

NW_GERICHTE 29350 vom 14. Juni 2021

NW Gerichte, 2021-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_29350

FR: NW_GERICHTE 29350 du 14 juin 2021

IT: NW_GERICHTE 29350 del 14 giugno 2021

Regeste

Invalidenversicherung (SV 21 1)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 2. Dezember 2020, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 GerG [NG 261.1], welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Ziff. 2 GerG). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.1

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig

E. 2.2.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 2.2.3

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

E. 2.3

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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

E. 2.4

Sowohl das Administrativverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Sozialversicherungsgerichte von Amtes wegen ohne Bindung an die Parteibehörden für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (Urteil des BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

E. 2.5

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, 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.

E. 2.6

Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe ■ bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ■ ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.7

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 8. Januar 2021) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens ein- bzw. nachgereichte Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen).

3. 3.1 Die IV-Stelle sprach dem Beschwerdeführer gestützt auf das ABI-Gutachten vom 21. Juni 2018 eine Viertelsrente ab 1. November 2016 bis 31. Dezember 2018 und gestützt auf das ASIM-Gutachten vom 28. November 2019 eine Dreiviertelsrente ab 1. Januar 2019 zu. Eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Januar 2020 erachtete die IV-Stelle als nicht ausgewiesen.

E. 5

■ 26

(Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 6

■ 26

Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, 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 Beweismasswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 6.1.1

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, die vom Neurologen im ABI-Gutachten vom

E. 6.1.2

Der Beschwerdeführer scheint damit das ABI-Gutachten in Frage stellen zu wollen. Zunächst ist daran zu erinnern, dass das ABI-Gutachten vom 21. Juni 2018 den bis dahin ergangenen Verlauf erfasst. Im Dezember 2018 und April 2019 (IV-act. 170, 185) übermittelte die IV-Stelle dem ABI neue Unterlagen verbunden mit der Frage, ob sich anhand der neuen Fakten eine Änderung der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe. Der ABI-Gutachter H. ___ konnte die erhebliche Verschlechterung mittels objektivierbarer Befunde nicht erklären (vgl. E. 4.18). Im Weiteren stellte er nicht die Hilfsmittelversorgung an sich in Frage, sondern die Abgabe von «zwei (!) Rollstühlen». Diese Aussage führte letztlich dazu, dass die IV-Stelle (aus formellen Gründen) eine weitere Begutachtung veranlasste, um die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit der ABI-Begutachtung zu klären. Ob das SAHB effektiv eine Hilfsmittelabklärung vorgenommen hat, lässt sich den Akten nicht entnehmen (vgl. IV-act. 132 ff.). Richtig ist auch, dass im Zeitpunkt der ABI-Begutachtung noch keine Hautbiopsie veranlasst worden war, weshalb die ABI-Gutachter (bloss) eine sensomotorische, vorwiegend axonale Polyneuropathie diagnostizierten. Die histologische Bestätigung der small- and large-fibre-Polyneuropathie als Sonderform der Polyneuropathie lag erst im Zeitpunkt der ASIM-Begutachtung vor. Der Beschwerdeführer verkennet allerdings, dass grundsätzlich keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht (BGE 140 V 193 E. 3.1). Vielmehr ergibt sich letztere aus den vorhandenen objektivierten Funktionseinschränkungen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1). Alleine die diagnostische Bestätigung, dass eine Sonderform der Polyneuropathie vorliegt, vermag die Aussagen der ABI-Gutachter nicht in Frage zu stellen. Sowohl im ABI-Gutachten als auch im ASIM-Gutachten berichteten die Neurologen eine identische Befundlage und gewisse Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der berichteten Beschwerden und dem Schweregrad der Neuropathie in der Diagnostik. Unterschiedlich bewerteten sie jedoch die Arbeitsfähigkeit des Exploranden. Während das ABI eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestierte, erachtete das ASIM den Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit ab 1/2016 konstant zu 50% arbeitsunfähig. Im Zeitpunkt der ASIM-Begutachtung hatte der Beschwerdeführer bereits den Hinterstrangstimulator implantiert. Vor diesem Hintergrund ist die abweichend beurteilte Arbeitsunfähigkeit zumindest ab diesem Zeitpunkt erklärbar, auch wenn die ASIM-Gutachter offenliessen, weshalb sie dem

20 ■ 26

Beschwerdeführer trotz gleicher Befundlage, fehlenden echtzeitlichen fachärztlichen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und der festgehaltenen Progredienz der Erkrankung, eine konstante 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1/2016 attestierten. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle für den Zeitraum vor der Verschlechterung (Implantierung Hinterstrangstimulator: 29. Oktober 2018) auf das zeitnähere ABI-Gutachten vom 21. Juni 2018 abstellte und für den Zeitraum nach der Verschlechterung auf das ASIM-Gutachten vom 28. November 2019. Damit ist die jeweils gutachterlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. Demnach war der Beschwerdeführer ab Anmeldung bis zum 29. Oktober 2018 in einer angepassten Tätigkeit zu 70%, danach zu 50% arbeitsfähig.

E. 6.2.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, laut ASIM-Gutachten hätten die ABI-Gutachter der depressiven Erkrankung zu wenig Rechnung getragen. Auch wenn die Depression im Zeitpunkt der ABI-Begutachtung nur leicht ausgeprägt gewesen sei, müsse sie im Längsschnitt betrachtet werden, habe er doch diverse schwere depressive Episoden hinter sich. Im ASIM-Gutachten werde die depressive Störung zwar als remittiert bezeichnet, aber unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, da er unabhängig von seiner körperlichen Erkrankung eine erhöhte Vulnerabilität für Depressionen aufweise, die berücksichtigt werden müsse.

E. 6.2.2

Dr. med. K. __ hielt im psychiatrischen Teil des ABI-Gutachtens die Diagnose «rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)» fest. Die Arbeitsunfähigkeit müsse vor allem aus somatischer Sicht beurteilt werden, aus psychiatrischer Sicht könne keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Auch im Verlaufe könne keine anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit begründet werden. In den Akten sei auch eine rezidivierende depressive Störung aufgeführt und es sei gut möglich, dass im Rahmen des rezidivierenden Verlaufs der Depression auch eine schwerer ausgeprägte depressive Episode bestanden habe, punktuell dann auch mit einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Gemittelt über den Verlauf könne keine anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit begründet werden (IV-act. 136 S. 15 f.). Der psychiatrische Teilgutachter der ASIM, Dr. med. L. __, diagnostizierte eine «rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), DD rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0)». Aus

E. 6.3.1

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, da der RAD von einem «weitgehend identischen medizinischen Sachverhalt» wie zum Zeitpunkt der ABI-Begutachtung ausgegangen sei, stütze sich die IV für ihren Rentenentscheid nach Ablauf des Wartjahres im November 2016 zuerst auf das ABI-Gutachten vom 21. Juni 2018 und erst ab dem Zeitpunkt des Gesuchs für die Abgabe eines Rollstuhles am 23. Oktober 2018 auf das ASIM-Gutachten vom 28. November 2019. Dies sei aus rechtlicher Sicht nicht nachvollziehbar, habe doch die Hilfsmittelversorgung nichts mit der Rentenprüfung zu tun. Die beiden Gutachten seien in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits ab Leistungsbeginn im Jahre 2016 nicht miteinander vereinbar. Es sei daher widersprüchlich, für den Rentenanspruch wahlweise auf das eine oder andere Gutachten abzustellen. Ausserdem hätten die ASIM-Gutachter explizit auch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der ABI-Begutachtung bestätigt, sei doch sowohl die Rollstuhlversorgung wie auch die Implantation eines Hirnstrangstimulators im Rücken erfolgt. Sodann sei er vom 20. Dezember 2018 bis 6. März 2019 wegen einer erneuten depressiven Episode mehrere Monate psychiatrisch hospitalisiert gewesen. In diesem Lichte erscheine die Behauptung des ABI-Neurologen vom 23. Mai 2019, wonach eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht objektivierbar sei, unhaltbar.

E. 6.3.2

Die ASIM-Gutachter hielten an besagter Stelle (IV-act. 222 S. 5) bloss eine Verschlechterung seit dem ABI-Gutachten vom 21. Juni 2018 fest, definierten aber keinen genauen Zeitpunkt. Die IV-Stelle anerkannte in der Folge eine Verschlechterung seit der Implementierung des Hinterstrangstimulators im Oktober 2018. Die Abgabe der Rollstühle

erfolgte zufällig zeitgleich und war nicht ausschlaggebender Faktor. Weshalb der Beschwerdeführer an dieser Stelle erneut die nicht in die Beurteilung einbezogene Aussage des ABI-Neurologen bemüht, erschliesst sich nicht.

E. 6.4.1

Der Beschwerdeführer moniert die medizinische Aktenlage als sehr lückenhaft. Im Verlaufsbericht vom 23. April 2020 bestätigte der behandelnde Neurologe B. __ gegenüber der Hausärztin eine Abnahme der intraepidermalen Nervenfaserdichte, was zu einer deutlichen Zunahme der small-fibre-Neuropathie führe. Insofern sei eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Anfang 2020 festgestellt worden. Sodann habe der Arzt am 27. Mai 2020 gegenüber der IV-Stelle erklärt, dass die Befundprogredienz klinisch relevant und mit den vorhandenen Einschränkungen des Beschwerdeführers korrelierbar sei. Er habe ihm deshalb ab Anfang 2020 auch in adaptierter Tätigkeit nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 20% bis maximal 30% attestiert. Der RAD behaupte diesbezüglich lediglich, dass bloss die bekannte neurologische Problematik ohne anhaltende relevante Verschlechterung auszumachen sei. Dabei übersehe der RAD-Arzt aber die objektivierte Abnahme der Nervenfaserdichte, was wohl auf dessen fehlende fachmedizinische Qualifikation zurückzuführen sei. Ausserdem fehle für diese Behauptung eine nachvollziehbare Begründung; Arztberichte würden der Begründungspflicht unterliegen.

E. 6.4.2

In der erwähnten Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit vom 27. Mai 2020 (vgl. E. 4.22) erklärte der behandelnde Neurologe B. __ (bloss), was der in den Neurographien und im klinischen Status schwer objektivierbaren Verschlechterung der neuropathischen Schmerzsituation (die in den Gutachten thematisiert wurde) zugrunde liegt. Eine erhebliche und dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes lässt sich dem Schreiben nicht entnehmen. Fast zeitgleich hatte er gegenüber der Hausärztin als aktuellen Status «eine schleichende Schmerzprogredienz ohne objektivierbare Defizite» festgehalten. Die auf Wunsch des

E. 6.5

Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist somit festzuhalten, dass die jeweils gutachterlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit zu übernehmen ist. Demnach war der Beschwerdeführer ab Anmeldung bis zum 29. Oktober 2018 in einer angepassten Tätigkeit zu 70%, danach zu 50% arbeitsfähig.

7.

E. 7

■ 26

E. 7.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, die ASIM-Gutachter würden die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar und die Einschätzung der Vorgutachter als zu hoch erachten. Es dürfe mit Fug die Frage gestellt werden, in welcher Tätigkeit ein 54-jähriger Metallbauschlosser, der bislang in einer Spedition gearbeitet habe, mit den bestätigten Schmerzen zu 70% arbeiten und ein Jahreseinkommen von Fr. 43'000. ■ verdienen solle. Ausserdem würden auch keine konkreten Eingliederungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Sinngemäss bestreitet der Beschwerdeführer die wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt.

E. 7.2

Gemäss der hiervor zitierten Bestimmung von Art. 16 ATSG ist bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads von einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage auszugehen. Ein solcher Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften; er weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil BGer 8C_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 4 mit Hinweisen).

E. 7.3

Nach der Aktenlage kann der Beschwerdeführer körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit einer flexiblen Pausengestaltung in einem Pensum von 50% verrichten. Bei diesem Tätigkeitsprofil ist nicht ersichtlich, inwiefern seine verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar sein soll. Dies gilt umso mehr, als der ausgeglichene Arbeitsmarkt praxisgemäss auch zumutbare Hilfsarbeiten wie leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie oder die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, Sortierarbeiten oder eine Beschäftigung an einem Empfang oder als Telefonist beinhaltet, welche keinen besonderen Qualifikationen unterliegen. Diese Arbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch vorwiegend sitzend angeboten (Urteil BGer 8C_599/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 5.1 mit Hinweisen), womit der eingeschränkten Mobilität ausreichend Rechnung getragen wird. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass praxisgemäss im Rahmen der Invaliditätsbemessung unter Bezug der statistischen Durchschnittslöhne Verwaltung und Gericht nicht gehalten sind, die Arbeitsgelegenheiten auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt weitergehend zu konkretisieren (BGE 138 V 457 E. 3.1; Urteile BGer 8C_815/2019 vom 30. Januar 2020 E. 6.2; 8C_587/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 6.2). Die IV-Stelle hatte deshalb auch nicht zu prüfen, ob der Beschwerdeführer tatsächlich eine entsprechende Arbeitsstelle erhalten kann. Es reicht aus, dass solche auf dem Arbeitsmarkt vorhanden und nicht bloss theoretischer Natur

E. 7.4

Das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliden- und Valideneinkommen ist unbestritten und die Aktenlage gibt zu keiner weiteren Prüfung Anlass.

E. 7.5

Zusammenfassend ist demnach der verfügte Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. November 2016 (bei einem Invaliditätsgrad von 48%) und eine Dreiviertelsrente ab 1. Januar 2019 (bei einem Invaliditätsgrad von 63%) nicht zu beanstanden.

8. Insgesamt erweist sich die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2020 als rechtens, wes- halb die Beschwerde abzuweisen ist.

9.

E. 8

■ 26

3.2 Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, der Rentenentscheid beruhe auf un- vollständigen und widersprüchlichen medizinischen Abklärungen und die Schlussfolgerungen seien nicht begründet.

4. 4.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

4.2 Der Versicherte war vom 19. bis 27. Januar 2016 in der Wirbelsäulenchirurgie des Luzerner Kantonsspitals hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 19. Januar 2016 werden folgende Diag- nosen festgehalten (IV-act. 4): 1. Erneutes radikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit sensomotorischem Ausfallsyndrom mit/bei: St. n. Revisionsfenestration L4/5. Hämatomevaku- ation. Exstirpation eines Rezidiv-Vorfalles. Diskektomie rechts 11.12.2015 und tiefe Wundinfektion mit Nachweis von Staph aureus St. n. mikrotechnischer Fensterungsdekomp- ressions L4/5 rechts mit Nukleotomie 16.11.2015 bei rechts medio-lateraler Diskushernie mit Rezessusstenose L4/5 2. Chronische Bronchitis und Rheinke-Ödem bei Nikotinabusus 3. Rezidivierende Episoden depressiven Zustandes (unter Behandlung mit Mirtazapin und Cymbalta) 4. Obstruktives Schlafapnoesyndrom 5. Adipositas Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Bericht nicht.

4.3 Dr. med. B. __, Oberarzt am Neurozentrum des Luzerner Kantonsspitals (LUKS), notierte in seinem neuromuskulären Sprechstundenbericht vom 29. August 2016 (IV-act. 39, S. 15) als neurologische Diagnose «Progrediente, sensomotorische, eher axonale Polyneuropathie un- klarer Genese (EM 01/2016)». Es folgte ein stationärer Aufent- halt zwecks diagnostischer Ab- klärungen.

E. 9

■ 26

Im Austrittsbericht vom 27. September 2016 (IV-act. 39 S. 9) wurden als Diagnosen festgehal- ten: 1. Progrediente, sensomotorische, eher axonale Polyneuropathie unklarer Genese 2. Status nach radikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts bei medio-lateraler Diskushernie mit Rezessusste- nose L4/5 3. Rezidivierende depressive Störung 4. Chronische Bronchitis und Reinke-Ödem 5. Obstruktives Schlafapnoesyndrom 6. Status nach Hemikolektomie links Im Vergleich zum Vorbefund zeige sich eine Krankheitsprogredienz an den Beinen bei stabi- lem Befund im Bereich der oberen Extremitäten.

4.4 Im IV-Verlaufsbericht vom 31. Oktober 2016 (IV-act. 39) berichtet der Hausarzt Dr. med. C. __ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit März 2016. Die sensomotorische axonale Polyneuropathie sei progredient. Auch ein paraneoplastisches Syndrom und ein Ma- lignom werden diskutiert. Der Patient sei vor allem in auswärtiger Behandlung. Er habe ihm vom 20. Januar bis 17. April 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit,

vom 18. April bis 15. Mai 2016 eine 50%ige und vom 16. Mai bis 12. Juni 2016 eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

4.5 Der behandelnde Neurologe B.____ hielt im Sprechstundenbericht vom 6. Dezember 2016 einen klinisch leicht progredienten, e-physiologisch weitgehend stabilen Befund fest (IV-act. 43).

4.6 Dr. med. D.____, Leitender Arzt der Luzerner Psychiatrie, Klinik Z.____, hielt in seinem IV-Arztbe- richt vom 27. März 2017 (IV-act. 56) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung seit 2001, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) fest. Bei der gegenwärtigen Episode handle es sich um eine reaktive Depression infolge un- klarer Lage bei der schweren somatischen Erkrankung. Man gehe davon aus, dass der Verlauf vom weiteren Verlauf des körperlichen Zustandes abhängen werde. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Versicherte seit 26. Januar 2017 arbeitsunfähig. Im Austrittsbericht vom 31. März 2017 wird eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 9. April 2017 festgehalten (IV-act. 71 S. 3).

E. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilli- gung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kos- tenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Gerichtskosten werden den Parteien im Verhältnis ihres Unterliegens auferlegt. Im Lichte dieser Richtlinien werden die Gerichtskosten auf Fr. 800.■ festgesetzt, ausgangsge- mäss dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt, dem von ihm geleisteten Kostenvor- schuss in gleicher Höhe entnommen und sind damit bezahlt.

E. 9.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

E. 10

■ 26

4.7 Prof. Dr. med. E.____ und Dr. med. B.____ notierten im neuromuskulären Sprechstundenbericht vom 25. April 2017 (IV-act. 69) als Hauptdiagnose: «Subakute, progrediente, sensomotorische, vorwiegend axonale, large- und small fibre Polyneuropathie unklarer Genese, EM 01/2016» Im Vergleich zur klinisch und elektrophysiologisch weitgehend stabilen Voruntersuchung vor ca. einem Monat finde sich aktuell klinisch eine Progredienz der schweren, längenabhängigen Polyneuropathie mit zunehmender Affektion aller sensiblen Qualitäten und Ausbreitung Rich- tung medialem Thorax und zunehmenden distalen Paresen. Auch in der zwischenzeitlich er- gänzten ätiologischen Abklärung hätten sich keine Hinweise auf eine paraneoplastische, pa- raproteinämische oder autoimmun vermittelte Genese ergeben. Auf Wunsch des Patienten werde er für eine Zweitmeinung in die neurologische Klinik des Inselspitals Bern überwiesen.

4.8 Am 26. Juni 2017 erfolgte eine ambulante neurologische Untersuchung im Neurozentrum des Inselspitals Bern. Im entsprechenden Bericht vom 5. Juli 2017 (IV-act. 79 S. 1-7) nannten der leitende Arzt Dr. med. F.____ und die Oberärztin G.____ als Hauptdiagnose: Subakute, progrediente sensomotorische, vorwiegend axonale, large- und small fibre Polyneuropathie unklarer Ätiologie (ES 01/2016) – DD entzündlich – Klinisch:

Socken- bzw. Handschuhförmig verteilte Sensibilitätsstörung; Sensibilitätsstörung thorakal; ein- schießende neuropathische Schmerzen; gestörter Lagesinn mit konsekutiver Gangunsicherheit; symptoma- tisches restless legs syndrom

4.9 Im IV-Arztbericht des Psychiatrie-Teams Y.___ vom 17. Oktober 2017 (IV-act. 88) wird die Di- agnose einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig schwere Episode ohne psy- chotische Symptome (F33.2) festgehalten. Die depressive Symptomatik habe sich reaktiv in- folge seiner schweren somatischen Erkrankung entwickelt. Der Patient sei seit September 2016 vollumfänglich krankgeschrieben.

4.10 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 7. Juni 2018 (IV-act. 130) notierte der Neuro- loge B.___ als Hauptdiagnose:

E. 11

■ 26

«Subakut progrediente, sensomotorische, vorwiegend axonale, large- und small fibre Polyneuropathie, a.e. bei nicht-systemischer Vaskulitis des peripheren Nervensystems, EM 01/2016» Klinisch bestehe nach Abschluss von fünf Cyclophosphamid-Infusionszyklen und seither etab- lierter Erhaltungstherapie mit Azathioprin ein stabiler Verlauf, subjektiv mit leichter Verschlech- terung der kranialen Dysästhesien. Insbesondere die large-fibre-Komponente sei bei im We- sentlichen unveränderten Neurographien und klinischem Status im Langzeitverlauf stabil ge- blieben. Bezüglich der unveränderten bis progredienten neuropathischen Schmerzen werde der Patient derzeit bezüglich Hinterstrangstimulator evaluiert. Die psychische Situation sei kompensiert.

4.11 Das Gutachten der ABI (Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH vom 21. Juni 2018; IV-act. 136) beinhaltet die Fachgebiete Allgemeine innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Infektio- logie und Psychiatrie. Die involvierten Gutachter erhoben folgende Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33): 1. Sensomotorische, vorwiegend axonale Polyneuropathie (ICD-10 G60.9) – umfassende Abklärung in Bezug auf infektiologische Ursache ohne positive Befunde, insbesondere HIV-Infekt, Borreliose und Lues ausgeschlossen – Autoimmun-Polyneuropathie als Folge des tiefen St. aureus Wundinfektes wegen zeitlichem Zusam- menhang möglich, jedoch nicht beweisbar. Starke Progression der Neuropathie trotz vollständiger Abheilung der Infektion – Verdacht auf nicht-systemische Vaskulitis des peripheren Nervensystems – Besserung der Befunde unter Behandlung 2. Status nach mehreren operativen Eingriffen im Bereich der LWS – Status nach mikrotechnischer Fensterungsdekompression L4/5 rechts mit Nukleotomie 16.11.2015 bei rechtsmediolateraler Diskushernie mit Rezessusstenose L4/5 – Status nach Revisionsfenestration L4/5, Hämatomevakuuation, Existirpation eines Rezidivvorfalles, Diskektomie rechts am 11.12.2015 und tiefe Wundinfektion mit Nachweis von Staphylococcus au- reus Infektion – erneutes radikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit sensomotorischem Ausfallsyndrom – Status nach offener dorsaler Dekompression und Stabilisation TLIF L4/5 beidseits 20.1.2016

E. 12

■ 26

Als Leiden ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Auszug): 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ICD-10 F33.0 2. Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, unter BIPAP-Therapie ICD-10 G47.31 3. Status nach

Kieferosteomyelitis nach Zahnextraktion am Unterkiefer rechts (09/2016) ICD-10 K10.20 – ED: 03.01.2017 Nachweis einer chronischen Osteomyelitis in Knochenbiopsie 4. Status nach rezidivierender Divertikulitis – Lapraskopische Hemikolektomie links 2006 5. Hyperkeratotisch ■ rhagadiformes Hand- und Fussekzem ICD-10 L30.9 6. Typ IV Sensibilisierung auf Kaliumchromat, Nickelsulfat und Kobaltchlorid 7. Beginnendes metabolisches Syndrom 8. Lungenemphysem mit chronischer Bronchitis bei Nikotinabusus ICD-10 J43.9 9. chronischer Nikotinkonsum, 30 packyears ICD-10 F17.1 10. Anamnestisch Status nach Vorfusseingriff rechts zirka 2003 (Unispital Basel) ICD-10 Z98.8 11. Anamnestisch Status nach Eingriff am adominanten linken Mittelfinger vor etwa zehn Jahren ICD-10 Z98.8

Aus polydisziplinärer Sicht, so die Gutachter, resultiere aufgrund der neurologisch führenden Diagnose sowie der Beeinträchtigung am Bewegungsapparat seit März 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Metallbauschlosser. Für eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit, die vorwiegend sitzend und ohne längere Gehstrecken ist, bestehe seit Anfang 2017 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%. Das Pensum könne in 6-8 Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit stundenweise oder mit erhöhtem Pausenbedarf.

4.12 Der Neurologe B. __ liess sich auf Anfrage des Versicherten mit Mail vom 20. September 2018 zur ABI-Beurteilung vernehmen (IV-act. 156). Die Einschätzung des Kollegen H. __ sei insofern korrekt, als eine gewisse schwer zu erklärende Diskrepanz zwischen den sehr starken Beschwerden und den nicht so stark beeinträchtigten Messparametern und Untersuchungsbefunden bestünden. Diese Diskrepanz sei vielleicht auch das Versäumnis des Neurozentrums, da man sie immer mit der Affektion der kleinen, schwer messbaren Nervenfasern erklärt habe, aber nie den Versuch einer Objektivierung anhand genommen habe bzw. die geplante Untersuchung im SPZ vom Mai 2017 abgesagt habe.

E. 13

■ 26

4.13 Anhand der am 10. Oktober 2018 entnommenen Hautbiopsie wurde die diagnostizierte Small-Fibre-Neuropathie bestätigt (IV-act. 164 S. 2 ff.).

4.14 Am 29. Oktober 2018 wurde dem Versicherten ein Hinterstrangstimulator implantiert (IV-act. 164 S. 7).

4.15 Das Neurozentrum am Inselspital Bern erneuerte in seinem Sprechstundenbericht vom 4. Dezember 2018 (IV-act. 167) die im Juni 2017 (E. 4.8) gestellte Diagnose. Seit der letzten Konsultation am 26. Juni 2017 sei die Polyneuropathie weiter fortgeschritten, sodass der Patient vorab wegen der zugenommenen Ataxie ausser Haus einen Rollstuhl verwende. Die Gang- und Standataxie habe im Vergleich zur Voruntersuchung deutlich zugenommen, bei ansonsten stabilen sensiblen Befunden. Die erhobenen elektrophysiologischen Befunde seien grösstenteils stabil.

4.16 Vom 20. Dezember 2018 bis 6. März 2019 weilte der Versicherte in der Rehaklinik W. __ (IV-act. 184). Im Austrittsbericht vom 29. März 2019 wurde die Diagnose «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom» festgehalten.

4.17 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 12. März 2019 (IV-act. 182) bestätigte der Neurologe B. __ die Hauptdiagnose. Klinisch bestehe weiterhin eine relativ stabile Situation seit der letzten Kontrolle im Oktober 2018. Die Schmerzen seien seit der Implantation des Hinterstrangstimulators und der medikamentösen Anpassung in der Rehaklinik W. __ zwar erträglich, gleichwohl sei der Patient schmerzbedingt auf einen Rollstuhl angewiesen. Eine Prognose der small-fibre-Komponente der Polyneuropathie müsse angenommen werden, wenn gleich sich neurografisch und klinisch kein Hinweis auf eine floride Grossfaser-Affektion zeige. Die neuen sensomotorischen Defizite mit Allodynie im Versorgungsgebiet des N. peroneus seien am ehesten auf eine Druck-Neuropathie am linken Fibulaköpfchen zurückführbar. Leider sei die Erhaltungstherapie mit Azathioprin in der Reha-Klinik ohne Rücksprache vor ca. einem Monat gestoppt worden. Ein sofortiger Wiederbeginn werde empfohlen.

E. 14

■ 26

4.18 Das ABI beantwortete im Mai 2019 (Posteingang: 23. Mai 2019; IV-act. 193) die Ergänzungsfragen der IV. Die Gutachter hielten zusammengefasst fest, die Neuropathie-Diagnostik habe erwartungsgemäss die Diagnose bestätigt; im Bericht zur Hautbiopsie würden pathologische Befunde angegeben. Die Relevanz der Hautbiopsie werde kontrovers diskutiert; am Universitätsspital Basel würden derartige Untersuchungen nicht mehr durchgeführt, da deren Resultate unzuverlässig seien. Ausserdem führe die Small-Fibre-Neuropathie nicht zu einer Gangataxie. Die vom Versicherten geltend gemachte Verschlechterung der Gehfähigkeit sei mit dieser Diagnose nicht erklärbar. Der Bericht des Neurozentrums Inselspital halte eine deutliche Zunahme der Stand- und Gangataxie im Vergleich zur Voruntersuchung bei ansonsten stabilen sensiblen Befunden fest. Die Diagnose einer sensomotorischen, vorwiegend axonalen Polyneuropathie hätten sie bereits anlässlich der Begutachtung vom 21. Juni 2018 bestätigt. Die Untersuchungen des Inselspitals hätten rein objektiv keine relevante Verschlechterung ergeben. Es bestünden unverändert erhebliche Diskrepanzen zwischen den klinischen Befunden und den neuropsychologischen Untersuchungsergebnissen. Darauf werde im Bericht nicht eingegangen. Sodann sei im klinischen Status dokumentiert, dass die Sensibilität für Spitz-Stumpf-Diskrimination an der Hand aufgehoben sei. Jedoch hätten an den oberen Extremitäten neurografisch normal sensible Parameter objektiviert werden können. Der Explorand habe anlässlich dieser Untersuchung eine erhebliche Gangunsicherheit demonstriert. Es sei unklar, inwiefern auf eine Beobachtung in unauffälligen Situationen geachtet worden sei. Anlässlich der Untersuchung am ABI sei der Explorand praktisch normal gehfähig gewesen. Die zwischenzeitlich geltend gemachte erhebliche Verschlechterung sei mittels objektivierbarer Befunde nicht erklärbar, sodass unverändert von einer erheblichen Symptomverdeutlichung ausgegangen werden müsse. Es bestehe keine Veranlassung, die Beurteilung zu revidieren. Man erlaube sich die Frage, wie die IV darauf komme, dem Exploranden zwei (!) Rollstühle zuzusprechen.

E. 15

■ 26

4.19 Das Gutachten der ASIM (Swiss Academy of Insurance Medicine) vom 28. November 2019 (IV-act. 222) beinhaltet die Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Infektiologie und Psychiatrie. Die involvierten Gutachter erhoben folgende

Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33): 1. Subakut progrediente sensomotorische überwiegend axonale, large und small fiber Polyneuropathie. ED 01/2016 2. Restbeschwerden LWS bei/mit – Status nach mikrotechnischer Fensterungsdekompression L4/5 rechts mit Nukleotomie 16.11.2015 bei rechtsmediolateraler Diskushernie mit Rezessusstenose L4/5 – Status nach Revisionsfenestration L4/5, Hämatomevakuuation, Existirpation eines Rezidivvorfalles, Diskektomie rechts am 11.12.2015 und tiefe Wundinfektion mit Nachweis von Staphylococcus aureus Infektion – Status nach offener dorsaler Dekompression und Stabilisation TLIF L4/5 beidseits 20.1.2016 3. Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) – DD rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) Als Leiden ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Auszug): 1. Sekundäres Restless-legs-Syndrom bei Polyneuropathie 2. Status nach postoperativem tiefem Wundinfekt mit St. aureus, ED 11.12/2015 3. Status nach chronischer Osteomyelitis am rechten Unterkiefer, ED 11/2016 4. Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom 5. St. n. rezidivierender Divertikulitis – Lapraskopische Hemikolektomie links 2006 6. Lungenemphysem mit chronischer Bronchitis bei Nikotinabusus anamnestisch 7. Status nach Vorfusseingriff rechts zirka 2003 (Unispital Basel) ICD-10 Z98.8

Im vorliegend prominent interessierenden neurologischen Teilgutachten (IV-act. 222 S. 53 ff.) hielt der Gutachter u.a. fest, die Diagnose der Polyneuropathie sei gesichert, aber es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der berichteten Beschwerden (Schmerzen, Paresen, Gleichgewichtsstörungen) und dem Schweregrad der Neuropathie in der Diagnostik. Die Diskrepanz bestehe auch zwischen der Zunahme der Beschwerden, insbesondere 2017 und 2019, und den weitgehend stabilen Befunden in der Elektrophysiologie. Allerdings habe der Explorand alle vorgeschlagenen Therapien konsequent durchgeführt, was für einen Leidensdruck spreche, aber eine gewisse Symptomverdeutlichung nicht ausschliesse. Eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der Paresen in der Einzelkraftgradprüfung und beim Gehen sei bereits 2017 beschrieben worden. Auch in der heutigen Untersuchung sei insbesondere die Diskrepanz zwischen den Untersuchungsbefunden der Kraft und Koordination im Liegen oder Sitzen und der schweren Gangstörung nicht konklusiv. Bezüglich des St. n.

E. 16

■ 26

radikulären Schmerzsyndroms mit sensomotorischem Ausfallsyndrom gebe der Explorand keine Beschwerden an. Seit dem ABI-Gutachten hätten die Beschwerden zugenommen. Der Explorand sei aufgrund der permanenten Schmerzen, der distalen sensomotorischen Paresen und der Ataxie im Alltag stark beeinträchtigt. Seit 2017/2018 benutze er für längere Strecken einen Rollstuhl und könne nur noch wenige Meter frei gehen. Aus neurologischer Sicht sei der Explorand in der angestammten Tätigkeit seit dem Auftreten der ersten Symptome (01/2016) nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 50% gegeben. Konsensual wird der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Metallbauschlosser und Speditionsleiter als nicht mehr arbeitsfähig (seit 01/2016) erachtet. In einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit in vorwiegend sitzender Position mit der Möglichkeit der flexiblen Pausengestaltung bestehe seit 01/2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

4.20 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 23. April 2020 (IV-act. 239) bestätigte der be- handelnde Neurologe B. __ die Diagnose einer subakuten progredienten, sensomotorischen, vorwiegend axonalen, large- und small-fibre-Polyneuropathie, a.e. bei nicht-systematischer Vaskulitis des peripheren Nervensystems. Erwartungsgemäss zeige sich korrelierend zur zu- nehmenden neuropathischen Schmerzsymptomatik eine Abnahme der intraepidermale Ner- venfaserdichte und somit eine Zunahme der schmerzhaften small-fibre-Neuropathie bei in den letzten Kontrollen jeweils stabilen large-fibre-Polyneuropathie. Das Azathioprin (Immunsupp- ressivum) habe vor Kurzem abgesetzt werden können. Ätiologisch bleibe diese chronisch- schleichende Verschlechterung kryptisch.

4.21 Am 7. Mai 2020 (IV-act. 238) erklärte das ASIM, weshalb die Gutachter die retrospektiv beur- teilte Arbeitsfähigkeit des ABI als zu hoch erachten. In der Konsensbeurteilung sei festgehal- ten, dass sie den Exploranden führend aufgrund der progredienten Polyneuropathie als ein- geschränkt erachteten, wobei sich die neurologischen Beschwerden seit 2018 verschlimmert hätten. Es sei diesbezüglich eine leichte Verschlechterung eingetreten. Zu berücksichtigen sei bei der Arbeitsfähigkeit auch die aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung beste- hende psychische Vulnerabilität. Das ABI habe den durch die depressive Erkrankung im Längsschnitt verursachten Einschränkungen zu wenig Rechnung getragen. Im Zeitpunkt der ABI-Begutachtung habe der Explorand bereits 2-3 schwere depressive Episoden und eine

E. 17

■ 26

unbestimmte Anzahl depressiver Episoden durchgemacht. Dies hätte ihres Erachtens berück- sichtigt werden müssen. Aus ihrer Sicht hätte deshalb die Arbeitsfähigkeit als leicht (ca. 20%) reduziert angesehen werden müssen. Zudem habe sich der Gesundheitszustand des Explo- randen aus neurologisch-psychiatrischer Sicht seit der Vorbegutachtung verschlechtert. Die Therapie habe intensiviert werden müssen, es sei wenige Zeit nach der Vorbegutachtung im Oktober 2018 ein Hinterstrangstimulator implantiert worden und der Explorand sei auf einen Rollstuhl angewiesen. Auch hätten im Zeitpunkt der ASIM-Begutachtung weitere depressive Episoden vorgelegen.

4.22 Am 27. Mai 2020 meldete sich der behandelnde Neurologe B. __ unaufgefordert mit einer Stel- lungnahme zur Arbeitsfähigkeit (IV-act. 240). Der schleichenden Verschlechterung der neuro- pathischen Schmerzsituation und Belastbarkeit liege eine Abnahme der intraepidermalen Ner- venfaserdichte zugrunde und somit eine deutliche Zunahme der Kleinfaser-Neuropathie, die in Neurographien und im klinischen Status schwer objektivierbar sei. Die Befundprogredienz sei, in Rücksprache mit dem schweizweit führenden Experten auf dem Gebiet der Kleinfaser- erkrankung, Prof. E. __, klinisch relevant und mit den genannten Einschränkungen korrelierbar. Die zuletzt attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % erachte er als zu hoch bzw. eine Arbeitsunfä- higkeit von 70-80 % als eher realistisch. Zu bedenken sei auch, dass die Diskrepanz zwischen geringen äusserlichen Krankheitszeichen und der hohen neuropathischen Schmerzintensität gerade bei Kleinfaser-Neuropathien eklatant sei.

4.23 Der RAD-Arzt I. __ hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2020 (IV-act. 245) fest, bis zum September 2018 seien die Schlussfolgerungen des ABI massgeblich; die Äusserungen zum Rollstuhl seien erst nach der Gutachtenerstellung ergangen. Ab Oktober

2018 gelte die Sicht des ASIM, wobei aus versicherungsmedizinischer Sicht keine tatsächliche Verschlechterung (gleiche neurologische Befunde) beschrieben worden seien, insbesondere nicht rückwirkend in die Zeit der ABI-Begutachtung. Es sei jedoch am 29. Oktober 2018 ein Hinterstrangstimulator implantiert worden, was als gewisse Verschlechterung anerkannt werden könne und die leicht höher attestierte Arbeitsunfähigkeit des ASIM begründe. Der Bericht des KSL vom 27. Mai 2020 (E. 4.22) beschreibe die bekannte neurologische Problematik, ohne dass eine anhaltende relevante Verschlechterung auszumachen sei.

E. 18

■ 26

5. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 2.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche sind hier nicht gegeben. Weder das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 21. Juni 2018 noch jenes der ASIM vom 28. November 2019, das den Gesundheitszustand seit dem ABI-Gutachten vom 21. Juni 2018 zu beurteilen hatte, weisen formale oder inhaltliche Mängel auf. Sie sind, wie dies vom Bundesgericht verlangt wird, für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchten in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, setzten sich ausreichend mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und sind in den Schlussfolgerungen überzeugend. Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist, wie sich nachfolgend zeigen wird, nicht geeignet, die Beweiskraft der Gutachten in Frage zu stellen.

6.

E. 21

■ 26

psychiatrischer Sicht seien die funktionellen Auswirkungen zum aktuellen Zeitpunkt äusserst gering. Jedoch sei der erhöhten Vulnerabilität für Depressionen Rechnung zu tragen. Bei erhöhter Belastung, wie einer somatischen Erkrankung, könne sich jederzeit eine depressive Episode entwickeln, die dann höhere funktionelle Auswirkungen habe. Diese Neigung zur Depression sei zu berücksichtigen und bilde sich in der 20%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab (IV-act. 222 S. 7 und 41). Konsensual haben die ASIM-Gutachter die Arbeitsfähigkeit primär als durch die Polyneuropathie eingeschränkt erachtet, weshalb sich die gesamtmedizinische Beurteilung auf die neurologische Beurteilung stütze. Die übrigen Diagnosen würden darin aufgehen und seien nicht additiv. Im Ergebnis wurde in keinem der beiden Gutachten eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit festgehalten. Des Weiteren ist zu beachten, dass die blosser Möglichkeit einer depressiven Episode bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst. Eine relevante Verschlechterung wäre mittels Revisionsverfahren geltend zu machen.

E. 22

■ 26

E. 23

■ 26

Beschwerdeführers unterbreitete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruht somit nicht auf einer plausibilisierten Verschlechterung seines funktionellen Leistungsvermögens. Allein die Tatsache, dass der behandelnde Arzt die Arbeitsunfähigkeit insgesamt und insbesondere ohne nähere Begründung anders beurteilt, vermag nichts zu ändern. Ausserdem ist in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu beachten (vgl. dazu Urteile BGer 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2 und 8C_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2). Soweit der Beschwerdeführer mit dem fehlenden Facharztstitel «Neurologie» des RAD-Arztes Dr. med. I. ___ argumentiert, übersieht er, dass dessen Bericht nicht die vorhandenen fachmedizinischen Beurteilungen ersetzen soll. Er hatte bloss die Berichte des behandelnden Neurologen aus medizinischer Sicht zu würdigen und festzustellen, ob sie eine anhaltende Verschlechterung ausweisen. Angesichts dessen vermag der fehlende Facharztstitel der RAD-Stellungnahme nicht den Beweiswert abzuspochen (Urteil BGer 9C_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 3.2 mit Hinweis).

E. 24

■ 26

E. 25

Juni 2018 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

E. 26

■ 26

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