

# GR\_GERICHTE S 2020 2 vom 15. September 2020

GR Gerichte, 2020-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2020\\_2](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_2)

FR: GR\_GERICHTE S 2020 2 du 15 septembre 2020

IT: GR\_GERICHTE S 2020 2 del 15 settembre 2020

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

In ihrem Bericht vom 4. Oktober 2018 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ Parasomnien, ein Restless Legs-Syndrom, eine bekannte Schlafapnoe sowie multifaktorielle Durchschlafstörungen. Im folgenden Bericht vom

#### E. 3.1

Als Invalidität gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art. 8 ATSG i.V.m. Art. 4 IVG). Bei erwerbstätigen Versicherten erfolgt die Ermittlung der Invalidität in der Regel nach der Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG; Art. 28a Abs. 1 IVG). Ist eine versicherte Person danach mindestens 40 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### E. 3.2

Um beurteilen zu können, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten einem Versicherten noch oder überhaupt 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. Dabei können sich die IV-Stellen und im Streitfall die Sozialversicherungsgerichte auf die Regionalen Ärztlichen Dienste (Art. 59 Abs. 2bis Satz 1 IVG), auf die Berichte der handelnden Ärztinnen und Ärzte oder auf externe medizinische Sachverständige stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG). Die Aufgabe des Arztes besteht darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Be-

- 10 - funde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Arzt seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind (BGE 140 V 193 E.3.2; Urteile des Bundesgerichts 8C\_559/2019 vom 20. Januar 2020 E.5.2.1 und 9C\_850/2013 vom 12. Juni 2014 E.3.2).

#### E. 3.3

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. 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 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 (BGE 143 V 124 E.2.2.2, 125 V 351 E.3a). 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 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, 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c). Dennoch hat

- 11 - 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, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche 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, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch Berichten/Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters jedoch ein strenger Massstab anzulegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_718/2019 vom 13. August 2020 E.2.3; BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch bloss geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind allerdings ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E.5.1, 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.3.2 und E.

- 12 - 4.4; Urteile des Bundesgerichtes 8C\_338/2018 vom 3. September 2018 E.2.2 sowie 9C\_415/2017 vom 21. September 2017 E.3.2). 4.1. Zur Beurteilung des

Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im konkreten Fall im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte und Untersuchungen zu berücksichtigen: 4.1.1. Anlässlich der Erstbehandlung am 24. Oktober 2016 diagnostizierte Haus- arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gestützt auf seine Untersuchung, den unauffälligen Röntgenbefund der HWS sowie die CT des Schädels und der HWS, welche keine intracranielle Blutung oder Frakturen zeigte, u.a. eine commotio cerebri und eine HWS-Distorsion (vgl. Akten der Beschwerdegegnerin [Bg- act.] 16/1). 4.1.2. Im Zwischenbericht vom 21. Dezember 2016 wies Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bei den bekannten Diagnosen darauf hin, dass der Beschwerdeführer anhaltende Dauerkopfschmerzen, deren Intensität jedoch abgenommen habe, sowie Gedächtnisprobleme beklage. Klinisch neurologisch seien keine Auffälligkeiten objektivierbar; bekanntlich sei die durchgeführte CT des Schädels am 25. Oktober 2016 unauffällig gewesen (Bg-act. 16/2). 4.1.3. Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 19. Januar 2017 namentlich eine LTHV (= leichte traumatische Hirnverletzung) bei Verkehrsunfall, persistierende Kopfschmerzen sowie subjektiv Raumunsicherheit und Gedächtnisprobleme. Dazu hielt er fest, aufgrund der Persistenz der Beschwerden, der kleinen, aber bemerkbaren Defizite in der klinischen Untersuchung sowie der Auffälligkeiten im EEG, sei eine MR-Diagnostik durchzuführen. Die Schlafproblematik wirke eher wie eine Schlaflähmung (bei dissoziiertem Erwachen). Diesbezüglich sei nach dem MRI zu entscheiden (Bg-act. 16/10).

- 13 - 4.1.4. Im am 23. Januar 2017 durchgeführten MRI des Schädels beurteilte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ das Gross- und Kleinhirn als unauffällig ohne fokale Atrophie, Hämosiderinartefakte oder Glioseherde und ohne Hinweise für ein stattgehabtes Subduralhämatom; auch die übrigen Befunde seien regelrecht (Bg-act. 16/5). 4.1.5. Am 27. Januar 2017 führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht aus, erfreulicherweise seien im MRI des Kopfes vom 23. Januar 2017 auch kleinere strukturelle Verletzungen ausgeschlossen worden, weshalb die Prognose sehr gut sei. Der Beschwerdeführer sei nach dem sehr positiven MRI-Ergebnis gelüster gewesen. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ befürwortete im Prinzip einen langsamen beruflichen Wiedereinstieg in nächster Zukunft (Bg-act. 16/6 f.). 4.1.6. Im Bericht vom 2. März 2017 stellte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, eine Normakusis sowie keine Anhaltspunkte für peripher-vestibuläre Funktionsstörungen fest. Insgesamt lasse sich eine Störung weder im peripher-vestibulären noch im cochleären System in den durchgeführten Untersuchungen finden. Aufgrund der Anamnese und der Vorgeschichte handle es sich am ehesten um ein post- commotionelles Syndrom. Da der Patient über eine langsame Besserung berichte, sei davon auszugehen, dass sich dieses in den nächsten ein bis zwei Monaten bessern sollte. Daneben bestehe noch ein Unsicherheitsgefühl und Hinweise für einen Hörschwindel, den der Beschwerdeführer zuvor nie gehabt hätte. Eine organische Störung liege in diesem Sinne nicht vor. Es handle sich eher um eine Angststörung, die möglicherweise durch das Unfallereignis ausgelöst worden sei (Bg-act. 16/11 f.).

- 14 - 4.1.7. In einer biomechanischen Kurzbeurteilung vom 20. März 2017 hielten die Dres. K. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ und N. \_\_\_\_\_ zum Unfallereignis fest, aus biomechanischer Seite ergebe sich, dass die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde durch die Kollisionseinwirkung eher erklärbar seien (Bg-act. 15/75). 4.1.8. Im Zwischenbericht vom 16. Mai 2017 berichtete Dr. med. C. \_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Kontrolle vom 8. Mai 2017 immer noch über anhaltende Kopfschmerzen, insbesondere auch nachts auftretend, geklagt habe. Daneben bestünden

gelegentlich auch etwas Schwindelbeschwerden. Am 27. März 2017 habe der Beschwerdeführer die Arbeit zu 50 % aufgenommen. Da die Prognose langfristig doch gut sein werde und therapeutisch keine weiteren Optionen ausser einer rein symptomatischen Therapie bestünden, hätten Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und der Beschwerdeführer entschieden, dass Letzterer ab dem 9. Mai 2017 die Arbeit wieder zu 100 % aufnehme (Bg-act. 16/16). 4.1.9. Weil sich im Verlauf aber wieder anhaltend akut auftretende, migräneartige Kopfschmerzen gezeigt hatten, hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit für nicht möglich. Der Beschwerdeführer müsse jeweils drei- bis viermal wöchentlich den Arbeitsort wegen hochakuten Kopfschmerzen verlassen und sich für Stunden wieder hinlegen. Demnach bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Bg-act. 16/17). 4.1.10. Gemäss Zwischenbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 müsse bei diagnostizierten chronisch anhaltenden anfallsartigen Spannungskopfschmerzen und Schwindelbeschwerden gesamthaft von einem stark zögerlichen Heilungsverlauf betreffend den Folgeschäden im

- 15 - Zusammenhang mit der erlittenen commotio cerebri gesprochen werden. Langfristig dürfte die Prognose aber trotzdem gut sein (Bg-act. 16/18). 4.1.11. In ihrem neuropsychologischen Bericht vom 16. November 2017 führten die Dres. phil. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ in anamnestischer Hinsicht aus, der Beschwerdeführer berichte von chronischen Kopfschmerzen. Sie würden jeweils unmittelbar beginnen, träten aber bei kognitiver Anstrengung vermehrt auf. In der Regel könne er sie mittels Einnahme von Analgetika gut kontrollieren. Falls keine Medikamente zur Verfügung stünden, komme es zu schmerzbedingter Übelkeit, manchmal gefolgt von Erbrechen. Die Auftretenshäufigkeit der Kopfschmerzen habe sich in den letzten ein bis zwei Monaten etwas verbessert. So nehme er seit ein bis zwei Monaten nur noch zwei- bis dreimal pro Woche Analgetika ein. Wenn er bei der Arbeit schwere Dinge heben müsse, komme es zu einem Schwindelgefühl und nach zwei bis drei Arbeitstagen öfters zu einem Gefühl der Überforderung. Kognitive Einschränkungen bestünden bei Schmerzen. So könne er sich dann schlecht konzentrieren. Seine Ehefrau bemerke ausserdem, dass sein Gedächtnis seit dem Unfall schlechter sei. Zur Symptomvalidierung führten die Dres. phil. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ aus, in einem von zwei durchgeführten Verfahren zur Überprüfung der Leistungsmotivation sei es zu einer Überschreitung des Grenzwertes gekommen. Zudem hätten sich klinisch Auffälligkeiten (Tendenz zum frühzeitigen Aufgeben, Weiterführung der Aufgaben trotz berichteter zunehmender Kopfschmerzen problemlos möglich) sowie Leistungsschwankungen in der formalen Prüfung (z.B. deutlich schwankende Reaktionszeiten in einer einfachen Reaktionsaufgabe) gezeigt. In ihrer Beurteilung führten die Dres. phil. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ aus, formal fänden sich schwankende Leistungen und teilweise mittelschwere bis schwere Defizite in Teilbereichen der Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und exekutiven Funktionen. Im Zusammenhang mit einem

- 16 - auffälligen Resultat in einem Performancevalidierungsverfahren sowie in Tests eingebettetem Indikator für eine reduzierte Leistungsmotivation seien die obigen Resultate jedoch als nicht valide und nicht repräsentativ für die effektive kognitive Leistungsfähigkeit zu betrachten. Die vorliegenden medizinischen Befunde (CT und MRI) wiesen auf keine durch den Unfall bedingte hirnorganische Schädigung hin. Die Prognose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (LTHV) sei üblicherweise gut; in der Mehrheit der Fälle bildeten sich die kognitiven Defizite nach spätestens drei Monaten vollständig zurück. Anamnestisch ergäben sich keine psychischen Faktoren, welche die persistierenden

Beschwerden erklären könnten. Die Dres. phil. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ diagnostizierten unspezifische, nicht valide qualifizierbare kognitive Defizite bei Vorliegen einer nicht-authentischen Leistungspräsentation. Die Funktionsfähigkeit im Alltag und Beruf hielten sie für nicht beurteilbar. Sie empfahlen bei über 13 Monate lang andauernden Kopfschmerzen bei bis vor Kurzem täglichem Konsum von Schmerzmedikation, bei der arzneimittelinduzierte Kopfschmerzen (MÜKS; F55.2) möglich seien, einen ärztlich betreuten Analgetika-Entzug. Daneben befürworteten sie eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (Bg-act. 16/34 ff.). 4.1.12. Im ergotherapeutischen Bericht vom 3. Januar 2018 der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ wird berichtet, dass der Beschwerdeführer am Morgen der Abklärung mit Kopfschmerzen aufgewacht sei. Trotz dieser Kopfschmerzen sei die Fahrt mit dem Auto von 80 Minuten gut gegangen. Bevor das ergotherapeutische Interview habe gestartet werden könne, habe der Beschwerdeführer ein Glas Wasser verlangt, wobei er sehr demonstrativ ein wasserlösliches Schmerzmedikament gegen seine Kopfschmerzen eingenommen habe und dazu erklärte, dass er ohne diese nicht an der Abklärung teilnehmen könne. Weshalb aber der Beschwerdeführer bis um 8.00 Uhr nach fast 1 ½ Stunden mit der Einnahme gewartet habe, sei – wie die Ergotherapeutin

- 17 - bemerkte – unklar. Der Beschwerdeführer habe folgende subjektiven Beschwerden genannt: Kopfschmerzen und Schmerzen im Nackenbereich, wobei diese schwankend seien und durchschnittlich bei 2 oder 3/10 VAS lägen, nächtliche Lähmungen und Vergesslichkeit. Die Beschwerden hätten in den Abklärungen aber nur teilweise beobachtet werden können und seien schwierig zu objektivieren. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sei zurzeit angemessen, wobei eine Steigerung angestrebt werden sollte (Bg-act. 16/20 ff.). 4.1.13. In ihrem neurologischen Bericht vom 3. Januar 2018 diagnostizierte Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, eine LTHV und wies darauf hin, dass im aktuellen Verlauf die chronischen Kopfschmerzen und die Vergesslichkeit im Vordergrund stünden. Bezüglich Kopfschmerzen bestehe der Verdacht auf das Vorliegen von Medikamentenübergebrauch (MÜKS). Es empfehle sich ein Absetzen unter ärztlicher Kontrolle. Vom Patienten werde der Wunsch geäußert, das Arbeitspensum zu steigern, weshalb eine physio- und psychotherapeutische Behandlung empfohlen werde. Bezüglich der Episoden mit starrem Daliegen in der Nacht sei ein EEG anzuvisieren (Bg-act. 16/29 ff.). 4.1.14. Im Bericht vom 16. Februar 2018 führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus, er sei hinsichtlich der Kopfschmerzen mit der Einschätzung der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_, dass hier eine über Gebrauchs-Analgesie vorliege (MÜKS), einverstanden. Günstig sei hier auch hinsichtlich der Schlaf lähmung die Einführung eines trizyklischen Antidepressivums, insbesondere Anafranil (Clomipramin à 10mg). Das heutige EEG sei in selber Weise ausgefallen wie zuvor, nämlich mit einer zunächst guten modulierten Aktivität und immer wieder eingestreuten v.a. zentral bis linksparietal Theta, ohne dass typische Zeichen einer elektroenzephalologischen Übererregbarkeit

- 18 - erkennbar gewesen seien. Empfohlen werde ein Schlafentzugs-EEG (Bg- act. 16/40 f.). 4.1.15. Am 21. Februar 2018 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sodann, dass auch nach einem modifizierten Schlafentzugs-EEG als Provokationsmittel keine eindeutige epilepsietypische Konstellation habe gefunden werden können. Da keine Hinweise für eine epileptische Störung bestünden, sei als weiterer Schritt eine Abklärung im Schlaflabor angezeigt (Bg-act. 16/43). 4.1.16. In seinem Schreiben vom 18. Juni 2018 an Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer klage unverändert über eine allgemeine, sich verstärkende Vergesslichkeit und chronisch rezidivierend auftretende

migräneartige Kopfschmerzen, welche aber unverändert recht gut auf Spedifen ansprechen. Phasenweise könne er hinsichtlich der Kopfschmerzen eine Woche beschwerdefrei sein. Dann komme es aber wieder gehäuft drei- bis viermal wöchentlich zu den beschriebenen Kopfschmerzen. Die Arbeitsfähigkeit liege weiterhin bei nur 30 % (Bg-act. 4). 4.1.17. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ stellte am 6. Juli 2018 u.a. fest, dass nach wie vor eine Medikation mit Spedifen bestehe. Neben der Veranlassung einer schlafmedizinischen Abklärung zur Feststellung, ob eine Störung der REM- Schlaf-Architektur mit dissoziiertem Erwachen vorliege, gab er dem Beschwerdeführer eine Rezeptur für Trimipramin ab, um zu schauen, ob dieses Antidepressivum eine Besserung der Kopfschmerzen und der affektiven Situation bringe. Zudem wies er auf die in der neuropsychologischen Testung festgestellte leichte Antwortverzerrung hin (Bg-act. 24/28 f.).

- 19 - 4.1.18. In dem von der IV-Stelle eingeholten Abklärungsbericht vom 30. August 2018 wies Dr. med. D.\_\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus und ordnete die Kopfschmerzen jenen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Prognose erachtete er als gut. Falls sich eine narkoleptische Erkrankung bestätige, bestünden Zweifel ob der Fahreignung (Bg-act. 20/3-4). 4.1.19. Im Abklärungsbericht vom 17. September 2018 wies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine seit 31. Oktober 2017 bestehende 70%ige Arbeitsunfähigkeit aus und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: LTHV bei persistierenden, teils migräneartigen Kopfschmerzen, subjektive Gedächtnisprobleme (Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis) sowie anfallweise nächtlich auftretende Form von Schlaflähmung. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ u.a. eine leicht- bis mittelschwere obstruktive Schlafapnoe, eine langjährige Migräne sowie anamnestisch Panikattacken. Auf die Frage, wie viele Stunden pro Tag die bisherige Tätigkeit zumutbar sei, antwortete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ mit aktuell maximal 50 % (Bg-act. 24/6). 4.1.20. In ihrem Bericht vom 4. Oktober 2018 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ Parasomnien, ein Restless Legs-Syndrom, eine bekannte Schlafapnoe sowie multifaktorielle Durchschlafstörungen. Der Beschwerdeführer schildere diverse Symptome, welche den Schlaf beeinträchtigten. Der berichtete Bewegungsdrang assoziiert mit sensiblen Störungen, ausschliesslich in Ruhe und Entspannung, die Besserung durch Bewegung und die Betonung am Abend erfüllten die vier obligaten Kriterien für ein Restless Legs-Syndrom. Die geäusserten Lähmungen entsprächen Schlaflähmungen. Es handle sich dabei um zumeist harmlose Schlafphänomene, die kein Handlungsbedarf benötigten und durch Insomnie begünstigt würden. Deswegen sei auf eine gute Schlafhygiene zu achten. Die Durchschlafstörung sei am ehesten auf die bekannte

- 20 - Schlafapnoe zurückzuführen. Für weitere Abklärungen sei eine Polysomnographie geplant (Bg-act. 34/5). 4.1.21. Nach der durchgeführten Polysomnographie wies Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. November 2018 eine vorwiegend obstruktive Schlafapnoe schweren Grades und nur noch ein Verdacht auf ein Restless Legs- Syndrom aus. Im Wachzustand bestünden vermehrte Beinbewegungen die suggestiv für ein RLS seien. Ungewöhnlich für diese Diagnose sei jedoch das Fehlen von PLMS. Hinweise für weitere Parasomnien hätten sich nicht ergeben. In Anbetracht der Symptomatik sowie der Kopfschmerzen sei ein erneuter Versuch mit einer CPAP-Therapie gerechtfertigt. Falls diese Therapie nicht toleriert werden sollte, könnte bei starker Rückenlageassoziation auch eine Lagetherapie mit ggf. Zahnprotrusionsschiene versucht werden (Bg-act. 37/7). 4.1.22. Im Verlaufsbericht vom 18. Januar 2019 stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ sodann einen stationären Gesundheitszustand (bei letzter ärztlicher Kontrolle am

## E. 8

November 2018) fest und wies darauf hin, dass die Schlafapnoe wegen der damit einhergehenden Müdigkeit und Schläfrigkeit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, solange sie nicht erfolgreich behandelt werde. Bei erfolgreicher Behandlung sei indes von keiner Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit auszugehen. Auch seien Tätigkeiten, die nicht monoton seien und nicht mit dem Steuern schwerer Maschinen zu tun hätten, zumutbar (Bg-act. 37/4). 4.1.23. Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ wies im Verlaufsbericht vom 5. Juni 2019 einen gleichgebliebenen Gesundheitszustand aus. Nach wie vor komme es anfallsweise, so zwei- bis dreimal pro Woche, zu akuten Kopfschmerzepisoden. Der Beschwerdeführer sei dann nicht in der Lage zu arbeiten. Bezüglich der früher beschriebenen Vergesslichkeit habe sich

- 21 - keine Änderung ergeben. Spedifen werde ausschliesslich gegen die Kopfwehattacken eingenommen. Es werde keine Dauertherapie mit Spedifen durchgeführt. Der Beschwerdeführer habe versucht, auf Spedifen zu verzichten, was aber wegen der doch massiven Kopfschmerzen und dem guten Ansprechen darauf nicht möglich gewesen sei. Die CPAP- Behandlung werde konsequent fortgeführt und dabei ein durchgehender Schlaf von sieben Stunden erreicht. Die Arbeitsfähigkeit liege im Schnitt bei maximal 50 % (Bg-act. 43/2). 4.2. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 einen Rentenanspruch mit der Begründung, gestützt auf die medizinischen Unterlagen liege seit mindestens November 2018 kein Gesundheitsschaden mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) vor. Dabei stützte sie sich gemäss ihrer Vernehmlassung namentlich auf die Abschlussbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 19. August 2019 ab (Case Report [CR] Bg-act. 59/20). Darin führte sie aus, das Ergebnis der – wegen vom Versicherten beklagter Vergesslichkeit durchgeführten – neurokognitiven Untersuchung in der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ habe wegen nicht authentischer Leistungspräsentation nicht gewertet werden können. Der im Juni 2019 vorgelegte Bericht des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_\_, welcher auch die Testate für die Arbeitsunfähigkeit ausstelle, sei in sich bezüglich der Begründung der Arbeitsunfähigkeit unklar und in der Wertung der Diagnose widersprüchlich. Deshalb sei auf die Berichte der Fachärzte für Neurologie abzustellen. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ habe in seinen neurologisch ambulanten Abklärungen vom 19. Januar 2017 bis zuletzt am 16. Februar 2018 keine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden können. Laut Abklärungsbericht der Neurologin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2019 (Stand November 2018) sei dem Versicherten die angestammte Tätigkeit weiterhin zumutbar. Es sei eine CPAP-Therapie

- 22 - geplant. Wenn diese erfolge, sei der Versicherte wieder voll arbeitsfähig. Gemäss Abklärungsbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2019 (Stand März 2019) werde das CPAP-Gerät vom Versicherten regelmässig angewendet und es sei dadurch eine nächtliche Schlafdauer von sieben Stunden erreicht worden. Somit sei der Versicherte nach Aussage der Neurologin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ voll arbeitsfähig. Aus versicherungsmedizinischer Sicht lasse sich kein Gesundheitsschaden mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erkennen. Der Versicherte sei suffizient abgeklärt worden. Die Behandlung mit Ibuprofen (recte: Spedifen) bei Kopfschmerzen und einem CPAP-Gerät bei Schlaf-Apnoe sei suffizient und wirksam (CR Bg-act. 59/20). 4.2.1. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die RAD-Abschlussbeurteilung abgestellt hat oder ob die übrige Aktenlage diese RAD-Beurteilung in Zweifel zu ziehen vermag. 4.2.2. In seiner

Beschwerde brachte der Beschwerdeführer namentlich vor, er habe in seiner Anmeldung am 9. Juli 2018 geltend gemacht, infolge chronischer Kopfschmerzen und Vergesslichkeit gesundheitlich und damit in einer Tätigkeit als Plattenleger und Geschäftsführer beeinträchtigt zu sein. Seither hätten sich die Kopfschmerzen verschlimmert. Sie träten teils unverhofft und in unregelmässigen Frequenzen auf, als eigentliche Attacken, so dass er sofort die Arbeit niederlegen und für mehrere Stunden pausieren müsse. Die Kopfschmerzen seien als Cluster-Kopfschmerzen zu beschreiben. Insbesondere träten die Attacken immer häufiger auch nachts auf. Durch das beeinträchtigte Raumgefühl und die Schwindelgefühle könne er kaum noch als Handwerker Fassadenarbeiten vornehmen. Solche Arbeiten könne er als Geschäftsführer auch nicht anweisen oder überprüfen, denn hierfür bedürfe es einer Tritt- und Bewegungssicherheit auf Baugerüsten. Die Aufgaben als Geschäftsführer (u.a. Aufträge

- 23 - annehmen, Besprechungen mit Bauherrschaften führen, Besichtigungen vor Ort vornehmen, Werkverträge abschliessen etc.) würden eine verlässliche und ständige geistige Präsenz erfordern. Diese werde durch die persistierenden Kopfschmerzattacken sowie die einsetzende Vergesslichkeit sowie die steten Konzentrationsschwierigkeiten erschwert.

4.2.3. Hinsichtlich der beklagten Kopfschmerzen und kognitiven Einschränkungen ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass diese Beschwerden trotz zahlreicher Untersuchungen nicht objektiviert bzw. hinreichend organisch nachgewiesen werden konnten. Insbesondere ergaben die neurologischen Untersuchungen und bildgebenden Abklärungen allesamt unauffällige Befunde. So konnten v.a. im MRI des Kopfes vom 23. Januar 2017 (Bg-act. 16/5) keinerlei posttraumatische Läsionen festgestellt werden (vgl. dazu z.B. Abklärungsbericht Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2017 [Bg-act. 16/6 f.] und auch klinisch neurologisch seien laut Dr. med. C.\_\_\_\_\_ keine Auffälligkeiten objektivierbar (vgl. Zwischenbericht vom 21. Dezember 2016 [Bg-act. 16/2], ferner ergotherapeutischer Bericht vom 3. Januar 2018 [Bg-act. 16/20 ff.]). Insgesamt sei die Prognose deshalb gut (vgl. Abklärungsberichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2017 [Bg-act. 16/6 f.] und vom 30. August 2018 [Bg-act. 20] sowie neuropsychologischer Bericht vom 16. November 2017 [Bg-act. 16/38]). Auch werden die vom Beschwerdeführer nicht weiter mit fachärztlichen Berichten belegten Cluster-Kopfschmerzen nirgends in den Akten diagnostiziert. Aufgrund der Einnahme der Schmerzmedikation über viele Monate erachteten mehrere Fachpersonen – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – das Vorliegen von arzneimittelinduzierten Kopfschmerzen (MÜKS) für wahrscheinlich, weshalb ein ärztlich betreuter Analgetika-Entzug und eine Umstellung auf ein trizyklisches Antidepressivum empfohlen wurden (vgl. neuropsychologischer Bericht Dres. phil. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 16.

- 24 - November 2017 [Bg-act. 16/38 f.], neurologischer Bericht Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 [Bg-act. 16/29 ff.] sowie Abklärungsbericht Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2018 [Bg-act. 16/40 f.]). Diesem Vorgehen wurde jedoch nachweislich nicht nachgelebt (vgl. Abklärungsbericht Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 17. September 2018 [Bg-act. 24/3] und Schreiben desselben vom 18. Juni 2018 [Bg-act. 4]). Begründend wurde dazu ausgeführt, der Beschwerdeführer spreche gut auf Spedifen an (Verlaufsbericht Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2019 [Bg-act. 43], vgl. ferner Schreiben desselben vom 18. Juni 2018 [Bg-act. 4]). So gab der Beschwerdeführer denn auch selbst anlässlich der neuropsychologischen Abklärung in der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ an, die Kopfschmerzen könne er in der Regel mittels Einnahme von Analgetika gut kontrollieren (neurologischer Bericht

vom 16. November 2017 [Bg-act. 16/35]). Auch im Rahmen der ergotherapeutischen Abklärung führte er aus, die Kopfschmerzen und Schmerzen im Nacken seien schwankend und lägen durchschnittlich bei 2 oder 3/10 VAS (ergotherapeutischer Bericht vom 3. Januar 2018 [Bg-act. 16/20 ff.]), womit nicht ein sehr hoher Wert auf der Schmerzskala ausgewiesen wurde. Ausserdem hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei phasenweise hinsichtlich der Kopfschmerzen gar eine Woche beschwerdefrei (Schreiben vom 18. Juni 2018 [Bg-act. 4]). Überdies war es dem Beschwerdeführer entgegen seiner Ansicht nachweislich möglich, trotz beklagter Kopfschmerzen eine relativ weite Strecke alleine mit dem Auto zu den Untersuchungen in der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ zurückzulegen (vgl. ergotherapeutischen Bericht vom 3. Januar 2018 [Bg-act. 16/20 ff.]). Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, wenn Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. August 2018 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte und die Kopfschmerzen lediglich jenen zuordnete, die keinen Einfluss darauf hätten (Bg-act. 20/3). Dasselbe gilt hinsichtlich der beklagten kognitiven Defizite, wiesen die Dres. phil. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ anhand der auffälligen Resultate in den

- 25 - Performancevalidierungstests, den klinischen Auffälligkeiten und den deutlichen Leistungsschwankungen in der formalen Prüfung plausibel darauf hin, dass sie bei nicht-authentischer Leistungspräsentation nicht auf die effektive kognitive Leistungsfähigkeit schliessen liessen (vgl. neurologischer Bericht vom 16. November 2017 [Bg-act. 16/38]). Mithin ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer in seinen Tätigkeiten als Geschäftsführer wesentlichen beeinträchtigt sein soll. 4.2.4. Wenn nun Dr. med. C.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer aufgrund der Kopfschmerzen und der Vergesslichkeit zuletzt im Schnitt zu maximal 50 % arbeitsfähig erachtete (vgl. Verlaufsbericht vom 5. Juni 2019 [Bg-act. 43/2]), ist dem sich darauf abstützenden Beschwerdeführer entgegenzuhalten, dass es einer Erfahrungstatsache entspricht, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3a/3b; Urteile des Bundesgerichts 8C\_673/2018 vom 13. Dezember 2018 E.3.4 und 8C\_8/2018 vom 23. April 2018 E.3.2). Zudem wies die RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in ihrer Abschlussbeurteilung zu Recht darauf hin, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ bezüglich der Begründung der Arbeitsunfähigkeit unklar und in der Wertung der Diagnose widersprüchlich sei (CR Bg-act. 59/20). So wies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem letzten Bericht vom 5. Juni 2019 neben der bekannten Vergesslichkeit insbesondere auf die beim Beschwerdeführer nach wie vor zwei bis drei Mal wöchentlich auftretenden, anfallsweisen akuten Kopfschmerzepisoden hin, die mit Spedifen behandelt würden, auf das der Beschwerdeführer gut anspreche (Bg-act. 43/1). Inwiefern sich daraus (nur) eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % ableiten lässt, begründet Dr. med. C.\_\_\_\_\_ genauso wenig wie den Umstand, dass er im Bericht vom 17. September 2018 eine seit 31. Oktober 2017 bestehende 70%ige Arbeitsunfähigkeit auswies, den Beschwerdeführer jedoch aktuell zu

- 26 - 50 % arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit erachtete (Bg-act. 24/6). Zudem wies er im Bericht vom 5. Juni 2019 darauf hin, dass sich die Diagnosen nicht verändert hätten (Bg-act. 43/1). Sein Verlaufsbericht vom 17. September 2018 ist in diagnostischer Hinsicht jedoch auch insoweit widersprüchlich, als er darin die persistierenden und teils migräneartigen Kopfschmerzen zum einen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführt, gleichzeitig aber die langjährige Migräne unter die Diagnose

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einordnet (Bg-act. 24/3 f.). Daher ist nicht zu beanstanden, wenn die RAD-Ärztin für die Beurteilung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf die Berichte der Fachärzte für Neurologie abstellte (CR Bg-act. 59/20). 4.2.5. Soweit der Beschwerdeführer die persistierenden Beschwerden auf eine contusio cerebri zurückführt, wird dies nicht näher belegt und es findet sich auch kein Anhalt dafür in den Akten. Vielmehr diagnostizierte sein Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ bereits anlässlich der Erstbehandlung am 24. Oktober 2016 gestützt auf seine Untersuchung, den unauffälligen Röntgenbefund der HWS sowie die CT des Kopfes und der HWS, welche keine intracranielle Blutung oder Frakturen zeigte, eine commotio cerebri (Bg-act. 16/1). Daran hielt er entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auch fest, als die Symptome fort dauerten. So führte er im Zwischenbericht vom 19. Juni 2017 aus, bei den diagnostizierten chronisch anhaltenden anfallsartigen Spannungskopfschmerzen und Schwindelbeschwerden müsse gesamthaft von einem stark zögerlichen Heilungsverlauf betreffend Folgeschäden im Zusammenhang mit der erlittenen commotio cerebri gesprochen werden (Bg-act. 16/18). Im Übrigen bestätigte auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ bereits am 27. Januar 2017, dass im MRI des Kopfes vom 23. Januar 2017 (Dr. med. I.\_\_\_\_\_) auch kleinere strukturelle Verletzungen erfreulicherweise ausgeschlossen worden seien, weshalb die Prognose sehr gut sei (Bg-act. 16/6 f.).

- 27 - 4.2.6. Zu der vom Beschwerdeführer beklagten Schwindelproblematik wurden ebenfalls medizinische Abklärungen vorgenommen. So stellte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. März 2017 eine Normakusis fest und verneinte Anhaltspunkte für peripher-vestibuläre Funktionsstörungen. Auch hinsichtlich des Unsicherheitsgefühls und des Hörschwindels konnte keine organische Störung eruiert werden. Zudem habe der Beschwerdeführer auch über eine langsame Besserung berichtet, weshalb eine gute Prognose gestellt worden war (Bg-act. 16/11 f.). Soweit Dr. med. J.\_\_\_\_\_ eine unfallbedingte Anpassungsstörung vermutete, nahm der Beschwerdeführer die empfohlene psychotherapeutische Behandlung nachweislich nicht in Anspruch. Dass der Schwindel nicht im Vordergrund steht, bestätigte denn auch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Zwischenbericht vom 16. Mai 2017, indem er ausführt, neben den Kopfschmerzen würden gelegentlich auch etwas Schwindelbeschwerden bestehen (Bg-act. 16/16). Ausserdem räumte der Beschwerdeführer anlässlich der neurologischen Abklärung in der Rehaklinik G.\_\_\_\_\_ selbst ein, aktuell seien die Schwindelepisoden deutlich rückläufig und träten nur noch ca. ein- bis zweimal in der Woche für ca. fünf Minuten auf (vgl. neurologischen Bericht vom 3. Januar 2018 [Bg-act. 16/30]). Vor diesem Hintergrund ist auch hinsichtlich dieser Beschwerden nicht ersichtlich, inwiefern sie sich wesentlich auf die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Plattenleger auswirken sollten. 4.2.7. Schliesslich wurde aus medizinischer Sicht auch der beklagten Schlafproblematik nachgegangen. Während Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 21. Februar 2018 nach Vornahme eines modifizierten Schlafentzugs-EEG über fehlende Hinweise für eine epileptische Störung berichtete (Bg-act. 16/43), wies Dr. med. H.\_\_\_\_\_ zu den aufgetretenen Schlaflähmungen darauf hin, dass es sich hierbei meist um harmlose

- 28 - Schlafphänomene ohne Handlungsbedarf handelte (vgl. Bericht vom 4. Oktober 2018 [Bg-act. 34/5]). Obschon sie in der Folge beim Beschwerdeführer nach durchgeführter Polysomnographie eine vorwiegend obstruktive Schlafapnoe schweren Grades diagnostizierte (vgl. Bericht vom 8. November 2018 [Bg-act. 37/6]), welche aufgrund der damit einhergehenden Müdigkeit und Schläfrigkeit durchaus Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit haben könne, wies sie zugleich darauf hin, dass bei erfolgreicher Behandlung (mittels CPAP-Therapie) von keiner Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit auszugehen sei (vgl. Verlaufsbericht vom 18. Januar 2019 [Bg-act. 37/1]). Angesichts der Umstände, dass sich diese Prognose auf die letzte ärztliche Kontrolle durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ am 8. November 2018 bezog, der Beschwerdeführer sich bereits damals mit einer CPAP-Therapie einverstanden erklärt hatte, die Geräteversorgung mit direktem Aufgebot durch die Lungenliga Graubünden sowie einer Erstkontrolle nach ein bis zwei Wochen umgehend aufgeleitet wurde (Bericht vom 8. November 2018 [Bg-act. 37/6]) und sich daraufhin bei konsequent fortgeführter CPAP-Behandlung durch den Beschwerdeführer ein durchgehender Schlaf von sieben Stunden einstellen konnte (vgl. Verlaufsbericht Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 5. Juni 2019 [Bg-act. 43/2]), ist nicht zu beanstanden, wenn die RAD-Ärztin auf die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ ausgewiesene volle Arbeitsfähigkeit bei erfolgreicher Behandlung abstellte, zumal die Schlafapnoe suffizient und wirksam behandelt erschien (CR Bg-act. 59/20). So erachtete der Beschwerdeführer in der Beschwerde die Schlafapnoe denn auch selbst als inzwischen therapiert (Beschwerde S. 4 Ziff. 7). 4.2.8. Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm beigebrachten medizinischen Stellungnahmen nicht geeignet sind, auch nur geringe Zweifel an der RAD-Abschlussbeurteilung vom 19. August 2019 zu wecken. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn

- 29 - die Beschwerdegegnerin für den hier massgeblichen Zeitraum ab dem 1. Januar 2019 davon ausging, es liege kein Gesundheitsschaden mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dabei ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen sein soll. Eine Rückweisung an sie zur Einholung eines Gutachtens erübrigt sich daher. Auch im vorliegenden gerichtlichen Verfahren kann auf die beantragte Einholung einer umfassenden Expertise zur erlittenen Gehirnverletzung genauso wie auf die Edition der Akten im Verfahren S 19 130 verzichtet werden (die SUVA-Akten wurden denn auch bereits von der IV-Stelle ediert [Bg-act. 13]), zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (siehe zur antizipierten Beweiswürdigung: BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3). 5.1. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen, soweit darauf überhaupt eingetreten werden kann (vgl. dazu vorne E.1.3). 5.2. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf Fr. 700.-- fest. Diese sind nach Art. 73 Abs. 1 VRG vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen.

- 30 - 5.3. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

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