Abs. 3 IVG). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Vielmehr gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 143 V 124 E.2.2.2, BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden

- 9 - medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. zum Ganzen BGE 143 V 124 E.2.2.2 und BGE 125 V 351 E.3a).

#### **E. 4.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich

somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E.2.2.2, BGE 125 V 351 E.3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, BGE 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5, BGE 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versiche-

- 10 - rungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (vgl. BGE 139 V 225 E.5.2, BGE 135 V 465 E.4.4, BGE 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C\_246/2020 vom 10. September 2020 E.2.3 und 8C\_161/2012 vom 5. Juni 2012 E.3.2).

#### **E. 4.5**

Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auf fachärztlich diagnostizierte primäre Abhängigkeitssyndrome ausgedehnt, mit Urteil 9C\_106/2019 vom 6. August 2019 auch auf das Chronic Fatigue Syndrom, sofern die Fatigue und weitere Symptome nicht auf einen somatischen Gesundheitsschaden (ZNS-Erkrankung [Anm. Gericht = entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems]) zurückzuführen sind (E.2.3.3; mit Hinweis auf SVR 2018 IV Nr. 31 S. 99, Urteil des Bundesgerichts 8C\_350/2017 vom 30. November 2017 E.5.3 und BGE 139 V 346 E.2 und E.3.4). Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2021, Rz. 1006). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)

- 11 - umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck" (BGE 141 V 281 E.4.1.3; KSHI, Rz. 1006). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen

werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (BGE 145 V 215 E.7, BGE 143 V 418 E.7.1; vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_38/2022 vom 24. Mai 2022 E.4.6, 9C\_587/2021 vom 31. Januar 2022 E.4.1 und 9C\_197/2018 vom 5. Juni 2018 E.7). Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E.7, BGE 143 V 409 E.4.5.3).

#### **E. 4.6**

Von einer lege artis erfolgten medizinischen Schätzung kann nur aus triftigen Gründen abgewichen werden. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich, im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist in Erinnerung zu rufen und es gilt als Leitschnur, dass die ärztliche Beurteilung – von der Natur der Sache her unausweichlich – Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Demnach besteht einerseits das rechtsprechungsgemässe Verbot unzulässiger juristischer Parallelprüfung im Vergleich zur Arbeitsunfähigkeitsfestlegung durch die Gutachter. Andererseits umschreibt BGE 141 V 281 die Befugnis, im Rahmen der (freien) Überprüfung durch den Rechtsanwender von der ärztlichen Folgenabschätzung abzuweichen bzw. ihr im Hinblick auf Art. 8 ATSG nicht zu folgen. Diese beiden Argumentationslinien sind wie folgt abzugrenzen: In allen Fällen ist durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), d.h. sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (BGE 148 V 49 E.6.2.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E.6). Am Beispiel rezidivierender depressiver Entwicklungen leichten bis mittleren Grades veranschaulicht, wie sie in der IV-rechtlichen Invaliditätsprüfung sehr oft im Vordergrund stehen, bedeutet dies: Es genügt nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst. Vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die

Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die

- 13 - medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders – Durchführungsstelle oder Gericht – Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (vgl. zum Ganzen: BGE 148 V 49 E.6.2.1, BGE 145 V 361 E.4.3, BGE 144 V 50 E.4.3 und E.6.1). 5. Vorliegend ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2021 (IV-act. 71) abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von den übrigen medizinischen Akten derart in Zweifel gezogen wird, dass von der darin ausgewiesenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen wäre (vgl. dazu Erwägung 4.4 und 4.6).

## **E. 5**

In dem am 18. Juni 2021 erstatteten MEDAS-Gutachten stellten die Expertinnen und Experten ein Fatigue-Syndrom mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Die Gutachterinnen und Gutachter erachteten A. \_\_\_\_\_ in seiner angestammten Tätigkeit als E. \_\_\_\_\_ im Homeoffice seit der Anmeldung bei der IV-Stelle zu 60 % arbeitsfähig. In einer leidensangepassten, einfachen Homeoffice-Tätigkeit wiesen sie eine Arbeitsfähigkeit von 100 % aus, wobei diese seit der Begutachtung im März 2021 bestehe.

### **E. 5.1**

Während die Beschwerdegegnerin das Gutachten im Ergebnis für schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erachtet (vgl. angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2020, S. 4, [Bf-act. 2, IV-act. 96]), spricht der Beschwerdeführer diesem den Beweiswert ab. Er kritisiert dabei neben der ungenügenden Erfahrung der Expertinnen und Experten hinsichtlich des Krankheitsbilds ME/CFS und der fehlenden Auseinandersetzung mit der Beurteilung durch die Fachspezialisten, insbesondere mit jener von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, die darin ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 60 % in der bisherigen und von 100 % in einer adaptierten, einfachen Tätigkeit.

### **E. 5.2**

Die MEDAS-Expertinnen und Experten diagnostizierten in der Konsensbeurteilung des Gutachtens vom 18. Juni 2021 ein Fatigue-Syndrom (ICD-10 G93.3) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 71 S. 138). Als ohne Einfluss darauf wiesen sie ein Mastzellenaktivierungssyndrom (MCAS; Anm. Gericht = krankhafte Anreicherung von daueraktiven Mastzellen, d.h. Zellen des Immunsystems), eine Steatose hepatis (Anm. Gericht = Fettleber) sowie eine diffuse, ausgedehnte Schmerzproblematik vorwiegend der myofascialen Weichteile ohne organisches Korrelat unklarer Ursache mit

- 14 - verminderter körperlicher Belastungsfähigkeit, chronischer Müdigkeit und chronischen Konzentrationsstörungen bei temporomandibulärer (Anm. Gericht = das Kiefergelenk betreffend) Dys- und Parafunktion mit cervicocephalen Kopfschmerzen, DD Migräne mit Aura, aus. Dazu führten sie in internistischer Hinsicht namentlich aus (IV-act. 71 S. 131 f.), bezüglich des CFS berichte der Beschwerdeführer über die für die Diagnose definierten Symptome, jedoch könnten diese im Rahmen des Gutachtens aufgrund der Nichtmitwirkung nicht objektiviert werden (Verweigerung der Spiroergometrie sowie Absage der EFL). Die internistische Diagnostik sei durch den Beschwerdeführer selbst verunmöglicht worden. Es liege eine massive bzw. entscheidende Verletzung der

Mitwirkungspflicht vor. Somit könnten die erwähnten Symptome in keiner Weise nachgewiesen werden, sondern basierten allein auf den Schilderungen des Beschwerdeführers, was folglich nicht als Krankheit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich bestätigt werden könne. Aus pneumologischer Sicht könnten keine pathologischen Diagnosen gestellt werden (IV-act. 71 S. 133). In rheumatologischer Hinsicht wurde ausgeführt (IV-act. 71 S. 133 ff.), die Ursache der subjektiv im Vordergrund stehenden Rücken- und Gelenkschmerzen samt der damit verbundenen Leistungsintoleranz und chronischen Müdigkeit seien bis heute trotz ausgedehnten Abklärungen im Dunkeln geblieben. Ein entzündliches oder auch autoimmunes Leiden sei weitgehend, aber nicht ganz vollständig ausgeschlossen. Dagegen sei die neuste Diagnose einer Mastzellüberaktivierung weitgehend gesichert, habe aber keinen klaren Bezug zur Schmerzproblematik und der diesbezüglichen eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer beschreibe sein Beschwerdebild sehr präzise, kohärent und ohne Widersprüche, so dass sein Leiden glaubwürdig erscheine. Es erfülle die kanadischen Kriterien zur Diagnose eines CFS vollständig, wobei zu bemerken sei, dass die Diagnose eine rein deskriptive sei, über die Pathogenese kein gesichertes

- 15 - Wissen bestehe und entsprechend auch keine messtechnisch fassbaren Kriterien existierten. Aus rein rheumatologischer Sicht seien anlässlich der Untersuchung keine Befunde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Diese seien allesamt myofascialer Natur. Das gesamte komplexe Beschwerdebild müsse als leicht eingestuft werden. Die körperlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Alltag, die als hochgradig geschildert werde, entspreche nicht den objektiven Befunden und die von ihm postulierten Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit im Homeoffice könnten selbst bei myofascialen Beschwerden nicht nachvollzogen werden. Zu dem aus psychiatrischer Sicht diagnostizierten Fatigue-Syndrom wurde in der Konsensbeurteilung schliesslich ausgeführt, im Zweifelsfall existierten beim Beschwerdeführer verschiedene Beschwerden, die nicht psychischer Natur seien (IV-act. 71 S. 135 ff.). Sein Psychostatus sei ohne relevante psychopathologische Befunde, abgesehen von seinen Schlafstörungen. Solche Schlafstörungen träten bei Menschen mit einem chronischen Schmerzsyndrom, zu dem das CFS gehöre, gewöhnlich auf. Das Ausmass der Schlafstörungen werde im Tagesablauf kompensiert, so dass keine zusätzliche Diagnose gestellt werde. Das CFS könne als höchstens mittelschwer beschrieben werden.

### **E. 5.3**

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3a, BGE 122 V 157 E.1c mit Hinweisen, vgl. auch Erwägung 4.4 und 4.6 hiervor; vgl. auch BGE 144 V 50 E.4.3 betreffend die ärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung im strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 für die Prüfung der funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung) ist festzustellen, dass das MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2021 in Kenntnis der Vorakten und der Anamnese verfasst wurde (vgl. IV-act. 71 S. 3 ff., S. 16 ff., S. 114 ff.) und dass es die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und deren Entwicklung aufführt (IV-act. 71 S. 126 ff., S. 42 f., S. 57 f., S. 68 ff.,

- 16 - S. 85 f.). Ferner basiert das MEDAS-Gutachten auf eigenen klinischen Untersuchungen und Befunderhebungen (IV-act. 71 S. 46 ff., S. 60 f., S. 73 ff., S. 92 ff.). Die Gutachterinnen und Gutachter nahmen zu den streitigen Belangen Stellung, indem sie die festgestellten Diagnosen auswiesen und eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgaben

(IV-act. 71 S. 138 ff.). Die gutachterlichen Ausführungen zur Beurteilung der medizinischen Situation und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sind aber nicht in allen Teilen nachvollziehbar. Insbesondere kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin der Beurteilung der fallführenden Internistin, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, nicht gefolgt werden, wenn sie dem Beschwerdeführer – wie oben dargelegt – vorwirft, dass die Kriterien für die Diagnose eines CFS nicht hätten objektiviert werden können, weil er gewisse Abklärungen – insbesondere EFL und Spiroergometrie – verweigert habe (IV-act. 71 S. 50 f.). Wenn sie dies als massive bzw. entscheidende Verletzung der Mitwirkungspflicht und als kapitale Inkonsistenz einstufte und daraus folgerte, das CFS sei überwiegend wahrscheinlich keine Krankheit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, da die Symptome in keiner Weise hätten nachgewiesen werden können, sondern nur auf den Schilderungen des Beschwerdeführers beruhten (IV-act. 71 S. 50 und S. 52), verkennt sie nicht nur die entsprechenden diagnoserelevanten Befunderhebungen in den aktenkundigen fachärztlichen Berichten (vgl. IV-act. 17 S. 3 f., IV-act. 20 S. 2, IV-act. 21, IV-act. 33 S. 4, IV-act. 33 S. 8, IV-act. 62 S. 49, IV-act. 62 S. 57), sondern setzt sich auch in Widerspruch zu ihrer psychiatrischen Co-Gutachterin und ihrem rheumatologischen Co-Gutachter, welche die Kriterien für die Diagnose eines CFS als erfüllt erachten und diesem funktionelle Auswirkungen zuschreiben (IV-act. 71 S. 77 und S. 98 ff.). Die Co-Gutachter zweifelten denn auch nicht an der Glaubwürdigkeit der Angaben und Schilderungen des Beschwerdeführers. Vielmehr attestierten sie ihm, ehrlich Auskunft zu geben und das Beschwerdebild sehr präzise, kohärent und plausibel zu beschreiben, so

- 17 - dass sein Leiden glaubwürdig erscheine, was sich auch aus den Vorberichten bei praktisch allen Ärztinnen und Ärzten, die ihn jemals betreut hätten, ergebe (IV-act. 71 S. 77, S. 80 und S. 100). Auch ergaben sich anlässlich der Begutachtung keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation (IV-act. 71 S. 143 f. sowie S. 80 und S. 100) und bereits bei der neuropsychologischen Abklärung durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_, konnten in den durchgeführten Symptomvalidierungstests weder Hinweise auf eine Antwortverzerrung noch leistungseinschränkende Verhaltensweisen festgestellt werden (Bericht zur neuropsychologischen Beurteilung vom 15. Februar 2021 [IV-act. 57 S. 16 f.]). Die mitunter auf die Aktenlage abgestützte Beurteilung der psychiatrischen Expertin und des rheumatologischen Experten mit einer Bestätigung der Diagnose eines CFS mit funktionellen Auswirkungen fand letztlich denn auch Einzug in das interdisziplinäre Gesamtgutachten (Konsensbeurteilung) (IV-act. 71 S. 138 ff.). Zudem leuchtet nicht ein, weshalb die vorgenannten Abklärungsverfahren für die Diagnose eines CFS überhaupt relevant sein könnten. So führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in ihrem internistischen Teilgutachten gestützt auf die Diagnosekriterien des Institute of Medicine (IOM) aus dem Jahr 2015 selbst an, dass die Patienten zur Diagnosestellung eines CFS an folgenden drei Symptomen leiden müssten (IV-act. 71 S. 49): 1. Erhebliche Beeinträchtigung der Fähigkeiten, beruflichen, schulischen und sozialen Tätigkeiten nachzugehen (im Vergleich zurzeit vor der Erkrankung), die länger als sechs Monate anhält und von Erschöpfungszuständen begleitet wird, die sehr stark ausgeprägt und neuartig sind oder plötzlich auftreten. Die Erschöpfung ist nicht auf eine starke Anstrengung zurückzuführen und verbessert sich nicht durch Ausruhen. 2. Der Ermüdungszustand verschlechtert sich nach Belastung. 3. Es besteht ein nicht erholsamer Schlaf.

- 18 - Zusätzlich muss mindestens eines der beiden folgenden Beschwerdebilder vorliegen:  
- Kognitive Beeinträchtigung und/oder - Orthostatische Intoleranz Angesichts dieser

Diagnosekriterien ist nicht nachvollziehbar, inwiefern eine Spiroergometrie, bei der Herz-Kreislauf-Parameter (EKG, Herzfrequenz, Blutdruck) sowie Atemvolumina (Spirometrie), Gasaustausch (Sauerstoffaufnahme und Kohlendioxidabgabe) und häufig arterielle Blutgase während dosierter körperlicher Belastung (Ergometrie) gemessen werden (vgl. <https://www.psyhyrembel.de/Spiroergometrie/K075M/doc>, zuletzt besucht am 2. Mai 2022), zur Diagnostik eines CFS beitragen kann. Dem pneumologischen MEDAS-Teilgutachten ist denn auch zu entnehmen, dass die Spiroergometrie der Abklärung von pulmonalen bzw. respiratorischen Einschränkungen unter Belastung gedient hätte, mit denen allerdings bereits aufgrund der normalen Lungenfunktionsmessung nicht zu rechnen gewesen sei (IV-act. 71 S. 62 f.). Insoweit wäre die Durchführung einer Spiroergometrie weder zwingend notwendig gewesen noch hätte sie sich angesichts der einschneidenden Konsequenzen für den Beschwerdeführer, der ausweislich der Akten bereits auf kleine Belastungen mit Erschöpfung und verlängerter Erholungszeit sowie einer Exazerbation der Schmerzen und Schlafstörungen reagiert (vgl. [Verlaufs- ]Berichte von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2019 [IV-act. 17 S. 4 f.] und vom 2. September 2021 [IV-act. 86]; vgl. ferner Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 4. März 2019 [IV-act. 62 S. 51]), als verhältnismässig erwiesen. Angesichts der auch von der psychiatrischen Teilgutachterin, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, geteilten Ansicht, dass die Erholungszeiten erhöht sind, so dass es für den Beschwerdeführer eine gute Strategie sei, immer unter einer gewissen Grenze der Aktivierung zu bleiben (IV-act. 71 S. 101),

- 19 - erscheint es denn auch plausibel, dass der Beschwerdeführer darum gebeten hat, auf die Durchführung einer EFL zu verzichten (vgl. als Einsprache bezeichnetes Schreiben vom 12. Februar 2021 [IV-act. 55 S. 1 f.]). Denn in einem solchen ergonomischen EFL-Assessment wird anhand von Arbeitssimulationstests (wie Heben und Tragen, Arbeit über Kopfhöhe oder Leitersteigen) das arbeitsbezogene Leistungsvermögen generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt, wobei auch relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der versicherten Person gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2018 vom 8. Mai 2018 E.4.2.2). Entsprechend verzichtete der RAD-Arzt auf diese Abklärung unter Vorbehalt, dass ein oder mehrere Gutachterinnen und Gutachter für ihre Stellungnahmen zum Gutachtensauftrag auf eine EFL angewiesen sein sollten (Bf-act. 5, IV-act. 60). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer in angestammter Tätigkeit als E. \_\_\_\_\_ eine körperlich leichte, sitzende Tätigkeit am Computer ausübt (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 30. Oktober 2019 [IV-act. 13]) und aus gutachterlicher Sicht aufgrund des CFS als leidensangepasste Tätigkeiten nur noch einfachere Arbeiten im Homeoffice für zumutbar erachtet wurden (IV-act. 71 S. 145), weshalb nicht einleuchtet, warum zur Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit notwendigerweise physische Belastungstests vorgenommen werden müssten. Rechtsprechungsgemäss ist die EFL – neben den medizinischen Befunden und Diagnosen – geeignet für eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit bei Erkrankungen des Bewegungsapparates; damit wird die Fähigkeit eines Individuums gemessen, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und der Zeitraum geschätzt, während dessen die Klientin oder der Klient diese im Verlaufe eines ganzen Tages ausüben imstande ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_606/2012 vom 3. Dezember 2012 E.3.4). Ein EFL-Testverfahren ist folglich nicht in jedem Fall durchzuführen, sondern allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine

- 20 - zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_768/2011 vom 8. Februar 2012 E.2.4; vgl. auch IV-act. 71 S. 3). Dies ist vorliegend nicht geschehen (vgl. IV-act. 71 S. 79). Soweit die internistische MEDAS-Teilgutachterin dem Beschwerdeführer schliesslich vorhält, stationäre Rehabilitationsmassnahmen abgelehnt zu haben (vgl. IV-act. 71 S. 52), übersieht sie, dass es die medizinische und therapeutische Empfehlung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ war, mangels Erfolgsaussichten keinen Klinikaufenthalt durchzuführen (vgl. Nachricht des Personalamts Graubünden vom 4. Dezember 2020 [IV-act. 34]; vgl. ferner Schreiben zur Auftragserteilung betreffend neuropsychologische Abklärung vom 4. Februar 2021 [IV- act. 43]). Insofern ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass ihm von gutachterlicher Seite zu Unrecht eine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorgeworfen wurde (vgl. zu deren Voraussetzungen KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 43 Rz. 18 ff., Rz. 91 f., Rz 96 ff.; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 19 80 vom 27. Oktober 2020 E.4). Soweit gestützt darauf in der Konsistenzprüfung von einer stark reduzierten Anstrengungsbereitschaft, einer massiven Malcompliance oder Selbstlimitierung ausgegangen wird (vgl. hierzu zusammenfassend IV- act. 71 S. 143 f.), vermögen die Konsensbeurteilung und die einzelnen Teilgutachten nicht zu überzeugen. Diesem Umstand ist denn auch bei der Beurteilung der gutachterlichen Folgenabschätzung der festgestellten Gesundheitsschäden Rechnung zu tragen.

#### **E. 5.4**

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde hielten die MEDAS- Expertinnen und Experten fest, dass auf dem internistischen, pneumologischen und rheumatologischen Gebiet mangels Diagnose mit

- 21 - Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine Einschränkungen bestünden. In psychiatrischer Hinsicht führten sie gestützt auf die anhand der Mini- ICF-APP evaluierte Leistungsfähigkeit aus, gesamthaft könne der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit nur zu einem reduzierten Pensum ausüben. Er solle ohne Zeitdruck und nach einem jeden Tag selbst geschaffenen Plan funktionieren, da die Einbussen durch das CFS unvorhersehbar seien. Trotz der wesentlichen Hindernisse und einer leichten kognitiven Verschlechterung seit Ausbruch der Erkrankung sei die bis anhin attestierte Arbeitsunfähigkeit (recte: Arbeitsfähigkeit) in reduziertem Pensum (aktuell 20 %) gemäss den im Gutachten geprüften Einschränkungen eindeutig zu tief. Eine Einschränkung (der Arbeitsfähigkeit) von 40 % sei vielmehr plausibel. Das Homeoffice-Regime komme dem Beschwerdeführer entgegen und sei weiter zu empfehlen (IV- act. 71 S. 141 f.). Nach Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie einer Konsistenzprüfung kamen die Gutachterinnen und Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als E.\_\_\_\_\_ im Homeoffice seit der Anmeldung bei der IV-Stelle zu 60 % arbeitsfähig. In einer leidensangepassten, einfachen Homeoffice-Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wobei diese seit der Begutachtung im März 2021 gelte (IV-act. 71 S. 145). Auch diese medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeits-Einschätzung vermag nicht zu überzeugen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson denn auch keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E.3.1; vgl. Erwägung 4.6 hiervor). Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine

Schätzung ab, die sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E.1 in fine

- 22 - begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, vgl. z.B. BGE 140 V 193 E.3.2, BGE 132 V 93 E.4). Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzubeziehen (seit BGE 107 V 17 E.2b geltende Rechtsprechung, vgl. BGE 140 V 193 E.3.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_545/2012 vom 25. Januar 2013 E.3.2.1, nicht publiziert in: BGE 139 V 28). Die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. N.\_\_\_\_\_ diagnostizierte ein Fatigue-Syndrom (ICD-10 G93.3) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Auf dieses Beschwerdebild ist, sofern – wie vorliegend – die Fatigue nicht im Rahmen eines somatischen Gesundheitsschadens (ZNS-Erkrankung) zu sehen ist, die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 218 anwendbar (vgl. Erwägung 4.5 hiervor). Damit ist die Frage, ob das CFS zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, die rechtlich bedeutsam ist, in Nachachtung von Art. 7 Abs. 2 ATSG grundsätzlich auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens zu beurteilen (vgl. Erwägung 4.5 oben). Dass ein solches entbehrlich gewesen wäre, ist nicht ersichtlich, wies doch selbst Dr. med. N.\_\_\_\_\_ gestützt auf das CFS eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit bzw. zumindest funktionelle Auswirkungen in qualitativer Hinsicht aus. Insofern durfte sie sich im Wesentlichen nicht damit begnügen, die dem Beschwerdeführer noch verbliebene Leistungsfähigkeit anhand des Mini-ICF-APP Ratings zu beurteilen (vgl. IV-act. 71 S. 102 ff.). Abgesehen davon, dass dieses ohnehin nicht auf die Erfassung von CFS-bedingten Funktionseinschränkungen zugeschnitten ist, kann die Mini-ICF-APP rechtsprechungsgemäss bloss eine Ergänzung darstellen und sind die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren zu prüfen (vgl. BGE 148 V 49 E.6.3; Urteile des

- 23 - Bundesgerichts 8C\_664/2019 vom 8. April 2020 E.4.3.1 und 9C\_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E.4.3). Daran hat sich Dr. med. N.\_\_\_\_\_ – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – nur unvollständig gehalten.

### **E. 5.5**

Zwar hat die psychiatrische MEDAS-Teilgutachterin in Übereinstimmung mit den behandelnden Fachärztinnen und -ärzten ein CFS diagnostiziert und dieses den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugewiesen (IV-act. 71 S. 98). Mit dem Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" des Komplexes "Gesundheitsschädigung" in der Kategorie "Funktioneller Schweregrad" setzte sie sich insoweit auseinander, als sie dem Beschwerdeführer attestierte, ehrlich zu seinem psychischen Befinden Auskunft gegeben zu haben, wobei sie mangels Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und objektiven Befunden eine Aggravationstendenz verneinte (IV-act. 71 S. 100; vgl. gleichermassen Konsensbeurteilung [IV-act. 71 S. 143 f.], wonach keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation hätten eruiert werden können). Mit Blick auf den Schweregrad des CFS hielt sie indes pauschal fest, dieser sei als höchstens mittelschwer bzw. aktuell als mittelgradig zu bezeichnen (IV-act. 71 S. 100), ohne dies nachvollziehbar herzuleiten oder z.B. anhand der Skala der Schweregrade nach David S. Bell (vgl. <https://www.psychyrembel.de/Chronic%20Fatigue-Syndrom/K0772/doc>, zuletzt

besucht am 2. Mai 2022) zu plausibilisieren. Vielmehr beliess sie es bei der Bemerkung, es scheine, als würde sich der Verlauf insgesamt stabilisieren mit Milderung bzw. besserer Ertragbarkeit der Gesamtsymptomatik und der Belastbarkeit (IV-act. 71 S. 100). Eine eigentliche auf die konkreten Erscheinungsformen des CFS gerichtete Befunderhebung lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten indes nicht entnehmen (vgl. IV-act. 71 S. 93 f.). Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ zwar aus, dass der 35-jährige Beschwerdeführer seit ca. F. \_\_\_\_\_

- 24 - an den Folgen eines CFS leide. Dies manifestiere sich mit schneller Erschöpfung, Schlafstörungen, vermehrten Infekten, sich wandelnden Schmerzen wie Arthralgien, Verstimmungen usw. Auslöser seien physische aber auch emotionale Belastungen, auch von geringer Relevanz. Die Erholungszeiten seien erhöht (IV-act. 71 S. 101). Diesen Symptomen spricht sie aber sogleich insoweit deren Relevanz ab, als sie festhält, der Zustand persistiere leider grösstenteils wegen Schonung sowie Vermeidung von Anstrengung und Stress, was die Prognose erschwere. Psychopathologisch würden diese Symptome die angestammte Tätigkeit grundsätzlich nicht sehr beeinträchtigen, obwohl leichte kognitive Einschränkungen durchaus vorhanden seien und im neuropsychologischen Gutachten vom 15. Februar 2021 auch bestätigt würden (IV-act. 71 S. 101). Damit widerspricht sie indes nicht nur den aktenkundigen, von den behandelnden Fachpersonen übereinstimmend vertretenen Beurteilungen (vgl. Erwägung 5.5.1 hernach), sondern auch sich selbst. Denn in ihrer weiteren Beurteilung führt sie wiederum aus, der Beschwerdeführer leide seit einigen Jahren am ehesten an den Folgen eines CFS. Bei diesem Syndrom seien Erschöpfung nach jeglichen Belastungen, seien sie körperlicher oder emotionaler Natur, erhöht. Unerwartete, minimale Belastungen könnten Symptome der Erschöpfung, Krämpfe oder Schmerzen auslösen, auch nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Triggern. Die Erholungszeiten seien erhöht, so dass es für den Beschwerdeführer eine gute Strategie sei, immer unter einer gewissen Grenze der Aktivierung zu bleiben. So habe er gelernt, eine gewisse Stabilität zu erlangen, die es ihm seit Sommer 2019 bis heute erlaubt habe, zu 20 % seinen Beruf im Homeoffice auszuüben. Die längerfristige Prognose in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei, trotz zahlreichen durchgeführten Therapien, eher ungünstig. Im Arztbericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2019 werde als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit das CFS angegeben. Dem könne zugestimmt werden. Arbeitsversuche und

- 25 - Eingliederungsmassnahmen seien wegen des Auftretens von CFS- Symptomen gescheitert. Aus psychiatrischer Sicht sei das Risiko für das Auftreten depressiver Episoden im Rahmen des CFS erhöht, deswegen mache es Sinn, dass der Beschwerdeführer regelmässig weiter die Psychotherapie besuche (IV-act. 71 S. 101).

### **E. 5.5.1**

Diese Ausführungen zu den Funktionseinschränkungen des diagnostizierten CFS stimmen mit jenen der behandelnden Fachpersonen überein. Nachdem bereits ein mittelschweres bis schweres Schlafapnoe- Syndrom festgestellt (IV-act. 62 S. 39 f.) und verschiedene bildgebende, laborchemische und klinische Untersuchungen durchgeführt worden waren, die in den Diagnosen einer Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur sowie rezidivierender Arthralgien und eines chronischen Panvertebralsyndroms unklarer Ätiologie mündeten (IV- act. 62 S. 44 ff.), erachtete Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in ihrem Bericht vom 4. März 2019 zur Sprechstunde für CFS am Kantonsspital Graubünden (KSGR) erstmals die kanadischen Konsensus-Kriterien für ein

CFS beim Beschwerdeführer als erfüllt. Dabei stellte sie folgende Symptome fest: deutliche Erschöpfung, fehlende Erholung durch Schlaf, deutliche Verschlechterung der Symptomatik bei zu viel körperlicher und kognitiver Belastung, deutliches Ausmass an Arthralgien von wanderndem Charakter, Muskelzuckungen und -krämpfe, verstärkte Kälte- und Wärmetoleranz, rezidivierende Halsschmerzen und geschwollene Lymphknoten im Bereich des Halses sowie chronische Übelkeit mit Verschlechterung nach Nahrungsaufnahme. In anamnestischer Hinsicht ist dem Bericht ferner zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit 2015 vermehrt Mühe habe, am Morgen aufzustehen, wofür er eine Stunde brauche, wobei die Müdigkeit noch bis zu zwei Stunden anhalte. Er sei aber auch tagsüber nie erholt. Der Beschwerdeführer habe auch seine sozialen und sportlichen Aktivitäten deutlich abgebaut. Aufgrund der Müdigkeit müsse er jeweils am

- 26 - Wochenende praktisch nur im Bett liegen. Ohne diese Erholung am Wochenende könne er die Arbeit unter der Woche nicht leisten. Gleichzeitig leide der Beschwerdeführer neben einem Schlafapnoe- Syndrom an rezidivierenden Arthralgien an verschiedenen Lokalisationen (linkes Handgelenk, rechtes OSG und im Bereich der Fingergelenke) und an Rückenschmerzen. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ merkte zum CFS ausserdem an, bei Chronic Fatigue-Patienten sei es wichtig, dass sie nicht über ihre Leistungsgrenze hinausgingen und lernten, ihre Grenzen zu erkennen, denn durch deren Übertretung verschlechtere sich ihr Zustand zunehmend (IV-act. 62 S. 49 ff.). Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ bestätigte in ihrem Bericht vom 17. Juni 2019, dass beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte chronische Erschöpfung im Sinne eines CFS vorliege, das durch die vorhandenen Schlafstörungen bei einem schweren Schlafapnoe-Syndrom verstärkt werde. Sie verordnete daher eine Behandlung mit Ritalin, um beim Beschwerdeführer eine verbesserte Wachheit im Laufe des Tages zu erreichen. Eine behandlungsbedürftige Depression schloss sie aus (IV-act. 62 S. 56). Mit Bericht vom 5. November 2019 führte sie ferner aus, aufgrund des CFS sei die Erschöpfung nach körperlichen, aber auch geistigen oder emotionalen Belastungen erhöht. Bereits minimale Belastungen könnten eine Erschöpfung auslösen. Die Erschöpfung könne sofort oder verzögert nach Stunden oder Tagen auftreten. Die Zeit, die zur Erholung benötigt werde, sei verlängert. Vorliegend sei in prognostischer Hinsicht ungünstig, dass trotz der bisher durchgeführten Therapien (kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung mit Ritalin), an denen der Beschwerdeführer zuverlässig und motiviert teilnehme und auf die er grundsätzlich gut anspreche, bereits ein Arbeitspensum von 20 % zu einer zunehmenden Erschöpfung geführt habe. Zu den bestehenden Funktionseinschränkungen hielt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ erneut fest, dass beim

- 27 - Beschwerdeführer bereits kleine Belastungen zu rascher Erschöpfung und verlängerter Erholungszeit führten, in deren Rahmen auch die Schmerzen und Schlafstörungen zunähmen (IV-act. 17 S. 4 f.). Gleichermassen führte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 2. September 2021 aus, an Symptomen beständen vor allem eine neuroimmune Entkräftung nach Belastung, die sogenannte "post-exertional neuroimmune exhaustion", abgekürzt PENE. Während einer solchen erlebe der Patient einen Zusammenbruch mit Verschlechterung aller anderen Symptome und ziehe sich zurück (IV-act. 86). Zudem wies Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 17. November 2020 eine neurokognitive Ermüdung, Muskelschmerzen, eine Energielosigkeit und massive myalgische Schmerzen im Bereich paravertebral/thorakal sowie in den Armen als funktionelle Leistungseinschränkungen aus (IV-act. 33 S. 4 und S. 9). Überdies ist dem

MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2021 in anamnestischer Hinsicht zu entnehmen, dass die Beschwerden insbesondere abends, in der Nacht und am Morgen stark ausgeprägt seien, wobei der Beschwerdeführer Mühe beim Aufstehen bekunde (IV-act. 71 S. 44). Auch beim Schlafen habe er aufgrund der Schmerzen und Krämpfe Mühe (IV-act. 91 S. 71). Ca. eine halbe Stunde vor dem Aufstehen bringe ihm seine Frau das Ritalin ans Bett, das er zum Aufstehen benötige (IV-act. 71 S. 44 f.). Zudem verlasse er das Haus praktisch nie (IV-act. 71 S. 45). Des Weiteren schloss Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 1. Juli 2019 einen Zusammenhang mit dem CFS bei den anlässlich einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgetretenen Beschwerden, wie geschwollene Augen, Nasenlaufen, Schwellungsgefühle in den Händen und Füßen sowie einer erneuten Rötung am Unterschenkel nicht aus (allenfalls auch stärkere Reaktion auf Allergien). Sie berichtete zudem, dass eine Wiederaufnahme der Arbeit im Juli im Umfang von 20 % geplant war (IV-act. 62 S. 57 f.), nachdem der Beschwerdeführer ab dem 13. März 2019 zu 100 % krankgeschrieben war (IV-act. 62 S. 51 und IV-act. 6 S. 2 ff.). Nach dem Wiedereinstieg traten

- 28 - beim Beschwerdeführer zunächst eine grössere Müdigkeit und vermehrte Schmerzen ein; die Situation stabilisierte sich aber sodann, weshalb keine Änderung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen wurde (vgl. Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 17. September 2019 [IV-act. 21 S. 1 f.]). Das Pensum von 20 % sei jedoch nur knapp geschafft worden, wobei sich der Beschwerdeführer am Wochenende habe erholen müssen und praktisch nur noch im Bett gewesen sei (vgl. Zwischenanamnese im Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 11. November 2019 [IV-act. 21 S. 4]). Auch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ berichtete mit Verlaufsbericht vom 5. November 2019, dass der Beschwerdeführer nach dem beruflichen Wiedereinstieg wieder an vermehrten Beschwerden litt, insbesondere an einer Zunahme der Erschöpfung und Schmerzen (IV-act. 17 S. 3). Mit Bericht vom 2. September 2021 führte sie zudem aus, der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt. Die 20%ige Arbeitsfähigkeits- Attestierung beruhe vor allem auf der Beobachtung des Verlaufs und der Tatsache, dass ein höheres Pensum beim Beschwerdeführer mehr Symptome hervorrufe. Seine aktuelle Tätigkeit sei ideal leidensadaptiert, da er überwiegend im Homeoffice arbeiten und seine Arbeitszeit sowie Aufgaben seinen gesundheitlichen Einschränkungen anpassen könne. Seine Leistungsfähigkeit sei dabei nicht konstant. Verschiedene Belastungen – unter anderem auch geistiger oder emotionaler Natur – könnten eine PENE hervorrufen, wobei diese nicht vorhersehbar sei (IV-act. 86). Schliesslich hielt auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom

### **E. 5.5.2**

Aus diesen Ausführungen ergibt sich insgesamt, dass der Beschwerdeführer auch in Ruhe an wesentlichen Symptomen, wie namentlich Energielosigkeit, chronische Müdigkeit, Schwierigkeiten beim Aufstehen, Schmerzen am Bewegungsapparat und Arthralgien, Muskelverkrampfungen, Hautreaktionen und weiteren (allergieassoziierten) Symptomen leidet. Diese Symptomatik verstärkt sich bereits bei kleinen Belastungen körperlicher, geistiger oder emotionaler Natur, die zu rascher Erschöpfung und verlängerter Erholungszeit führen und in deren Rahmen auch die Schmerzen und Schlafstörungen zunehmen. Geht der Beschwerdeführer über seine Leistungsgrenze hinaus, erleidet er einen Zusammenbruch und wird bettlägerig. Aufgrund seiner Beschwerden ist er überwiegend an das Haus gebunden und verlässt dieses praktisch nie. Der Beschwerdeführer ist daher unfähig, anstrengende Tätigkeiten auszuüben. Leichte Arbeiten, wie namentlich solche im

Homeoffice vornehmlich am Computer oder Telefon, sind zwar möglich, jedoch nur in stark reduziertem Umfang, wobei Ruhepausen benötigt werden. Insgesamt ist daher von einer bedeutenden Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen. Angesichts dieser konkreten Erscheinungsformen des CFS, die mit erheblichen Funktionseinschränkungen einhergehen, ist nicht nachvollziehbar, wenn die psychiatrische MEDAS-Teilgutachterin Dr. med. N.\_\_\_\_\_ trotz der auch von ihr übereinstimmend beschriebenen Symptome festhält, diese würden psychopathologisch die angestammte berufliche Tätigkeit nicht sehr beeinträchtigen (IV-act. 71 S. 101). Dies gilt umso mehr, wenn die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als E.\_\_\_\_\_ infolge des damit einhergehenden Zeitdrucks, der teils stressigen Arbeitssituation sowie der verlangten Fähigkeiten (hohe Kommunikationsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Verantwortungsbewusstsein und unbeeinträchtigte

- 30 - Konzentrationsfähigkeit) als psychisch mittelschwer beschreibt (IV-act. 90 S. 5). Aufgrund der Aufgabenkomplexität erfordert diese Tätigkeit ein hohes Ausmass an Aufmerksamkeit, eine ausgeprägte Gedächtnisfähigkeit und ein ausgedehntes Durchhalte- und Auffassungsvermögen (vgl. neuropsychologischer Abklärungsbericht von Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2021 [IV-act. 57 S. 24]). Dabei liegt auf der Hand, dass sich die vorgenannten CFS-bedingten Funktionseinschränkungen stark leistungsmindernd auswirken. So erkannte denn auch die psychiatrische MEDAS-Teilgutachterin an, dass sich der Beschwerdeführer wegen des CFS nicht an (fremdbestimmte) Routinen anpassen könne (IV-act. 71 S. 102). Weshalb sie sodann aber die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als uneingeschränkt betrachtet, leuchtet nicht ein, wenn sie dem Beschwerdeführer neben der fehlenden Anpassungsfähigkeit an (fremdbestimmte) Routinen selbst zubilligt, er müsse ohne Zeitdruck nach einem jeden Tag selbst geschaffenen Plan funktionieren, da die Einbussen durch das CFS unvorhersehbar seien (IV- act. 71 S. 105). Vor allem aber vermag nicht zu überzeugen, wenn Dr. med. N.\_\_\_\_\_ die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, d.h. die Fähigkeit, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, bei den hohen Anforderungen in der angestammten Tätigkeit als E.\_\_\_\_\_ bloss als mässig bis mittelgradig eingeschränkt erachtet (IV-act. 71 S. 104). Dabei verkennt sie, dass sie selbst in Übereinstimmung mit den behandelnden Fachpersonen zugesteht, beim Beschwerdeführer trete nach jeglichen Belastungen, ob körperlicher, emotionaler oder intellektueller Art, eine erhöhte Erschöpfung ein, wobei bereits minimale Belastungen die Symptome auslösen bzw. verstärken könnten und mit erhöhten Erholungszeiten einhergingen. Es sei daher für den Beschwerdeführer eine gute Strategie, immer unter einer gewissen Grenze der Aktivierung zu bleiben. So habe er gelernt, eine gewisse Stabilität zu erlangen, die es ihm seit Sommer 2019 bis heute

- 31 - erlaubt habe, zu 20 % seinen Beruf im Homeoffice auszuüben. Die längerfristige Prognose in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei, trotz zahlreichen durchgeführten Therapien, eher ungünstig. Arbeitsversuche und Eingliederungsmassnahmen seien wegen des Auftretens von CFS- Symptomen gescheitert (vgl. IV-act. 71 S. 101).

### **E. 5.5.3**

Diese erheblichen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen wirken sich aber auch auf eine adaptierte Tätigkeit aus, welche die Beschwerdegegnerin als physisch und psychisch leicht beschreibt (IV- act. 90 S. 5). Wie bereits dem Vorbescheid vom 27. Juli

2021 entnommen werden kann, erachtet sie insbesondere einfache repetitive Tätigkeiten ohne Zeitdruck, wie z.B. das Schreiben von Berichten ab Diktaphone, sowie mit einfachen Arbeitsabläufen als leidensangepasst (IV-act. 73 S. 2). Wie das angeführte Beispiel indes zeigt, handelt es sich dabei durchaus auch um intellektuell fordernde und ermüdende Tätigkeiten: Das Schreiben von Berichten ab Diktaphone über einen ganzen Arbeitstag erfordert namentlich ein hohes Mass an Konzentration, Ausdauer, Auffassungsvermögen, verbaler Merkfähigkeit, geteilter Aufmerksamkeit und kognitiver Flexibilität. Abgesehen davon, dass Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Februar 2021 zur neuropsychologischen Abklärung gerade in diesen Bereichen beim Beschwerdeführer Schwächen festgestellt hat, die sich einschränkend auf die neurokognitive Funktionstüchtigkeit auswirken (vgl. IV-act. 57 S. 12 und S. 24), wirken sich auch die vorgenannten CFS-spezifischen Erscheinungsformen leistungsmindernd aus: Auch wenn das intellektuelle Anforderungsniveau in Verweistätigkeiten leicht tiefer sein sollte als in der angestammten, dem Leiden des Beschwerdeführers bereits weitgehend angepassten Tätigkeit (vgl. dazu IV-act. 21 S. 2 und IV-act. 86, sowie Erwägung 5.13 hernach), fällt dabei nach wie vor besonders ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer bereits in Ruhe energielos, chronisch müde und erschöpft ist sowie Schwierigkeiten beim Aufstehen, Schmerzen am

- 32 - Bewegungsapparat und Arthralgien, Muskelverkrampfungen sowie weitere Symptome hat, die sich bereits bei kleinen Belastungen auch intellektueller Natur stark verschlechtern und zu rascher Erschöpfung sowie einer Exazerbation der Schmerzen und Schlafstörungen mit verlängerter Erholungszeit führen. Insofern erweist sich die im MEDAS- Gutachten ausgewiesene 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten, einfachen Homeoffice-Arbeit (vgl. IV-act. 71 S. 107 und S. 145) als nicht nachvollziehbar, fehlt darin doch auch eine eigentliche Auseinandersetzung mit den funktionellen Auswirkungen der festgestellten Einschränkungen mit Blick auf eine Verweistätigkeit. Dass Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ in seinem Abklärungsbericht vom 15. Februar 2021 aus rein neuropsychologischer Sicht keine Verminderung der Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit feststellen konnte (IV-act. 57 S. 26), vermag daran nichts zu ändern. Denn zum einen geht aus dem Bericht hervor, dass die neuropsychologische Untersuchung am 10. Februar 2021 nach dreieinhalb Stunden abgebrochen werden musste, da die eingetretene Müdigkeit eine kognitive Leistungserbringung verhinderte, wobei Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer eine schwankende Bewegungsweise feststellen konnte (IV-act. 57 S. 8 und S. 16). Zum anderen merkte Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ zur raschen Ermüdbarkeit selbst an, dass deren Auswirkungen auf die tatsächliche Leistungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum durch entsprechende Untersuchungen und Plausibilisierungen in verschiedenen Kontexten festgestellt werden könnten, wobei dies in der durch ihn durchgeführten Evaluierung der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit ausdrücklich nicht einbezogen worden sei (IV-act. 57 S. 16). Eine solche Auseinandersetzung erfolgte in der psychiatrischen MEDAS-Begutachtung indes nicht.

### **E. 5.6**

Ferner äusserte sich die psychiatrische MEDAS-Teilgutachterin auch zu den weiteren Beweisthemen – wenn überhaupt – nur oberflächlich. Zum

- 33 - Indikator "Behandlungserfolg oder -resistenz" bemerkte sie zwar, dass der Beschwerdeführer seit der Diagnose im Jahr 2019 etliche Therapien vorgenommen habe, um seinen Zustand zu bessern, wobei er einige Coping-Strategien erlernt habe. Dies

relativierte sie aber sogleich insoweit, als der Zustand grösstenteils wegen Schonung und Vermeidung von Anstrengung und Stress persistiere, was die Prognose erschwere (IV-act. 71 S. 101). Damit verkennt sie, dass bereits RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 1. Dezember 2020 von einer ungünstigen Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ausging, weil trotz der bisher durchgeführten Therapien (kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung mit Ritalin, LDN-Therapie), an denen der Beschwerdeführer zuverlässig und motiviert teilgenommen habe, keine durchschlagende Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe erreicht werden können (IV-act. 101 S. 18). Dies stimmt mit dem Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2019 überein, in dem diese ebenfalls eine ungünstige Prognose stellte, weil trotz der bisher durchgeführten Therapien (kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung mit Ritalin), an denen der Beschwerdeführer zuverlässig und motiviert teilnehme und auf die er grundsätzlich gut anspreche, bereits ein Arbeitspensum von 20 % zu einer zunehmenden Erschöpfung geführt habe (IV-act. 17 S. 4). Zudem wurden nachweislich weitere Therapieformen erprobt (Methylphenidat bzw. Ritalin, Mefenacid und CBG/CBD [vgl. Evaluationsgespräch Eingliederung vom 5. November 2019 {IV-act. 19/2}], Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom

### **E. 5.7**

Mit Blick auf den Indikator "Eingliederungserfolg oder -resistenz" lässt sich dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten einzig entnehmen, dass Arbeitsversuche und Eingliederungsmassnahmen wegen des Auftretens von CFS-Symptomen gescheitert seien (IV-act. 71 S. 101). Dass dies letztlich in die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen ist, liegt nicht nahe, mangelt es doch an einer diesbezüglichen Auseinandersetzung im Rahmen der Evaluation der verbliebenen Leistungsfähigkeit (vgl. Mini-ICF-APP Rating [IV-act. 71 S. 102 ff.]). Dabei wäre jedoch zu würdigen gewesen, dass sich nach der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Juli 2019 in einem Pensum von 20 % die Situation des Beschwerdeführers stabilisierte, nachdem bei ihm zunächst eine grössere Müdigkeit und vermehrte Schmerzen aufgetreten waren (vgl. Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 17. September 2019 [IV-act. 21 S. 1 f.]). Dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 11. November 2019 ist in anamnestischer Hinsicht ferner zu entnehmen, dass das Pensum von

### **E. 5.8**

Zum ebenfalls zum Komplex "Gesundheitsschädigung" gehörenden Indikator "Komorbiditäten" äusserte sich Dr. med. N.\_\_\_\_\_ gar nicht, obwohl den zahlreichen aktenkundigen somatischen Gesundheitsschäden nicht von vornherein eine ressourcenhemmende Wirkung abgesprochen werden kann (vgl. BGE 143 V 418 E.8.1). So wurde beim Beschwerdeführer namentlich nach rezidivierenden Halsschmerzen und Bronchitiden (IV-act. 62 S. 7 ff., IV-act. 17 S. 2) und einer Tonsillektomie (IV-act. 62 S. 6) mit Bericht vom 21. November F.\_\_\_\_\_ eine aktivierte Chondrocalzinose am linken Handgelenk mit Beugedefizit festgestellt (Anm. Gericht = Pseudogicht; IV-act. 62 S. 12). Hinzu traten die Diagnosen einer Steatose unklarer Ursache (Anm. Gericht = Fettleber) sowie eine symptomatische Cholezystolithiasis (Anm. Bericht = Gallensteine), wobei am 16. Februar 2015 eine laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt wurde (IV-act. 62 S. 17). Die in der Folge veranlasste Leberbiopsie ergab den eindrücklichen Befund einer vorwiegend makrovesikulären Steatose (ca. 50 %) sowie einer diskreten perivenulären und sinusoidalen septenbildenden Fibrose (IV-act. 62 S. 21). Mit Bericht vom 20. April 2015

wies Dr. med. Werth eine Steatose hepatis im Rahmen einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NAFLD) aus (IV-act. 62 S. 22 f.). Dr. med. Harder stellte in seinem Bericht vom 14. September G.\_\_\_\_\_ neben einer Xerostomie und Xerophthalmie namentlich rezidivierende Arthralgien im Bereich der OSG und der Handgelenke sowie eine chronische Müdigkeit fest (IV-act. 62 S. 26 f.). Wie dem Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2018 entnommen werden kann, wurde sodann im Juli 2018 eine mittelschwere bis schwere Rückenlage-assoziierte obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert bei persistierender Tagesschläfrigkeit und CPAP- Maskenintoleranz (IV-act. 62 S. 39), weshalb das Tragen einer

- 38 - nächtlichen Orthese in die Wege geleitet wurde (vgl. Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 29. März 2019 [IV-act. 62 S. 52 f.]). Hinzu kamen eine Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur beidseits bei Verdacht auf eine inaktive Kiefergelenksarthrose rechts, rezidivierende Arthralgien (OSG, Hand- und Fingergelenke), ein chronisches Panvertebralsyndrom unklarer Ätiologie, rezidivierende enorale Aphten und eine Sicca-Symptomatik sowie rezidivierende Kribbelparästhesien, Abdominalschmerzen (intermittierend Hämatochezie) und papulöse Hautveränderungen (vgl. Berichte der Dres. med. Kohout und Ettlín vom 18. Dezember 2018 [IV-act. 62 S. 44 f.] und von Dr. med. Wick vom 12. Februar 2019 [IV-act. 62 S. 46 ff.]). Mit Bericht vom 8. Oktober 2019 stellte Dr. med. Harder sodann eine spontane Urtikaria (Anm. Gericht = Nesselsucht = Hautkrankheit mit starkem Juckreiz) und angioödem- Episoden bei möglicher atopischer Disposition fest (IV-act. 62 S. 59). Dazu wurde im MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2021 ein Mastzellenaktivierungssyndrom ausgewiesen und zur diagnostizierten Steatosis hepatis angemerkt, diese könne allenfalls assoziiert sein mit chronischer Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, einem chronischen Schmerzsyndrom sowie einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom, was alles beim Beschwerdeführer vorliege (IV-act. 71 S. 50 f.). Zudem ordneten die Expertinnen und Experten die festgestellte diffuse, ausgedehnte Schmerzproblematik vorwiegend der myofascialen Weichteile ohne organisches Korrelat unklarer Ursache den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu, was indes bereits insoweit nicht schlüssig erscheint, als sie selbst ausweisen, dass damit eine verminderte körperliche Belastungsfähigkeit, chronische Müdigkeit und chronische Konzentrationsschwierigkeiten verbunden sind (vgl. IV-act. 71 S. 138 und IV-act. 71 S. 75 ff.). Ebenfalls nicht zu überzeugen vermag die in der Konsensbeurteilung enthaltene Beurteilung aus pneumologischer Sicht, wonach das diagnostizierte Schlafapnoe-Syndrom mit dem Tragen der Kieferprotrusionsschiene kompensiert sei (IV-act. 71 S. 133). Dies

- 39 - widerspricht den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der pneumologischen Begutachtung, gab dieser dort doch an, die Maskentherapie nicht toleriert und auch die Kieferprotrusionsschiene aufgrund von Kieferschmerzen nur selten zu benutzen (IV-act. 71 S. 57). Insofern sprach der rheumatologische Teilgutachter zu Recht von einem schweren, therapieresistenten Schlafapnoe-Syndrom (IV-act. 71 S. 76). Dies deckt sich denn auch mit dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 17. September 2019, wonach die Spange zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms die Symptomatik mit der Müdigkeit verstärkte und der Beschwerdeführer vermehrt Schmerzen am Kiefer habe (IV-act. 21 S. 2; vgl. ferner Evaluationsgespräch Eingliederung vom 5. November 2019 [IV-act. 19 S. 1]). Dazu wies Dr. phil. K.\_\_\_\_\_ in seinem neuropsychologischen Abklärungsbericht vom 15. Februar 2021 darauf hin, dass eine unbehandelte Schlafapnoe gemäss aktueller Literatur und seiner langjährigen klinischen Erfahrung eine nicht zu

unterschätzende Wirkung auf die Schlafqualität, die neurokognitive Funktionstüchtigkeit und die Müdigkeit habe (IV-act. 57 S. 27). Insofern liegen verschiedene somatische Gesundheitsschäden vor, die insgesamt eine ressourcenhemmende Wirkung zu entfalten vermögen.

### **E. 5.9**

Zum Komplex "Persönlichkeit" ist dem psychiatrischen MEDAS- Teilgutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer geschäftig sei (nach individualpsychologischem Ansatz von P.\_\_\_\_). Er wäre vermutlich ein Arbeitstier geworden, wenn er nicht erkrankt wäre (IV- act. 71 S. 93). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration angab, er sei nicht depressiv, sondern werde schubartig dünnhäutig und verstimmt, wobei er nicht wolle, dass die Depressivität sein Leben beeinträchtige (IV-act. 71 S. 100).

### **E. 5.10**

Mit Blick auf den Komplex "Sozialer Kontext" lässt sich dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten in Übereinstimmung mit den

- 40 - Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung entnehmen, dass dieser einen guten Kontakt zu seiner Familie pflege und sich von seinem Umfeld gut getragen sowie verstanden fühle (IV-act. 71 S. 105; vgl. ferner Verlaufsbericht der Hausärztin Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom

### **E. 5.11**

Hinsichtlich des auch mit Blick auf den Indikator "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" der Kategorie "Konsistenz" massgebenden Kriteriums des sozialen Rückzugs oder der sozialen Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung finden sich keine Hinweise im psychiatrischen Teilgutachten. Insoweit wird verkannt, dass bereits aus dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 4. März 2019 hervorgeht, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Erkrankung seine sozialen und sportlichen Aktivitäten abgebaut habe. Früher habe er Leichtathletik ausgeübt und sei viel geschwommen (IV-act. 62 S. 50). Dies deckt sich mit den anamnestischen Angaben anlässlich der internistischen MEDAS- Begutachtung, wonach der Beschwerdeführer früher im Leichtathletik- und Schwimmclub gewesen sei, nun aber auf Sport verzichte, da ihm dies mehr schade als nütze (IV-act. 71 S. 45; vgl. ferner IV-act. 71 S. 60, Evaluationsgespräch Eingliederung vom 5. November 2019 [IV-act. 19 S. 4] und Bericht vom 15. Februar 2021 [IV-act. 57 S. 5]). Daraus geht ferner hervor, dass der Beschwerdeführer seine Töchter nicht den ganzen Tag betreue (diese würden an drei Tagen die Woche bei den Grosseltern sein), sondern nur stundenweise Zeit mit ihnen verbringe (IV-act. 71 S. 44; vgl. ferner IV-act. 71 S. 72). In diesem Sinne hielt auch Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 17. November 2020 fest, dass der Beschwerdeführer sich ca. eine Stunde mit den Töchtern beschäftigen könne, mehr jedoch nicht drin liege, ansonsten die Schmerzen massiv zunehmen und sich eine Energielosigkeit einstelle (IV-act. 33 S. 2; so auch Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 5. November 2019 [IV-act. 17

- 41 - S. 7]; vgl. ferner IV-act. 71 S. 89 und Evaluationsgespräch Eingliederung vom 5. November 2019 [IV-act. 19 S. 3]). Dem neuropsychologischen Abklärungsbericht vom 15. Februar 2021 ist zur Anamnese zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer kein Kino und keine Konzerte oder Sportveranstaltungen besuche. Seit 2018 verbringe seine Familie

alleine Urlaub, da die jeweilige Anreise zum Urlaubsort zu viel Kraft koste und er sich nicht genügend von den Reisestrapazen erholen könne (IV-act. 57 S. 5). Ferner ist der internistischen und rheumatologischen Anamneseerhebung anlässlich der MEDAS-Begutachtung zu entnehmen, dass die Frau des Beschwerdeführers zu Hause den Haushalt führe und er manchmal beim Staubsaugen, beim Aus- und Einräumen des Geschirrspülers oder bei anderen leichten Tätigkeiten, wie den Tisch decken, helfe, wobei mehr aktuell nicht drin liege (IV-act. 71 S. 44). Sodann benutze er keine öffentlichen Verkehrsmittel und fahre seit ca. zwei Jahren kein Auto mehr (IV-act. 71 S. 45). Dies wertete die psychiatrische Teilgutachterin bloss als leichte Einschränkung, obwohl sie ebenfalls anmerkte, dass der Beschwerdeführer nur bedingt in der Lage sei, Auto zu fahren und die Benutzung des ÖV vermeide, weil er dabei erschöpfe (IV-act. 71 S. 105). Soweit Dr. med. N. \_\_\_\_\_ ferner zwar zugesteht, dass der Beschwerdeführer im Bereich Proaktivität und Spontanaktivitäten stark eingeschränkt sei, relativiert sie dies jedoch sogleich insoweit, als er diesbezüglich in der angestammten Tätigkeit nur mittelgradig beeinträchtigt sei (IV-act. 71 S. 103), obschon der berufliche Kontext dabei gerade ausgeklammert gehört. Ferner bleibt durch sie ungewürdigt, dass der Beschwerdeführer – wie auch aus den anderen Teilgutachten hervorgeht – das Haus praktisch nie verlasse (IV-act. 71 S. 45) und nie einkaufen oder mit seiner Familie ausser Haus gehe (IV-act. 71 S. 72). Er habe all seine Hobbies aufgegeben (IV-act. 71 S. 72 und S. 91). Der rheumatologische MEDAS-Teilgutachter beurteilte die Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration als klar, präzise, in sich logisch, kohärent und glaubhaft (IV-act. 71 S. 73). Insofern

- 42 - sind auch in den ausserberuflichen Lebensbereichen neben einem ausgeprägten sozialen Rückzug erhebliche Einschränkungen festzustellen, die früher nicht bestanden und mit jenen im erwerblichen Bereich vergleichbar sind.

### **E. 5.12**

Schliesslich weist Dr. med. N. \_\_\_\_\_ hinsichtlich des Indikators "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" zwar aus, dass die Therapiemotivation gegeben ist und der Beschwerdeführer seine Psychiaterin regelmässig besuche (IV-act. 71 S. 93), was aufgrund des Risikos für das Auftreten depressiver Episoden im Rahmen des CFS sinnvoll sei (IV-act. 71 S. 101). Zudem attestiert sie ihm trotz etwas reduzierter Ressourcenlage eine gute Motivation, den Gesundheitszustand zu verbessern und die Arbeitsfähigkeit zu erhöhen (IV-act. 71 S. 106). Abweichend davon führt sie sodann jedoch aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Selbstlimitierung und den objektiven Befunden, wobei die massive Malcompliance hinsichtlich der Diagnostik des CFS bei den Co-Gutachtern die Glaubwürdigkeit der subjektiven Selbstlimitierung noch weiter in Frage stelle (IV-act. 71 S. 102). Abgesehen davon, dass die psychiatrische Teilgutachterin in ihrer Untersuchung ohnehin keine CFS-spezifischen Befunde erhoben hat (vgl. IV-act. 71 S. 92 ff.), womit diesbezüglich auch keine Inkonsistenzen festgestellt werden können, widerspricht sie sich denn auch selbst. So hält sie in der versicherungsmedizinischen Beurteilung in Übereinstimmung mit den behandelnden Fachpersonen aufgrund der beim Beschwerdeführer eintretenden Erschöpfung nach jeglichen Belastungen mit erhöhter Erholungszeit dafür, es sei für ihn eine gute Strategie, immer unter einer gewissen Grenze der Aktivierung zu bleiben. Er habe gelernt, eine gewisse Stabilität zu erlangen, die es ihm seit Sommer 2019 bis heute erlaubt habe, zu 20 % seinen Beruf im Homeoffice auszuüben. Arbeitsversuche und Eingliederungsmassnahmen

seien wegen des Auftretens von CFS-Symptomen gescheitert (IV-act. 71 S. 101). Insofern - 43 - kann nicht von einer Diskrepanz zwischen der subjektiven Selbstlimitierung und den objektiven Befunden gesprochen werden. Vielmehr gebieten die Symptome des CFS nicht über die Leistungsgrenze hinauszugehen. Soweit Dr. med. N. \_\_\_\_\_ ferner auf die in den anderen Teilgutachten festgestellte Malcompliance bzw. Verletzung der Mitwirkungspflicht hinweist, vermag dies ebenfalls nicht zu überzeugen, wobei hierfür auf das bereits Ausgeführte verwiesen werden kann (vgl. Erwägung 5.3 hiervor). Zudem ist zu berücksichtigen, dass bereits Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in seiner RAD-Beurteilung vom 1. Dezember 2020 von einer ungünstigen Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ausging, weil trotz der bisher durchgeführten Therapien (kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung mit Ritalin, LDN-Therapie), an denen der Beschwerdeführer zuverlässig und motiviert teilgenommen habe, keine durchschlagende Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe erreicht werden können (IV-act. 101 S. 18). Gleichermassen führte zuvor Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 5. November 2019 aus, vorliegend sei in prognostischer Hinsicht ungünstig, dass trotz der bisher durchgeführten Therapien (kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie, medikamentöse Behandlung mit Ritalin), an denen der Beschwerdeführer zuverlässig und motiviert teilnehme und auf die er grundsätzlich gut anspreche, bereits ein Arbeitspensum von 20 % zu einer zunehmenden Erschöpfung geführt habe (IV-act. 17 S. 4). RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ merkte zu seinem Gespräch mit dem Beschwerdeführer am 10. Dezember 2019 ferner an, dass dieser sich bezüglich seines Hinweises auf eine weitere Therapiemethode (orthomolekulare Medizin) sehr dankbar gezeigt und angegeben habe, sich weiter damit zu beschäftigen sowie sich nach entsprechenden Therapeuten zu erkundigen (IV-act. 101 S. 16). Zudem bestätigte letztlich auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. September 2021, dass der Beschwerdeführer alle möglichen - 44 - Therapieverfahren nach dem Wissen der heutigen Grundkenntnisse des CFS erhalten habe (IV-act. 84). Aufgrund der Inanspruchnahme aller therapeutischen Optionen ist somit von einem hohen Leidensdruck auszugehen.

### **E. 5.13**

Insgesamt ergibt sich somit, dass insbesondere mangels vollständiger, schlüssiger und widerspruchsfreier Beachtung der normativen Vorgaben nicht auf das MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2021 abgestellt werden kann. Vielmehr vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die übrige medizinische Aktenlage dessen Beweiswert zu schmälern. Daher hat die Beschwerdegegerin zu Unrecht die darin ausgewiesene 60%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als E. \_\_\_\_\_ ab Anmeldung zum Leistungsbezug bzw. die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab Begutachtungszeitpunkt als massgeblich betrachtet. Wie die obige Abhandlung der massgeblichen Beweisthemen anhand der Indikatoren im Rahmen einer umfassenden Betrachtungsweise nachweist, stimmen die gutachterlichen Darlegungen nicht bzw. nur unvollständig mit den normativen Vorgaben überein, so dass sich eine davon losgelöste funktionelle Folgenabschätzung aufdrängt (vgl. BGE 145 V 361 E.4.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E.2.3). Dabei bestehen in Gesamtwürdigung der hier massgeblichen Beweisthemen neben gewissen Gegebenheiten, die als Ressourcen des Beschwerdeführers zu werten sind (insbesondere familiäres Umfeld und Persönlichkeit), im vorliegenden Fall deutlich überwiegend Faktoren, die auf eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinweisen. Aus funktioneller Sicht

besonders ins Gewicht fallen dabei die konkreten Erscheinungsformen des CFS mit gesundheitsbedingten Einschränkungen wie auch in Ruhe bestehender Energielosigkeit, chronischer Müdigkeit, morgendlichen Schwierigkeiten aufzustehen, Schmerzen am Bewegungsapparat und Arthralgien, Muskelverkrampfungen sowie weiteren Symptomen, die sich

- 45 - bereits bei kleinen Belastungen, seien sie körperlicher, intellektueller oder emotionaler Art, stark verschlechtern und zu rascher Erschöpfung sowie zu einer Exazerbation der Schmerzen und Schlafstörungen mit verlängerter Erholungszeit führen. Geht der Beschwerdeführer mit anderen Worten über seine Leistungsgrenze hinaus, erleidet er einen Zusammenbruch und wird bettlägerig. Dieser Gesundheitsschaden erweist sich als therapierefraktär, wobei dem Beschwerdeführer anzurechnen ist, dass er an den verschiedenen Therapieformen zuverlässig und motiviert teilgenommen und alle möglichen lege artis Therapieverfahren in Anspruch genommen hat, was auf einen erheblichen Leidensdruck hinweist. Die CFS-bedingten Einschränkungen äussern sich darüber hinaus in allen Lebensbereichen gleichmässig, wobei ein ausgeprägter sozialer Rückzug festzustellen ist. Mit Blick auf die Folgeabschätzung relevant sind zudem die vorliegend bestehenden, ressourcenhemmenden Komorbiditäten und der Umstand, dass eine Steigerung des in Homeoffice-Arbeit ausgeübten Arbeitspensums von 20 % in der angestammten Tätigkeit gesundheitsbedingt nicht möglich war. In Berücksichtigung der Angaben des Beschwerdeführers, wonach er meistens ca. zwei Stunden täglich arbeitet (vgl. neuropsychologischer Abklärungsbericht vom 15. Februar 2021 [IV-act. 57 S. 7] und MEDAS- Gutachten vom 18. Juni 2021 [IV-act. 71 S. 45, S. 59 und S. 91]), was angesichts der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 43 Stunden (vgl. dazu Fragebogen für Arbeitgebende vom 30. Oktober 2019 [IV- act. 13 S. 2]) einem Pensum von etwas über 20 % (5 Tage à ca. 2 Stunden = 10 Stunden = 23.25 %) entspricht, und angesichts des Umstands, dass er manchmal bei gutem Wohlbefinden noch einen kurzen zweiten Block arbeiten kann (vgl. MEDAS-Gutachten vom 18. Juni 2021 [IV-act. 71 S. 45 und S. 59]), ist von einer Arbeitsfähigkeit von 20-30 % (43 Stunden x 30 % = 12.9 Stunden : 5 Tage = 2.58 Stunden) in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Diese orientiert sich denn auch in etwa am Mittelwert, der von den behandelnden Fachpersonen in prognostischer Hinsicht

- 46 - ausgewiesen wurde (vgl. Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2019 [IV-act. 17 S. 7] und Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 17. November 2020 [IV-act. 33 S. 2 ff.] und vom 13. September 2021 [IV- act. 84]). In Berücksichtigung des Umstands, dass die angestammte Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber bereits weitgehend dem Leiden des Beschwerdeführers angepasst wurde (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 30. Oktober 2019 [IV-act. 13 S. 3], Evaluationsgespräch Eingliederung vom 21. November 2019 [IV-act. 19 S. 4]), zeitigten die konkreten Erscheinungsformen des CFS zusammen mit den weiteren vorgenannten Faktoren auch in einer anderen angepassten Tätigkeit mit einem leicht niedrigeren Anforderungsniveau wesentliche Funktionseinschränkungen, weshalb angesichts dessen, dass bereits kleine Belastungen zu einer raschen Erschöpfung und Schmerzexazerbation mit verlängerter Erholungszeit führen, die Leistungsgrenze auch in einer Verweistätigkeit, die es dem Beschwerdeführer erlaubt, dauerhaft einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, ohne dabei zu dekompensieren, bei 30 % zu verorten ist. Da im Krankheitsverlauf keine wesentlichen Änderungen des Gesundheitszustands auszumachen sind, ist davon auszugehen, dass diese seit dem Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit im Juli 2019 besteht, jedenfalls spätestens ab dem Zeitpunkt des

frühestmöglichen Rentenbeginns ab dem 1. April 2020. 6. Damit ist nachfolgend der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Erwägung 4.2 hiervor).

## **E. 6**

Nach Einholung der Abschlussbeurteilung von RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2021 stellte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 27. Juli

- 4 - 2021 eine rückwirkend befristete Invalidenrente in Aussicht. Dazu führte sie unter anderem aus, aufgrund des ausführlichen MEDAS-Gutachtens werde davon ausgegangen, dass die angestammte Tätigkeit als E. \_\_\_\_\_ nicht mehr vollumfänglich zumutbar sei. Dies insbesondere deshalb, weil diese Tätigkeit hohe Anforderungen an die Kommunikations- und Durchhaltefähigkeit, das Verantwortungsbewusstsein sowie an eine unbeeinträchtigte Konzentrationsfähigkeit stelle. Die Gutachter gingen davon aus, dass seit der Anmeldung im Oktober 2019 eine Einschränkung von 40 % vorliege. In angepassten Tätigkeiten attestierten sie jedoch eine volle Leistungsfähigkeit ganztags. Die diesbezüglichen Abklärungen hätten ergeben, dass hierzu insbesondere einfache, repetitive Tätigkeiten ohne Zeitdruck (z.B. das Schreiben von Berichten ab Diktaphone) oder Arbeiten mit einfachen Abläufen gehörten. Die IV-Stelle errechnete sodann anhand des Einkommensvergleichs bei einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ab Ablauf der Wartezeit bis März 2021 einen Invaliditätsgrad von 40 % bzw. bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab März (recte: April) 2021 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 24.37 %.

### **E. 6.1**

Dabei resultiert, selbst wenn – wie die Beschwerdegegnerin geltend macht und vom Beschwerdeführer bestritten wird – von einem gestützt auf die LSE-Tabelle im Kompetenzniveau 2 bemessenen Invalideneinkommen ausgegangen wird (vgl. hierzu IV-act. 74 [Invaliditätsbemessung]), was bei einer Arbeitsfähigkeit von 30 % einen Betrag von CHF 21'824.00 ergibt (LSE 2018 TA 1, Totalwert aller Wirtschaftszweige, Männer, umgerechnet

- 47 - auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, aufindexiert, ohne Leidensabzug =  $\text{CHF } 5'649.-- \times 12 : 40 \times 41.7 \times 1.009117 \times 1.01 \times 1.01 \times 0.3$ , in Gegenüberstellung zum unbestritten gebliebenen und aktenkundigen Valideneinkommen von CHF 96'200.-- (vgl. IV-act. 72) ein Invaliditätsgrad von 77.31 %, der dem Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente verleiht.

### **E. 6.2**

Die Beschwerde erweist sich somit als begründet und ist in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2022 gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer steht für den Zeitraum ab dem 1. April 2020 eine ganze Invalidenrente zu. Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt es sich, auf die weiteren Vorbringen und Anträge (namentlich Einholung eines Gerichtsgutachtens, Eventualbegehren auf Rückweisung im Sinne der Erwägungen usw.) des Beschwerdeführers einzugehen. 7. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG (beide in Kraft seit dem 1. Januar 2021; vgl. auch Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.-- bis CHF 1'000.-- festgelegt. Im vorliegenden Fall werden die Kosten in

Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.-- festgelegt. Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind diese der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG). 8. Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird

- 48 - die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_714/2018 vom 18. Dezember 2018 [in BGE 144 V 381 nicht publizierte] E.9.2, 9C\_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E.6.1 und 9C\_688/2009 vom 19. November 2009 E.3.1.1 f.). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Eingabe vom 4. April 2022 insgesamt einen Aufwand von 3.8333 Stunden zuzüglich Auslagen in der Höhe von CHF 14.-- und MWST geltend, wobei er darauf verzichtete, eine eigentliche Honorarnote zu erstellen. Da vorliegend keine Honorarvereinbarung im Recht liegt, ist der Stundenansatz praxisgemäss auf CHF 240.-- festzulegen (vgl. statt vieler Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden R 17 86 vom 17. April 2018 E.5.2). Insgesamt ist somit eine Entschädigung von CHF 1'005.90 (3.8333 Stunden à CHF 240.-- [CHF 920.--] zzgl. geltend gemachte Auslagen [CHF 14.-- pauschal] und 7.7 % MWST [CHF 71.90]) angemessen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen. 9. Bei diesem Verfahrensausgang wird das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung gegenstandslos. III. Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 7**

Dagegen liess A. \_\_\_\_\_ am 30. August 2021 vorsorglich und am 28. September 2021 einen begründeten Einwand erheben, wobei er Berichte der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ vom 2. und 13. September 2021 einreichte. Mit Verfügung vom 24. Februar 2022 entschied die IV- Stelle wie vorbeschrieben: Sie sprach A. \_\_\_\_\_ ab dem 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2021 eine Viertelsrente zu und verneinte für die Zeit ab dem 1. Juli 2021 einen Rentenanspruch.

#### **E. 8**

Gegen diese Verfügung liess A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 22. März 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden Beschwerde erheben. Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 24. Februar 2022 sowie, mit Wirkung ab dem 15. Oktober 2019 (unter Berücksichtigung allfälliger Wartefristen), die Zusprechung einer ganzen

- 5 - Invalidenrente. Eventuell sei die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und -verbeiständung. In materieller Hinsicht kritisierte er insbesondere das MEDAS-Gutachten sowohl in Bezug auf die Beurteilung der medizinischen Situation als auch hinsichtlich der funktionellen Folgeabschätzung. Zudem

bestritt er die ihm vorgeworfene Verletzung der Mitwirkungspflicht bei den medizinischen Abklärungen sowie die im Gutachten angenommene Selbstlimitierung. Weiter wies er darauf hin, dass die bisherigen Versuche, das Arbeitspensum zu steigern, am Umstand gescheitert seien, dass jeweils eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Es sei daher von vornherein unzulässig, ihm im Rahmen der Invaliditätsbemessung ein höheres als das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen in der 20%igen Homeoffice-Tätigkeit für den bisherigen Arbeitgeber anzurechnen. Selbst bei einer Heranziehung eines hypothetischen Erwerbseinkommens wäre es nicht gerechtfertigt, auf den Tabellenlohn im Kompetenzniveau 2 abzustellen. Dieser entspreche nicht dem durchschnittlichen, in einer einfachen Homeoffice-Tätigkeit erzielbaren Lohn. Zudem machte der Beschwerdeführer geltend, er sei hinsichtlich einer allfälligen Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem konkreten Arbeitsmarkt nachhaltig eingeschränkt. Ein realistischer Arbeitgeber würde ihn ablehnen bzw. mit Gewissheit nicht in gleicher Weise entlohnen, wie einen gesunden Arbeitnehmer. Folglich hätte ihm ein angemessener Leidensabzug gewährt und eine ganze Invalidenrente zugesprochen werden müssen.

## **E. 9**

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdeführerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 31. März 2022 auf Abweisung der Beschwerde und verzichtete unter Hinweis auf die in der angefochtenen Verfügung enthaltene Begründung auf eine Stellungnahme.

- 6 - Auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird, soweit entscheidungsrelevant, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Vorliegend stellt die angefochtene Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 24. Februar 2022 (Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 2, Akten der IV-Stelle [IV-act.] 96) ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts ergibt sich aus Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) zusammen mit Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer von dieser berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 und Art. 61 ATSG) eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers, der angesichts der Anmeldung im Oktober 2019 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. April 2020 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entsteht, sofern bis dahin das Wartejahr erfüllt ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), was vorliegend unbestrittenermassen zutrifft (vgl. IV-act. 101 S. 24, Case Report). Uneins sind sich die Parteien hinsichtlich des Invalideneinkommens und dabei hinsichtlich der (Rest-)Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit, der Ausschöpfung und Verwertbarkeit der

- 7 - (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der Anwendung des Kompetenzniveaus 2 zur Bemessung des Invalideneinkommens sowie der Vornahme eines Leidensabzugs. 3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der Verordnung

über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Da der Rentenanspruch vorliegend noch unter der Geltung des alten Rechts entstanden ist, finden die bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen des IVG und der IVV Anwendung (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juli 2020 und Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Stand 1. Juli 2022, Rz. 9101). 4. Im Nachfolgenden ist die Frage des Rentenanspruchs zu prüfen, wobei der Sachverhalt bis zum 24. Februar 2022 (Erlass der angefochtenen Verfügung) massgeblich ist.

### **E. 13**

September 2021 fest, der Beschwerdeführer habe alles daran gesetzt, seinen jetzigen Zustand zu stabilisieren, und es gelinge ihm mit einem ausserordentlichen Engagement seinerseits, seine angestammte Tätigkeit zu 20 % im Homeoffice durchzuführen. Aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer genau zu diesem Arbeitspensum befähigt; mehr liege nicht drin, ansonsten das ganze System kollabiere (IV-act. 84).

- 29 -

### **E. 17**

September 2019 und 11. November 2019 {IV-act. 21/1 und 2, IV- act. 20/2 und 3}, Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2019 {IV- act. 17/3} sowie Chiropraktik und Physiotherapie [vgl. Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2020 {IV-act. 33/9}]]. Schliesslich bestätigte auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. September 2021, dass der Beschwerdeführer alle möglichen Therapieverfahren nach dem Wissen der heutigen Grundkenntnisse des CFS erhalten habe und

- 34 - medizinisch aktuell keine Verbesserung der Symptomatik absehbar sei (IV-act. 84). Insoweit ist vorliegend von einer Behandlungsresistenz auszugehen.

### **E. 20**

% erreicht werden konnte, für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit als bedeutsam (vgl. Urteil des Bundesgerichts

- 37 - 8C\_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E.6.2.1 [zur Aussagekraft einer beruflichen Abklärung für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit]).

### **E. 24**

Oktober 2019 [IV-act. 15 S. 4]).

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