

## **SO\_GERICHTE VSBES.2015.289 vom 5. Juni 2019**

SO Obergericht, 2019-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.289\\_d20190605](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.289_d20190605)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.289 du 5 juin 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.289 del 5 giugno 2019

### **Regeste**

Invalidenrente

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Verfügung vom 9. Oktober 2015 sei aufzuheben.

#### **E. 2**

Die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zwecks Abklärung zurückzuweisen.

#### **E. 3**

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente auszurichten.

#### **E. 4**

Es seien von den behandelnden Ärzten aktuelle Verlaufsberichte einzuholen.

#### **E. 5**

Es seien die IV-Akten beizuziehen.

#### **E. 6**

Eventualiter seien die Akten der D.\_\_\_\_ beizuziehen. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2016 (A.S. 25) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Stellungnahme vom 10. März 2016 (A.S. 35 f.) hält der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Rechtsbegehren fest. 6. Mit Eingaben vom 18. April und 19. Mai 2016 (A.S. 40 und 42) reicht der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen ein. 7. Mit Verfügung vom 30. Juni 2016 (A.S. 50 ff.) wird bei der F.\_\_\_\_, [...], eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers (Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie, Ophthalmologie und ev. Endokrinologie/Diabetologie) veranlasst. 8. Mit Eingabe vom 18. Juli 2016 (A.S. 55 f.) reicht der Beschwerdeführer eine Beurteilung des Instituts für Arbeitsmedizin, Baden, vom 5. Juli 2016 ein. 9. Mit Schreiben vom 19. September 2016 teilt die F.\_\_\_\_ die Gutachternamen mit – Dr. med. G.\_\_\_\_ (Psychiatrie), Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ (Neurologie), Dr. med. I.\_\_\_\_ (Ophthalmologie) – und fügt an, ein endokrinologisch-diabetologisches Gutachten sei derzeit nicht vorgesehen. 10. Mit Eingabe vom 25. November 2016 (A.S. 67 f.) reicht der Beschwerdeführer einen von Dr. med. J.\_\_\_\_ erstellten Medikamenten-Behandlungsplan ein. 11. Mit Verfügung vom 30. Januar 2017 (A.S. 77) wird festgehalten, dass für die ophthalmologische Begutachtung des Beschwerdeführers neu Dr. med. K.\_\_\_\_, Co-Chefarzt der Augenklinik des L.\_\_\_\_, vorgesehen sei. 12. Mit Verfügung vom 31. März 2017 (A.S. 85 f.) wird festgestellt, dass gemäss telefonischer Auskunft der F.\_\_\_\_ erneut ein Gutachterwechsel für die ophthalmologische Abklärung des Beschwerdeführers erforderlich sei. Neu sei Dr. med.

M.\_\_\_\_, leitender Arzt Augenklinik, L.\_\_\_\_, für die Begutachtung vorgesehen. 13. Das polydisziplinäre Gutachten der F.\_\_\_\_ ergeht am 29. November 2017 (A.S. 89 ff.). 14. Mit Eingaben vom 9. Januar 2018 (A.S. 188 f.) und 9. Februar 2018 (A.S. 194 ff.) lassen sich die Parteien zum Gutachten vernehmen. Die Beschwerdegegnerin hält an ihrem Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen, fest. Der Beschwerdeführer stellt folgende Anträge: 1. Es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zuzusprechen. 2. Eventualiter sei in dieser Causa das funktionelle Leistungsvermögen im zweiten Arbeitsmarkt und deren wirtschaftliche Verwertbarkeit zu eruieren. 3. Eventualiter sei die Causa an die Begutachtungsstelle zurückzuweisen zwecks Auseinandersetzung mit den anderen ärztlichen Einschätzungen. 4. Eventualiter seien von den behandelnden Ärzten echtzeitliche Arztberichte einzuholen.

15. Mit Verfügung vom 9. März 2018 (A.S. 199 f.) wird festgestellt, dass das Gutachten der F.\_\_\_\_ vom 29. November 2017 keine taugliche Beweisgrundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung im vorliegenden Fall bilde, weshalb ein weiteres polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Ophthalmologie und ggf. Neuropsychologie bei der N.\_\_\_\_, eingeholt werden müsse. 16. Mit Verfügung vom 18. Juni 2018 (A.S. 222 f.) wird festgehalten, in Ergänzung der Verfügung vom 5. Juni 2018 werde die N.\_\_\_\_ zusätzlich mit der neuropsychologischen Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt. Für die Begutachtung des Beschwerdeführers seien folgende Personen vorgesehen: - Allgemeine Innere Medizin und Fallführung: Dr. med. O.\_\_\_\_ - Psychiatrie: Dr. med. P.\_\_\_\_ - Neurologie: Frau Dr. med. Q.\_\_\_\_ - Ophthalmologie: Dr. med. R.\_\_\_\_ - Neuropsychologie: Frau lic. phil. S.\_\_\_\_

17. Mit Eingabe vom 21. Juni 2018 (A.S. 225) reicht der Beschwerdeführer einen Bericht der C.\_\_\_\_, vom 6. Juni 2018 ein. 18. Das Gutachten der N.\_\_\_\_ ergeht am 21. Dezember 2018 (A.S. 239 ff.). 19. Mit Eingabe vom 28. Januar 2019 (A.S. 337 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer zum Gutachten vernehmen und stellt folgende Rechtsbegehren: 1. In Gutheissung der Beschwerde sei gestützt auf das Gutachten dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zuzusprechen. 2. Eventualiter sei das Gutachten bezüglich ICF und funktionellem Leistungsvermögen zu validieren. 3. Eventualiter sei ein Obergutachten anzuordnen. 4. Eventualiter sei durch eine Fachstelle allfällige Möglichkeiten im zweiten Arbeitsmarkt abzuklären. 20. Mit Eingabe vom 13. März 2019 (A.S. 351 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin ebenfalls zum Gutachten vernehmen und reicht eine Aktennotiz von Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 1. März 2019 ein. 21. Mit Schreiben vom 9. April 2019 (A.S. 362 f.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen. 22. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres

ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3. 3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe

ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei bezüglich des E.\_\_\_\_-Gutachtens einerseits darauf hinzuweisen, dass dieser medizinische Sachverhalt veraltet sei und die entsprechenden Berichte der behandelnden Ärzte gar nicht berücksichtigt würden. Auf der anderen Seite sei anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin sich auf ein Gutachten abstütze, das nicht den Verfahrensgarantien von BGE 137 V 210 entspreche. Sodann sei der Vorbescheid nicht so begründet, dass der Versicherte die Grundlagen, auf die sich der Entscheid abstütze, kenne und er die Überlegungen der Verwaltung nachvollziehen könne. Insbesondere seien bereits mit dem Vorbescheid vom 3. Februar 2015 die Korrespondenzen vom 6. November 2014, 7. Oktober 2014 und 15. Juli 2014 des Beschwerdeführers materiell gar nicht behandelt

worden. Zudem seien die Beurteilungen der aktuellen Berichte der Dres. J.\_\_\_\_, U.\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden. Ebenso beinhalte der Vorbescheid keine Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens. Schlussendlich beurteile der Vorbescheid die zumutbare verwertbare Resterwerbsfähigkeit und das progrediente Krankheitsbild gar nicht. Der Vorbescheid vom 3. Februar 2015 genüge somit in keiner Art und Weise dem Anspruch auf rechtliches Gehör und verletze zudem den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG. Sodann habe die Beschwerdegegnerin nicht von den anderen behandelnden Ärzten, wie Dr. med. J.\_\_\_\_ oder Dr. med. U.\_\_\_\_, W.\_\_\_\_, entsprechende Berichte eingeholt. Dr. med. U.\_\_\_\_ habe bereits mit Korrespondenz vom 18. November 2014 im Rahmen einer neurologischen Kopfwehsprechstunde verschiedene Diagnosen festgestellt, unter anderem den Diabetes Mellitus, arterielle Hypotonie, Erschöpfungszustand etc., was von der Beschwerdegegnerin jedoch nicht weiter geprüft worden sei (vgl. Bericht vom 18. November 2014 W.\_\_\_\_). Die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, erneut in Form eines Vorbescheides ihren Entscheid mitzuteilen, damit der Beschwerdeführer als betroffene Person das Recht gehabt hätte, sich vor Erlass eines in seine Rechtstellung eingreifenden Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dies geeignet sei, den Entscheid zu beeinflussen (vgl. BGE 132 V 368). In casu habe die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung erlassen, ohne überhaupt einen Vorbescheid zu den neuen Sachverhalten zu erlassen. Des Weiteren sei mit Korrespondenz vom 16. April 2014 an die involvierte D.\_\_\_\_ das E.\_\_\_\_-Gutachten moniert, aber auch auf die entsprechenden Diagnosen, wie Erschöpfungszustand, Schlafapnoe etc. hingewiesen worden. Zudem sei der Beschwerdegegnerin der Bericht der Neurologischen Kopfwehsprechstunde der W.\_\_\_\_ vom 18. November 2014 bekannt gewesen. Sie habe diese sachverhaltsrelevanten Elemente jedoch nicht berücksichtigt. Sodann sei das E.\_\_\_\_-Gutachten ein reines Parteigutachten der D.\_\_\_\_ und könne in casu nicht als beweiskräftiger Bericht beigezogen werden. Formell korrekt hätte von der D.\_\_\_\_ ein Einigungsverfahren durchgeführt werden müssen. Im Übrigen erhebe und prüfe das E.\_\_\_\_-Gutachten gar nicht alle Befunde des Beschwerdeführers und die entsprechenden invalidisierenden Einschränkungen. Der Beschwerdeführer habe seit April 2014 eine durchgehende andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Schliesslich sei auf die Beurteilung vom 5. Juli 2016 des X.\_\_\_\_, hinzuweisen. Der Arbeitsmediziner mache einen entscheidenden Unterschied zwischen dem ersten und dem zweiten Arbeitsmarkt und stelle fest, dass der Beschwerdeführer aus arbeitsmedizinischer Hinsicht derart viele Einschränkungen habe, dass er unter den Bedingungen des primären Arbeitsmarktes nur marginal arbeitsfähig sei. Diese Einschränkungen seien vor allem im Bereich Arbeitsleistung, Verlangsamung, erhöhter Pausenbedarf, erhöhte Ermüdbarkeit etc. feststellbar. Der Arbeitsmediziner gehe von einer maximal zumutbaren Präsenzzeit von 4 – 6 Stunden aus, jedoch bei einer Leistungsfähigkeit, die stark bis sehr stark eingeschränkt und mit 50 – 75% zu veranschlagen sei. Zudem gehe aus dem Bericht der C.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2018 (A.S. 226) hervor, dass ein verschlechterter Visus mit einem Wert von 0.25 – 0.3 vorliege. Diese Werte stellten eine hochgradige Sehbehinderung dar. In prozentualer Veranschlagung bedeutet das, dass der Beschwerdeführer 25 % – 30 % der normalen Sehkraft habe. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit Dezember 2013 (Beginn der einjährigen Wartezeit) 40 % in seiner

Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. Seine bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sowie jegliche anderen Tätigkeiten seien ihm aus medizinisch-theoretischer Sicht zu 60 % zumutbar. Aus diesem Grund habe der Beschwerdeführer nach Ablauf der Wartezeit, ab Dezember 2014, Anspruch auf eine Viertelsrente. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorgenommen worden. Zu den Einwänden des Beschwerdeführers sei festzuhalten, dass die Anforderungen bezüglich der Begründung an den Vorbescheid weniger hoch seien als an die Verfügung. Es reiche nicht aus, die massgebenden Normen zu zitieren. Vielmehr sei kurz festzuhalten, worauf sich der Entscheid abstütze und welche Schlussfolgerungen daraus gezogen würden. Der Vorbescheid entspreche diesen Anforderungen, indem nebst den gesetzlichen Normen das Abklärungsergebnis aufgeführt werde und die daraus resultierenden Schlüsse für den Versicherten erläutert würden. Zudem sei es der IV-Stelle nicht verwehrt, im Rahmen der Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen Unterlagen bei Dritten einzuholen. Diese seien in die Beurteilung des Leistungsanspruches miteinzubeziehen, auch wenn bei deren Erstellung die Parteirechte gemäss Art. 44 ATSG allenfalls nicht gewahrt worden seien. Der Umstand, dass eine private Versicherung, vorliegend die Mobiliar, das Gutachten zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht in Auftrag gegeben habe, spreche jedenfalls nicht für sich allein gegen seine Überzeugungskraft. Vielmehr werde dieser Umstand bei der Beweiswürdigung berücksichtigt, indem geringe Zweifel an der Schlüssigkeit eines Gutachtens ausreichen, die zusätzliche Abklärungen erforderlich machen würden. Das E.\_\_\_\_-Gutachten sei aber schlüssig und nachvollziehbar, und zwar in dem Sinne, als daraus eine versicherungsmedizinische Beurteilung der Gesundheit und insbesondere der Arbeitsfähigkeit möglich sei. Sodann habe die IV-Stelle verschiedene medizinische Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. J.\_\_\_\_ (vom 15. Mai 2012 und 2. Juli 2013), Berichte der W.\_\_\_\_ (vom 15. März 2013), einen neurologischen Untersuchungsbericht durch Dr. med. Y.\_\_\_\_ (vom 19. Oktober 2012) sowie Berichte der C.\_\_\_\_ (13. Dezember 2013 und 1. April 2015) eingeholt. Mit Einholung des aktuellen Berichtes bei der C.\_\_\_\_ sei dem Einwand entsprochen worden. Weiter sei das E.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. April 2014 (psychiatrisch und neurologisch) sowie das zusätzliche ophthalmologische Teilgutachten – beide im Auftrag der Mobiliar durchgeführt – eingeholt worden. Diese Berichte, sowie das Gutachten seien dem Regionalen ärztlichen Dienst, der Fachärztin Neurologie Dr. med. T.\_\_\_\_ zur ausführlichen Beurteilung und Stellungnahme vorgelegt worden. Diese sei in ihrer umfangreichen versicherungsmedizinischen Beurteilung zum Schluss gekommen, dass der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt sei und weitere Abklärungen im Sinne eines weiteren Gutachtens nicht angezeigt seien. Dementsprechend sei eine Verletzung der Untersuchungsmaxime nicht ersichtlich. Des Weiteren sei das Gutachten der Fachärztin Neurologie FMH Dr. med. T.\_\_\_\_ zur Beurteilung im Sinne der bundesgerichtlichen Indikatorenrechtsprechung vorgelegt worden. In Ihrer ausführlichen Stellungnahme vom 26. August 2015 komme sie zum Schluss, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht, unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren, keine andere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen sei. Die Darlegungen im E.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. April 2014 (Psychiatrie/Neurologie) und 11. Juli 2014 (Ophthalmologie) erlaubten eine schlüssige Beurteilung der Neurasthenie im Lichte der massgeblichen Indikatoren. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die funktionellen Auswirkungen der Neurasthenie sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Daher genieße das Gutachten auch unter

Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung vollen Beweiswert. 6. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, der Vorbescheid sei nicht so begründet, dass der Versicherte die Grundlagen, auf die sich der Entscheid abstütze, kenne und er die Überlegungen der Verwaltung nachvollziehen könne. Insbesondere habe sich die Beschwerdegegnerin nicht mit seinen Vorbringen und den Beurteilungen der aktuellen Berichte der Dres. J.\_\_\_\_, U.\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. 6.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisunterlagen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. 6.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidswesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen). 6.3 Auch ein Vorbescheid ist zu begründen, wobei die Anforderungen nicht so hoch wie beim Erlass einer Verfügung sind, weil sich dort die IV-Stelle ausdrücklich mit den entscheidswesentlichen Einwänden auseinandersetzen muss oder aber zumindest die Gründe anzugeben hat, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann. Dies bedeutet aber nicht, dass es genügt, in einem Vorbescheid bloss die massgebenden Normen zu zitieren. Vielmehr ist zusätzlich zu diesen kurz festzuhalten, auf welche (medizinischen) Unterlagen sich der Vorbescheid abstützt und welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden. Ansonsten ist es der versicherten Person nicht möglich, ihre Einwände sachgerecht vorzubringen (Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, Rz. 2136). Diesen Voraussetzungen genügt der Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Februar 2015 nicht. So werden darin keine medizinischen Unterlagen aufgeführt, auf welche sich der Vorbescheid stützt. Jedoch sind die Beweggründe des Entscheids und die in diesem Zusammenhang wesentlichen medizinischen Akten aus der Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 26. August 2015 (IV-Nr. 111) ersichtlich, welche dem Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens zugestellt wurde. Zu dieser Stellungnahme hätte sich der Beschwerdeführer bis zum Erlass der Verfügung vom 9. Oktober 2015 äussern können. Damit wurde dem Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens Genüge getan. So soll dieses eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7; BBl 2005 S. 3084 f., vgl. dazu E. 2.6.2; Hans-Jakob Mosimann, Vorbescheidverfahren statt Einspracheverfahren in der IV, in: SZS 2006 S. 277 ff.). Somit ist eine Verletzung des

rechtlichen Gehörs zu verneinen. 7. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund der Neuanschuldung vom 2. Juli 2012 mit Verfügung vom 9. Oktober 2015 zu Recht eine Viertelrente zugesprochen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungs- bzw. Aufhebungsverfügung – vorliegend am 10. April 2001 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 9. Oktober 2015 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Im Zeitraum der erstmaligen Leistungsaufhebung mit Verfügung vom 10. April 2001 (IV-Nr. 7) liegen keine Arztberichte vor. Während die Viertelrente per 1. Juli 1993 aufgrund des eingeschränkten Sehvermögens (hohe Myopie beidseits sowie eine angeborene endotheliale polymorphe Dystrophie; a-IV-Nr. 1.1 S. 4) zugesprochen wurde, erfolgte die Rentenaufhebung per Ende Mai 2001 denn auch nicht aufgrund einer medizinisch erstellten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, sondern aufgrund des unbestrittenen Umstandes, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2001 wieder in einem vollen Pensum arbeitstätig war und damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielte (vgl. IV-Nrn. 3 – 5). Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt auch wieder zu 100 % arbeitsfähig war. Für gegenteilige Annahmen bestehen keine Anhaltspunkte.

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2015 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Im Bericht der C.\_\_\_\_, vom 16. März 2012 (IV-Nr. 54, S. 12) wurden eine chronische Blepharokonjunktivitis, beidseitig, eine exzessive Myopie, sowie refraktive Amblyopie diagnostiziert. Dazu wurde ausgeführt, die frontalen Kopfschmerzen könnten durchaus mit der schweren Benetzungsstörung in Verbindung stehen unter der der Beschwerdeführer nach jahrzehntelangem Kontaktlinsentragen leide. Es zeigten sich zudem eine chronische Blepharitis mit zirkular vorgezogenen Randschlingennetzen und ein deutlicher kontaktlinsenbedingter Endothelschaden an beiden Augen.

7.2.2 Im Bericht des Z.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 14. Mai 2012 (IV-Nr. 20.2, S. 13) wurden Kopfschmerzen gemischten Charakters – teils Spannungskopfschmerz, teils Migräne ohne Aura sowie ein Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom – diagnostiziert. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers hätten die Beschwerden 2007 mit langsam zunehmenden occipital betonten Kopfschmerzen begonnen. Aktuell bestünden seit ca. 6 Monaten ohne erkennbare Auslöser (kein Schädel-Hirntrauma, kein Infekt) kontinuierlich holocephale Kopfschmerzen mit anstrengungs-induzierter frontal-drückender Akzentuierung mit zusätzlich Müdigkeitsgefühl ohne Schläfrigkeit (apathisch), Trommel, Kraftlosigkeit, Übelkeit, teilweise mit Photo- und Phonophobie. Zur Beurteilung wurde festgehalten, in der erstmaligen Vorstellung aufgrund kontinuierlich anhaltender holocephaler Kopfschmerzen mit anstrengungs-induzierter Exazerbation liessen sich in der körperlichen Untersuchung neurologisch unauffällige Befunde objektivieren.

7.2.3 Mit Arztzeugnis vom 15. Mai 2012 (IV-Nr. 11) hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH für Allgemeinmedizin, fest, der Beschwerdeführer sei seit 16. Februar 2012 permanent 100 % arbeitsunfähig wegen einer Langzeiterkrankung, voraussichtlich bis mindestens Ende Juni 2012.

7.2.4 Im Bericht der AA.\_\_\_\_, vom 13. Juli 2012 (IV-Nr. 30.6, S. 9) wurde ein schweres obstruktives Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndrom diagnostiziert. Unter «weitere Diagnosen» wurden eine ausgeprägte

Myopie beidseits (-20 Dioptrien) sowie eine kongenitale Hornhautdystrophie aufgeführt.

7.2.5 Im neurologischen Untersuchungsbericht von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 23. Oktober 2012 (IV-Nr. 30.4) wurde ausgeführt, es liege ein chronisches Kopfweg vom Spannungstyp vor, wie dies bereits schon 2008 festgestellt worden sei. Eine Mitbeteiligung von Migränekomponenten, wie sie die Kopfwegsprechstunde im Z.\_\_\_\_ erwähne, sei für ihn, Dr. med. Y.\_\_\_\_, nicht überzeugend. Die sehr ausgeprägte Selbstlimitierung mit der Angabe, dass schon bei kleinsten Anstrengungen das Kopfweg zunehme mit Schwindel und Nausea, passe in dieser Art nicht zum Migränebegriff. Es falle auch auf, dass anamnestisch in den letzten 5 Jahren nie eigentliche Migräneattacken beschrieben würden, nie periodisch auftretendes Kopfweg sondern immer nur vom holocephalem Kopfweg die Rede sei. Das Ausmass der Schmerzintensität sei schwer fassbar. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung mit Relevanz für das Kopfweg liege nicht vor. Eine organische Pathologie des Nervensystems habe bei verschiedenen Untersuchungen inklusive MRI ausgeschlossen werden können.

7.2.6 Im Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, W.\_\_\_\_, vom 15. März 2013 (IV-Nr. 34) wurden eine chronische Migräne, DD Spannungskopfschmerzen, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2, oral substituiert, sowie eine Nephrolithiasis diagnostiziert. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers seien die Kopfschmerzen viel besser, so gut wie nie in den letzten 6 Jahren. Aktuell habe er 2 – 4-mal pro Woche für einen halben Tag einen leichten, erträglichen Kopfdruck.

7.2.7 Im Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, W.\_\_\_\_, vom 23. April 2013 (IV-Nr. 54, S. 7) wurde ausgeführt, gemäss den Angaben des Beschwerdeführers gehe es ihm momentan sehr schlecht, seit einer Woche arbeite er nicht mehr. Im Vordergrund stehe die ausgeprägte Müdigkeit und fehlende Belastbarkeit. Er habe vorletzte Woche versucht über 3 Stunden im alten Arbeitsbereich zu arbeiten. Dabei sei es ihm rasch schwindlig und übel geworden und er habe starke Kopfschmerzen gehabt. Er sei durch die schnelle Arbeit überfordert (das aber schon seit vielen Jahren). Zur Beurteilung wurde festgehalten, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere im ursprünglichen Einsatzbereich sei misslungen. Der Beschwerdeführer scheine durch die Anforderungen aktuell nachvollziehbar überfordert. Für ihn, Dr. med. U.\_\_\_\_, zeigten sich Züge einer affektiven Störung (ausgeprägte Müdigkeit, Schlafstörungen, Lustlosigkeit, Gedankenkreisen), welche nicht durch die metabolische Stoffwechsellage oder das Schlafapnoesyndrom (hier wäre eine erhöhte Tagesschläfrigkeit zu erwarten), zu erklären seien.

7.2.8 Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2013 (IV-Nr. 69) wurden folgende Diagnosen gestellt: Seit 15. November 2013 bestünden ein Makulaforamen III° bei vitreoretinalem Traktionssyndrom am linken Auge sowie seit Kindheit eine Myopia per magna beidseits und eine endotheliale HH-Dystrophie beidseits. Seit drei Monaten bestehe eine Sehverschlechterung. Am 9. Dezember 2013 seien eine Pars plana Vitrektomie, eine Endolaserbehandlung und ein intraoculäres Einbringen von Oxane am linken Auge bei Makulaforamen durchgeführt worden. Aktuell erkenne der Beschwerdeführer am linken Augen nur Bewegungen in einem Meter, Finger könnten aktuell nicht gezählt werden. Der Visus auf dem rechten Auge sei bei bereits bekanntem Leiden bei 0.5. 7.2.9 Im Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 1. April 2014 (IV-Nr. 77, Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit • Keine Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Neurasthenie (ICD-10 F48.O) 2. Chronische Cephalaea V - aktuell chronischer Spannungskopfschmerz im Vordergrund stehend (ICD-10 G44.2) - funktionelle Überlagerung im Rahmen eines Erschöpfungssyndroms 3. Obstruktives

Schlafapnoesyndrom unter CPAP-Therapie (ICD-10 G47.31) 4. Schwere Myopie (ICD-10 H.44) Aus neurologischer Sicht seien die Kopfschmerzen des Exploranden, welche im Vordergrund stünden, phänomenologisch aktuell einem chronischen Spannungskopfschmerz zuzuordnen. Eine funktionelle Überlagerung sei anzunehmen, dies beispielsweise im Rahmen eines Erschöpfungssyndroms. Das obstruktive Schlafapnoesyndrom sei adäquat unter CPAP-Therapie behandelt. Ferner sei eine schwere Myopie zu verzeichnen. Der Lesevisus betrage links 0,0, rechts 0,8. Aus somatisch-neurologischer Sicht seien die vorgebrachten Beschwerden des Exploranden organisch nicht fassbar. Es bestehe keine Einschränkung aus neurologischer Sicht. Aus psychiatrischer Sicht sei das unspezifische Beschwerdebild des Exploranden formal einer Neurasthenie zuzuordnen. Eine Komorbidität liege nicht vor, insbesondere keine affektive Störung und auch keine Persönlichkeitsstörung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Exploranden weder psychiatrisch noch neurologisch eine wesentliche Diagnose festgestellt werden könne, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte. Auch in der Vergangenheit könne keine längerdauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit erkannt werden. 7.2.10 Im Bericht der C. \_\_\_ vom 4. Juli 2014 (IV-Nr. 81, S. 6) wurde festgehalten, es bestehe eine beidseitige Hornhautdystrophie. «Fernvisus rechtes Auge -0.25, -0.75, 55° = 0.4. Linkes Auge, Fingerzählen in einem Meter, Brillenglaskorrektur besser nicht. Augeninnendruck rechtes Auge zuletzt immer im Bereich der Norm. Linkes Auge 17 mmHg. Vorderaugenabschnitte: beidseits Bindehaut reizfrei. Hornhaut mit bekannten dystrophen Ablagerungen. Bekannte Globus ähnliche Hornhautkonfiguration (Topographie vom 17. Februar 2014). Augenhintergrund rechtes Auge: Papille randscharf vital. Am hinteren Pol deutlich zu erkennen Dehnungseffekte durch die hoch ausgeprägte Kurzsichtigkeit. Netzhaut vollständig anliegend. Linkes Auge: Papille randscharf, vital. Netzhaut vollständig anliegend. Lochränder des Makulaforamens unter Silikon-Endotamponade vollständig anliegend.» An beiden Augen bestehe eine deutliche Einschränkung des Sehvermögens durch die beschriebenen pathologischen Veränderungen der Netzhaut und der Hornhaut. Wesentliche Verbesserungen des Befundes und der Funktion seien auf Dauer nicht zu erwarten. 7.2.11 Im ophthalmologischen Zusatzgutachten des ABI vom 11. Juli 2014 (IV-Nr. 83) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Exzessive Myopie (ICD-10 H44,201) beidseits 2. Durchgreifendes Makulaforamen (linkes Auge) (ICD-10 H35.3) 3. Cataracta incipiens (linkes Auge) (ICD-10 H25.O) 4. Silikonölendotamponade (linkes Auge) 5. Aussenschielen (linkes Auge) (ICD-10 H50.1)

#### **E. 7**

Chronische Benetzungsstörung (ICD-10 H19.3)

#### **E. 8**

Hornhautdystrophie (M. Schlichting) (ICD-10 H18.507G) Zur Beurteilung wurde festgehalten, es bestehe am linken Auge ein Makulaforamen, welches zu einer massiven Herabsetzung der Sehschärfe geführt habe. Darüber hinaus bestehe an beiden Augen eine Hornhautdystrophie, welche zusätzlich eine Herabsetzung der Sehschärfe und eine vermehrte Blendungsempfindlichkeit verursache. Es bestehe kein Stereosehen. Aufgrund der reduzierten Sehschärfe am funktionell letzten Auge bestehe eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle in der freien Wirtschaft verwertbaren beruflichen Tätigkeiten, welche durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellten. Da der Explorand

über kein Stereosehen verfüge, seien potentiell gefährliche Arbeitsplätze (z.B. an schnell drehenden Maschinen oder auf Gerüsten) für den Exploranden nicht geeignet. 7.2.12 Im Bericht von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, W.\_\_\_\_, vom 18. November 2014 (IV-Nr. 118, S. 23) wurde angeführt, die Kopfschmerzen erfüllten die Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft für eine chronische Migräne, aktuell wieder mit Medikamentenübergebrauch. Sicherlich wäre nochmals eine eingehende schlafmedizinische Abklärung sinnvoll, da die lange Schlafdauer (Hypersomnie) bei adäquat eingestelltem CPAP-Gerät noch ungeklärt sei. Insgesamt sehe er, Dr. med. U.\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit, von Seiten der Visuseinschränkung auf die angestammte Tätigkeit als 100 % eingeschränkt (arbeiten an schnellen Maschinen, Stereosehen), für andere Tätigkeiten auf mindestens 40 % Arbeitsunfähigkeit. Zusätzlich mindestens 10 – 20 % von Seiten des schweren Schlafapnoesyndroms und der chronischen Migräne. Insgesamt sehe er beim Beschwerdeführer eine Restarbeitsfähigkeit von 30 – 40 % in einer angepassten Tätigkeit und nicht zuletzt auch zu therapeutischen Zwecken. 7.2.13 Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 1. April 2015 (IV-Nr. 102, S. 5) wurde ausgeführt, seit Dezember 2013 bestehe eine starke Sehverschlechterung bei zentralem Netzhautloch, welches operativ versorgt worden sei. Seither sei das Sehvermögen links unverändert limitiert. Es würden folgende Befunde erhoben: «Visus rechts mit Kontaktlinse 0.5, links Handbewegungen. Augendruck im Normbereich. Hornhaut mit Endotheldystrophie, mässig ausgeprägt beidseits. Beidseits stark verkippter Sehnerv, Myope Dehnung mit Pigmentverschiebungen links > rechts, Netzhaut anliegend.» Die Myopie-bedingte Sehschwäche sei schon immer vorhanden gewesen. Der Visus links habe früher bestenfalls 0.3 betragen. Jetzt bestehe funktionelle Einäugigkeit, die keine Arbeiten zulasse, die ein räumliches Sehen benötigten. Eine Besserung der Situation sei nicht möglich. Die funktionelle Einäugigkeit bedeute einen höheren Konzentrationsaufwand und dadurch eine verminderte Leistungsfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer rein aus augenärztlicher Sicht maximal 3 Std/Tag zumutbar. 7.2.14 Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 12. April 2014 (IV-Nr. 127, S. 3) fest, hiermit bestätige er als behandelnder Hausarzt, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem 16. Februar 2012 ein invalidisierender Gesundheitszustand vorgelegen habe und dieser ununterbrochen bis heute weiterbestehe. Ab dem 16. Februar 2012 habe der Beschwerdeführer wegen zunehmender gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben werden müssen. 7.2.15 In der arbeitsmedizinischen Beurteilung von Dr. med. AB.\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 132, S. 4) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Erkrankungen deutlich eingeschränkt arbeitsfähig. Dies sei in erster Linie durch seine Augenerkrankung mit starker Verlangsamung sowie vermehrter Ermüdung durch jegliche Tätigkeiten gegeben. Es gebe im gesamten Arbeitsmarkt keine Tätigkeiten, bei denen man auf den Einsatz der Augen verzichten könne. Auch gebe es keine Tätigkeiten, bei denen man es sich leisten könne, auf das Fokussieren zu verzichten. Genau wie im Alltag wäre er im Arbeitsleben ständig darauf angewiesen, seine Restsehfähigkeit mit erhöhter Anstrengung einzusetzen. Der Beschwerdeführer würde bei allen Tätigkeiten stärker ermüden und sich schliesslich erschöpfen. In dieselbe Kerbe schlage die chronische Migräne und auch das Schlafapnoesyndrom, welche beide eine erhöhte Grundmüdigkeit bewirkten. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten aus seiner Sicht der Diabetes sowie die arterielle Hypertonie. Selbstverständlich könne auch der Diabetes, gerade durch die Insulin Therapie, kurzfristige Verschlechterungen der Leistungsfähigkeit bewirken. Diese schienen im

Zusammenhang der übrigen Diagnosen jedoch untergeordnet zu sein und bedingen keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Aus arbeitsmedizinischer Sicht weise der Beschwerdeführer derart viele Einschränkungen, vor allem auch im Bereich Arbeitsleistung, Verlangsamung, erhöhter Pausenbedarf, erhöhte Ermüdbarkeit, auf, dass er unter den Bedingungen des primären Arbeitsmarktes marginal arbeitsfähig sei. Er, Dr. med. AB.\_\_\_\_, gehe von einer maximal zumutbaren Präsenzzeit von 4 – 6 h aus. Dabei sei jedoch die Leistungsfähigkeit stark bis sehr stark eingeschränkt. Er schätze diese Einschränkung auf 50 – 75 %. D.h. er rechne damit, dass der Beschwerdeführer für dieselben Tätigkeiten im Vergleich mit einem gesunden Mitarbeiter aufgrund seiner Einschränkungen mehr als doppelt so lange brauche resp. weniger als halb so produktiv sei. Das ergäbe rein rechnerisch eine totale Arbeitsfähigkeit unter normalen Bedingungen des primären Arbeitsmarktes von 12.5 bis 37.5 % (50 – 75 % Arbeitsfähigkeit bezüglich Zeit x 25 – 50 % Arbeitsfähigkeit Leistung). Im sekundären Arbeitsmarkt an einem chronischen Schonarbeitsplatz wäre die Arbeitsfähigkeit höher. Dies sei jedoch nicht relevant in der Betrachtung, da sich die invaliden Einkommen auf primäre Arbeitsplätze beziehen würden. 7.2.16 Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2018 (A.S. 226) wurde ausgeführt, es zeigten sich stabile Befunde bezüglich der Hornhaut. Der Visus sei im Vergleich zum Vorbefund vom 9. Februar 2017 minimal schlechter mit 0.25 vs. 0.3. Der Unterschied sei am ehesten der Linsentrübung und der zentralen Makulaatrophie zuzuschreiben. 8. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch im Wesentlichen gestützt auf die E.\_\_\_\_-Gutachten vom 1. April 2014 und 11. Juli 2014 beurteilt, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Zwar darf ein solches Gutachten eines Privatversicherers, welches nicht durch das bundesgerichtlich festgelegte Zufallsprinzip vergeben wurde, durch die IV-Stelle beigezogen werden, es hat aber einen geringeren Beweiswert als ein Administrativgutachten. In diesem Zusammenhang ist die geringe-Zweifel-Praxis, die für versicherungsinterne Gutachten gilt (BGE 135 V 465), analog anzuwenden. Solche Zweifel können sich namentlich aus einem nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes ergeben. Der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung genügt in diesem Zusammenhang nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1). Vorliegend sind geringe Zweifel bereits dadurch erstellt, dass die behandelnden Augenärzte bei gleichen Befunden eine deutlich höhere Arbeitsunfähigkeit attestieren (vgl. IV-Nr. 102, höchstens 3 Stunden täglich) als der ophthalmologische Gutachter des ABI. Weiter hat der ophthalmologische Teilgutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % für Tätigkeiten, «welche durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellen» attestiert, so dass unklar bleibt, ob in einer diesen Leiden angepassten Arbeit eine höhere Arbeitsfähigkeit bestünde. Hinzu kommt, dass der E.\_\_\_\_-Psychiater eine Neurasthenie diagnostiziert hat, also eine Diagnose, welche unter die von BGE 141 V 281 erfassten Beschwerdebilder fällt, womit der Gutachter aus heutiger Sicht diesbezüglich eine Indikatorenprüfung hätte vornehmen müssen, während die durch ihn geprüften «Förster-Kriterien» nicht mehr massgebend sind. Wie das Bundesgericht mit Hinweis auf BGE 137 V 210 festhält, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten zwar nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten –

gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). Die RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_ hat im vorliegenden Fall zwar versucht, die Indikatoren zu beurteilen (IV-Nr. 111), aber die Grundlage dafür ist eher dürftig, da der E.\_\_\_\_-Psychiater Dr. med. AC.\_\_\_\_ kaum entsprechende Feststellungen trifft. Somit sind auch unter diesem Aspekt geringe Zweifel zu bejahen und weitere Abklärungen erforderlich. 9. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts ein polydisziplinäres Gutachten bei der F.\_\_\_\_ in den Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie und Ophthalmologie veranlasst. Im diesbezüglichen Gutachten vom 29. November 2017 (A.S. 89 ff.) wird festgehalten, es bestünden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Spannungstypkopfschmerzen; eine hohe Myopie sowie eine posteriore polymorphe korneale Dystrophie an beiden Augen; am linken Auge ein St.n. ppV, Peeling, Silikonöl am 9. Dezember 2013 bei Makulaforamen und vitreomakulärem Traktionssyndrom; festgefahrene, inadäquate Denk-, Fühl- und Handlungsmuster im Sinne einer Persönlichkeitsstörung, bei Fehlen eines Grundkriteriums müsse die Diagnose Z73 gestellt werden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: Phasenweise leichte Depressivität, im Moment nicht vorhanden; evtl. verminderte Intelligenz; Adipositas; Insulinabhängiger Diabetes mellitus II; arterielle Hypertonie, Nephrolithiasis, obstruktive Schlafapnoe. Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus neurologischer Sicht bestehe sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Angestellter in der Hartverchromerei als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 – 50 %. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 100 %, in einer angepassten Tätigkeit 70 %. Das Gutachten vom 29. November 2017 vermag jedoch den bundesgerichtlichen Beweisanforderungen nicht zu genügen (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a). Die psychiatrische Teilgutachterin der F.\_\_\_\_ stellt als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose ICD-10 Z73 (akzentuierte Persönlichkeitszüge). Daraus leitet sie eine Arbeitsunfähigkeit von initial 70 % ab. Solche Z-Codierungen stellen aber definitionsgemäss – jedenfalls als alleinige Hauptdiagnose – keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.3). Das psychiatrische Gutachten ist demnach bereits aus diesem Grund kaum beweiswertig. Hinzu kommt, dass das Gutachten jede Auseinandersetzung mit dem Vorgutachten von Dr. med. AC.\_\_\_\_ vermissen lässt. Zudem erscheint die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nicht überzeugend, dass sich das Gutachten nicht dazu äussert, wie sich die attestierte massive Arbeitsunfähigkeit mit dem Umstand verträgt, dass der Beschwerdeführer nie in psychiatrischer Behandlung war. Insgesamt kann somit dem psychiatrischen Teilgutachten kaum Beweiswert zugemessen werden, weshalb bereits aus diesem Grund ein Obergutachten angezeigt ist. Sodann enthält das ophthalmologische Teilgutachten zwar eine sehr gute Darstellung der medizinischen Situation. Die Aussage zur Arbeitsfähigkeit ist dann aber ziemlich unklar. So wird darin ausgeführt, grundsätzlich sei eine 100%ige Berufsausübung möglich, geeignete Arbeitsbedingungen vorausgesetzt oder ev. eine Umschulung. Da es jedoch unter den vorliegenden Voraussetzungen schwierig sein werde, diese Bedingungen in die Realität umzusetzen, könne (müsse aber nicht) im Sinne einer Usanz eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % gerechtfertigt sein. Diese

Begründung mit dem Verweis auf eine «Usanz» erscheint nicht nachvollziehbar, zumal nicht ersichtlich ist, worauf der Gutachter diese «Usanz» abstützt. Insgesamt ist damit das Gutachten der F.\_\_\_\_ fachlich zu wenig überzeugend, als dass darauf abgestellt werden könnte. 10. Aus den vorgenannten Gründen und aufgrund der bereits erwähnten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei der N.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Ophthalmologie, Neuropsychologie) eingeholt (A.S. 239 ff.).

10.1 Im internistischen Teilgutachten wird festgehalten, es bestehe ein schweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoesyndrom, unter CPAP-Therapie. Ein insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2 welcher aktuell ungenügend kontrolliert sei, eine arterielle Hypertonie, aktenanamnestisch ein Status nach Nephrolithiasis, eine massive Adipositas mit BMI 39, ein moderater Nikotinkonsum, eine isoliert erhöhte GOT, differentialdiagnostisch im Rahmen möglichen Steatosis hepatis sowie eine kontrollbedürftige BSR. Angesichts dieser Diagnosen erscheint die Beurteilung des Gutachters überzeugend, dass der Beschwerdeführer aus allgemeininternistischer Sicht arbeitsfähig sei, er qualifiziere sich jedoch nur für leichte körperliche Arbeiten ohne potentielle Eigen- oder Fremdgefährdung, keine Nacht- und Schichtarbeit. Zudem bestehe keine Fahreignung. 10.2 Im ophthalmologischen Teilgutachten werden folgende Diagnosen gestellt: beidseits: · Endotheliale Hornhautdystrophie nach Schlichting (rechts>links) · Myopia magna (rechts>links) links: · St. n. Pars plana Vitrektomie bei Makulaforamen (Stadium 4) 2013 · St. n. Silikonölenfernung 2014 Seit ca. zwei Jahren bemerke der Beschwerdeführer eine langsame kontinuierliche Visusverschlechterung am besseren rechten Auge. Zusätzlich eine vermehrte Lichtempfindlichkeit bei Gegenlicht. Das Auge sei auch etwas empfindlicher geworden, träne häufig. Seit der Pars plana Vitrektomie 2013 links habe er deutliche Schwierigkeiten mit dem Binokularsehen. Zum Beispiel falle das Treppensteigen schwer, beim Glaseinschenken gehe häufig Flüssigkeit daneben, er greife auch immer wieder, z. B. beim Türgriff, daneben. Das Gesichtsfeld des rechten Auges sei subjektiv normal, ohne Einschränkung, ebenfalls das Farbsehen sei stabil und normal. Sporadisch tropfe der Patient künstliche Tränen zur Befeuchtung in das rechte Auge wegen der Kontaktlinse. Zur Beurteilung wird festgehalten, der Beschwerdeführer sei Monokel-Patient. Der maximal korrigierte Visus rechts sei mit eigener Kontaktlinse 0.3-0.4p bei normalem Gesichtsfeld, links nehme er nur noch Handbewegungen in 1m wahr (St.n. Pars plana Vitrektomie bei durchgreifendem Maculaforamen leider ohne therapeutischen Erfolg). Gemäss den zur Verfügung gestellten Unterlagen habe der maximal korrigierte Visus früher rechts 0.6, links 0.8 betragen. Die aktuelle Visusreduktion erkläre sich rechts vor allem durch die ausgeprägte Hornhautdystrophie mit narbenartigen Trübungen und die damit verbundenen Hornhautirregularitäten. Eine visusrelevante Linsentrübung könne nicht bestätigt werden. Auch zeige sich in der OCT-Untersuchung der Netzhaut eine weitgehend intakte Makula ohne Anzeichen einer Atrophie oder eines Makulaforamens. Somit stelle sich die Frage, ob durch eine Keratoplastik der Visus rechts verbessert werden könnte. Der Beschwerdeführer sollte diesbezüglich in einer Hornhautsprechstunde einer Augenklinik untersucht und beurteilt werden. Am linken Auge sehe er, Dr. med. AD.\_\_\_\_, aufgrund des zentralen Netzhautdefektes leider keine Option, den Visus zu verbessern. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus rein ophthalmologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Arbeit als Galvaniker zu 100 % nicht mehr arbeitsfähig. Mit einem Visus von maximal korrigiert

0.3-0.4p könne er keine Metalloberflächen mehr beurteilen, auch sei die Arbeit zu gefährlich. Alternativ kämen für ihn einfachere Arbeiten ohne hohen Sehanspruch in Frage, wie zum Beispiel Verpackungsarbeiten. Auch Arbeiten an gefährlichen Maschinen seien wegen der stark reduzierten Sehschärfe und des fehlenden Binokularsehens keine Option. Solche angepassten Tätigkeiten sollten im vollen Pensum möglich sein, aber wahrscheinlich etwas verlangsamt. 10.3 Im neurologischen Teilgutachten werden folgende Diagnosen gestellt: - Chronische tägliche Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformen Komponenten - Chronische Müdigkeit/Erschöpfung · schweres Schlafapnoe-Syndrom, CPAP seit 2012 - Schwere Visuseinschränkung beidseits (links hell/dunkel, rechts 0.3 korrigiert) Nach einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Vorakten (S. 5 – 8 des neurologischen Teilgutachtens) begründet die neurologische Gutachterin schlüssig ihre Befunderhebungen und Diagnosestellungen: Neurologisch klinisch finde sich bis auf die massive Einschränkung des Visus ein unauffälliger Befund. Der Beschwerdeführer wirke während der Anamneseerhebung und klinischen Untersuchung von insgesamt 1 ¼ Stunden trotz der Angabe von aktuell mittelstarken, im Verlauf zunehmenden Kopfschmerzen, nicht wesentlich schmerzgeplagt, noch müde. An der Diagnose eines primären Kopfschmerzes sei im Verlauf der Jahre, von den verschiedenen Neurologen, die den Beschwerdeführer untersucht hätten, nicht gezweifelt worden. Kopfschmerzen würden gemäss den Diagnosekriterien der IHS (International Headache Society) eingeteilt. Die Diagnosekriterien einer chronischen Migräne (IHS 2018) seien gemäss den aktuellen Angaben des Versicherten nicht erfüllt. Aufgrund der aktuell angegebenen Kopfschmerzcharakteristik interpretiere sie, Dr. med. Q.\_\_\_\_, diese im Sinne von chronischen Spannungstypkopfschmerzen, mit teilweise migräniformen Komponenten. Als migräniforme Komponenten interpretiere sie den teilweise starken Kopfschmerz mit Unverträglichkeit von täglichen Routinetätigkeiten mit gelegentlicher Nausea bis Erbrechen. Naturgemäss würden primäre Kopfschmerzen wie die Migräne oder der Spannungstypkopfschmerz basierend auf den anamnestischen Angaben des Patienten diagnostiziert, eigentlich objektivierbare Befunde bestünden nicht. Soweit aus den Unterlagen zu entnehmen, sei davon auszugehen, dass es in den letzten Jahren weniger zu einer relevanten Veränderung der Kopfschmerzen gekommen sei, sondern die Beschwerden je nach Beschrieb und Gewichtung der Symptome vom Untersucher anders beurteilt worden seien, mit entsprechender Änderung der Diagnosen zwischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp und einer chronischen Migräne. Der Beschwerdeführer beklage, soweit aus den Unterlagen zu entnehmen und auch gemäss aktuellen Angaben, über im Verlauf unveränderte Kopfschmerzen. Zu den chronischen Kopfschmerzen komme die chronische Müdigkeit und Erschöpfung. Bei anamnestisch guter Einstellung der CPAP-Behandlung sei diese angeblich schwere Einschränkung auf die Leistungsfähigkeit, in dem Ausmass wie vom Versicherten beklagt, aus neurologischer Sicht nicht nachzuvollziehen. Der Neurologe Dr. med. U.\_\_\_\_ habe sich im Rahmen der Abklärung in W.\_\_\_\_ bzw. anschliessend mit möglichen weiteren Ursachen der Müdigkeit befasst und keine Hinweise für eine metabolische Ursache gefunden, allenfalls möglich sei ein Zusammenhang mit der Betablocker-Behandlung postuliert und empfohlen worden, diese zu reduzieren. Offensichtlich werde das Metoprolol weiterhin eingesetzt. Es sei davon auszugehen, dass die beklagte Müdigkeit sich negativ auf die Kopfschmerzen wie auch umgekehrt auswirken könne. Zur Beurteilung der chronischen Müdigkeit und Erschöpfung sei auch auf das internistische wie das psychiatrische Teilgutachten verwiesen. Bezüglich der schweren visuellen Einschränkung sei auf die augenärztliche Beurteilung verwiesen. Im Lichte der

vorstehenden Ausführungen vermag auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht, basierend vor allem auf Einschränkungen infolge der chronischen Kopfschmerzen, führe zu einer verminderten zeitlichen Belastbarkeit. Dr. med. Q. \_\_\_ schätze die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht auf 20 %. Aus neurologischer Sicht sei eine leichte körperliche Tätigkeit, ohne hohe Anforderung an die Konzentration, möglich. Aufgrund der Kopfschmerzen sei ebenfalls von einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Geschätzt sei eine Anwesenheit von 7 – 8 h pro Tag möglich mit einer zusätzlich leicht verminderten Leistungsfähigkeit aufgrund von vermehrten Pausen.

10.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde in diagnostischer Hinsicht festgehalten, mit Ausnahme einer Rechtschreibschwäche bestehe eine alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer habe sich sehr gut auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen können, habe kooperativ und motiviert gearbeitet, bei durchgehend gegebener Anstrengungsbereitschaft. Er habe flexibel zwischen den Anforderungen wechseln können, habe konzentriert gearbeitet, mit unauffälligem Tempo und guter Sorgfaltsleistung. Er habe in den geprüften kognitiven Domänen Aufmerksamkeit, verbales und figürliches Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion/visuell-räumliche Leistungen, Rechnen und Sprache abgesehen von einer Rechtschreibschwäche durchschnittliche Ergebnisse erbracht. Der Gesamt IQ betrage 86 (Vertrauensintervall: 83-90) und liege somit im unteren Normbereich. Er erziele abgesehen von einer verminderten Leistung beim Untertest Allg. Wissen durchgehend durchschnittliche Werte. Die zeitliche mentale Belastbarkeit sei für die 3- und 1 ¼ stündige Untersuchungssitzung gegeben gewesen. Es hätten sich keine Müdigkeitsanzeichen im Verlauf gezeigt. Gemäss eigenanamnestischen Angaben sei die Tagesmüdigkeit erhöht. Da kognitive Leistungen von einer Vielzahl von Faktoren (Müdigkeit, Schlafvermögen, psychische Befindlichkeit, Schmerzen, grundsätzlich höherer Energiebedarf im Umgang mit der Sehbehinderung) abhängig seien, seien trotz grundsätzlich unauffälliger kognitiver Leistungsfähigkeit intermittierende Leistungsschwankungen möglich. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer aus rein neuropsychologischer Sicht sowohl bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter als auch bei einer angepassten Tätigkeit in leistungsmässiger Hinsicht von keiner Einschränkung auszugehen sei.

10.5 Im psychiatrischen Teilgutachten werden folgende Diagnosen gestellt: Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Neurasthenie (F48.0) - Nichtorganische Hypersomnie (F51.1) - ausgeprägte Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Albträume [Angstträume] (F51.5) - schädlicher Nikotinkonsum (F17.1) - Verdacht auf unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva (Duloxetin) (Y49.2) Der Gutachter, Dr. med. P. \_\_\_, setzt sich in seinem Gutachten eingehend mit den medizinischen Vorakten auseinander (S. 5 ff. des Gutachtens) und begründet seine Diagnosestellung nachvollziehbar: Subjektiv stehe neben den Sehproblemen und den Schmerzen die Ermüdbarkeit im Vordergrund. Das würde zu einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) passen. Gemäss ICD-10 sei diesbezüglich von folgender Definition auszugehen: «Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen,

häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen.» Im ICD-10 («Internationalen Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, WHO, Hrsg von H. Dilling et al., 2. korrigierte und ergänzte Auflage – Bern; Göttingen, Toronto, Seattle, Huber, 2000, 5. 131) werde für eine Neurasthenie verlangt: A. Entweder 1. oder 2.: 1. anhaltendes und quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger Anstrengung z.B. nach der Bewältigung oder dem Bewältigungsversuch alltäglicher Aufgaben, die keine ungewöhnlichen geistigen Anstrengungen erfordern) 2. anhaltende und quälende Müdigkeit und Schwäche nach nur geringer körperlicher Anstrengung. B. Mindestens eines der folgenden Symptome: 1. akute oder chronische Muskelschmerzen 2. Benommenheit 3. Spannungskopfschmerz 4. Schlafstörung 5. Unfähigkeit, zu entspannen 6. Reizbarkeit. Die Betroffenen seien nicht in der Lage, sich von A.1. oder A.2. innerhalb eines normalen Zeitraumes von Ruhe, Entspannung oder Ablenkung zu erholen. Die Dauer der Störung betrage mindestens drei Monate. Im vorliegenden Fall sei das A-Kriterium erfüllt, eher die 2. Form, allerdings auch Symptome der 1. Form. Von den B-Kriterien seien 3 und 4 erfüllt. Aus einer klinischen Sicht und im Vergleich mit anderen von dieser Krankheit Betroffenen und unter Berücksichtigung der funktionellen Auswirkungen würde er, Dr. med. P.\_\_\_\_, den Schweregrad auf mittelgradig bis schwer einschätzen. Auf jeden Fall sei der Schweregrad so, dass er erhebliche Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit habe, wie es sich auch im «Mini-ICF-Rating für psychische Störungen» zeige. Der Versicherte verfüge kaum über die notwendigen Ressourcen, um diese Einschränkungen zu überwinden. Es sei zu betonen, dass wahrscheinlich die Schlaf-Apnoe, auch wenn sie behandelt sei, die chronischen Schmerzen und die Sehprobleme zur erhöhten Ermüdbarkeit beitragen würden. Sodann werde im ICD-10 eine nichtorganische Hypersomnie so beschrieben: «Hypersomnie ist definiert entweder als Zustand exzessiver Schläfrigkeit während des Tages und Schlafattacken (die nicht durch eine inadäquate Schlafdauer erklärbar sind) oder durch verlängerte Übergangszeiten bis zum Wachzustand nach dem Aufwachen. Bei Fehlen einer organischen Ursache für die Hypersomnie ist dieses Zustandsbild gewöhnlich mit anderen psychischen Störungen verbunden.» Die Kriterien seien vorliegend erfüllt. Die Hypersomnie sei zwar Teil der Neurasthenie, aber sie sei so ausgeprägt, dass eine eigene Diagnose angemessen sei. Des Weiteren führten chronische Schmerzen und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit häufig zu einer depressiven Reaktion (F43.2) oder, wenn die Störung ausgeprägt sei, zu einer depressiven Störung. Im vorliegenden Fall lägen die Werte in der Fremdbeurteilung weit unter dem Schwellenwert für eine Depression. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend, wo keine Depression vorliege. Es fehle insbesondere das Leitsymptom einer depressiven Stimmung und die emotionale

Reaktivität sei erhalten. Da die Schmerzen neben der Müdigkeit und den Sehstörungen subjektiv im Vordergrund stünden, sei differentialdiagnostisch auch eine anhaltende, somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren. Es liege keine Depression vor, so dass diese Diagnose zulässig wäre. Es falle schwer, emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen, wie sie für eine solche Diagnose verlangt würden, zu finden vor allem zu Beginn der Schmerzen. Wie sich aufgrund der Akten vermuten lasse, komme als weiteres Ausschlusskriterium dazu, dass die Schmerzen zu einem nicht unwesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen (Sehstörungen, Erschöpfung, eventuell Migräne) zurückgeführt werden könnten. Sodann sei das Ausmass des Einflusses der psychischen Komponente eher gering, so dass hier auch die Diagnose von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F54) nicht passe. Die psychischen Faktoren hätten eventuell das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden etwas beeinflusst, im Sinne einer – letztlich immer vorhandenen – psychischen Komponente. Allerdings dürfte der Einfluss so gering sein, dass eine zusätzliche Diagnose nicht wesentlich zum Verständnis der Pathogenese der Schmerzen beitrage. Im Übrigen bestünden auch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde im psychiatrischen Gutachten festgehalten, subjektiv könne sich der Versicherte nicht vorstellen, mit seinen Schmerzen und der fehlenden Energie wieder 100 % einer Arbeit im freien Arbeitsmarkt nachzugehen. Es wäre angesichts seines Alters, der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der Schmerzproblematik und der Tatsache, dass er auf seinem erlernten Beruf nicht mehr arbeiten könne, sehr schwierig eine Stelle zu finden. So dürfte bei realistischer Betrachtung eine Wiederaufnahme der Arbeit wahrscheinlich scheitern. Nachdem es sich beim Alter, der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der Berufsausbildung und der subjektiven Überzeugung, nicht voll arbeitsfähig zu sein um, Faktoren handle, die nicht einer Erkrankung entsprächen, könne dieser Anteil an der Symptomatik keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bewirken. Aufgrund der Neurasthenie seien das Arbeitstempo, vor allem auch durch die notwendigen kurzen Pausen, das Selbstvertrauen, der Antrieb, die Konzentrationsfähigkeit und die Ausdauer beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer sei vermehrt müde und kraftlos. Das schränke auch seine Regenerationsfähigkeit ein. Ein grosses Problem sei die mangelnde Stressresistenz, welche die Arbeit in einem normalen Betrieb weitgehend verunmögliche und die Auswahl an möglichen Stellen einschränke. Er könne zwar im Moment aufgrund der psychischen Störungen zeitlich nur noch eingeschränkt arbeiten, d.h. eine Präsenzzeit von 60 %, mit vermehrten, kurzen Pausen und freier Zeiteinteilung wäre möglich. Die Leistungen wären im Ausmass von etwa 35 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von etwa 60 % ausgegangen werden für eine geeignete Verweistätigkeit in einem ruhigen Betrieb mit wenig Stressmomenten und geregelten Arbeitszeiten und Aufgabenfeldern. Die Hypersomnie verstärke die Auswirkungen der Neurasthenie. Die Rechtsschreibschwäche schränke die in Frage kommenden Verweistätigkeiten ein und verlangsamen sein Arbeitstempo, sobald er auch etwas schreiben oder lesen müsse. Diese Einschätzung betreffe in Bezug auf die Ermüdung/Neurasthenie nur die psychische Komponente. Ermüdung sei jedoch immer ein ganzheitliches Phänomen. Eine Aufteilung sei von daher kaum möglich und mache auch wenig Sinn. Auf jeden Fall könnten die psychischen Störungen die Umsetzung der aus somatischer Sicht noch möglichen Arbeitsfähigkeit erschweren. Dieser Effekt sei schwierig zu beziffern. Zum zeitlichen Verlauf führt der Gutachter aus, die beiden Vorgutachten hätten beide deutliche Mängel. Trotzdem könne man davon ausgehen, dass die relevante

Symptomatik etwa 2012 begonnen habe, bei der Krankschreibung 2013 ein Maximum erreicht und sich seither leicht zurückgebildet habe. Die Zeit zwischen der Anmeldung am 2. Juli 2012 und der Kündigung auf Ende August 2013 sei nicht klar dokumentiert. Allerdings sei die Annahme überwiegend wahrscheinlich zulässig, dass der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsunfähigkeit seit der Kündigung auf Ende August 2013 zwar etwas geschwankt, aber in dieser Zeit immer in einem Bereich zwischen 50 % und 75 % gelegen habe.

10.5.1 Sodann sind gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem Gutachten zu entnehmen, aufgrund der Neurasthenie seien das Arbeitstempo, vor allem auch durch die notwendigen kurzen Pausen, das Selbstvertrauen, der Antrieb, die Konzentrationsfähigkeit und die Ausdauer beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer sei vermehrt müde und kraftlos. Das schränke auch seine Regenerationsfähigkeit ein. Ein grosses Problem sei die mangelnde Stressresistenz, welche die Arbeit in einem normalen Betrieb weitgehend verunmögliche und die Auswahl an möglichen Stellen einschränke. Zudem verstärke die Hypersomnie die Auswirkungen der Neurasthenie. Die Rechtsschreibschwäche schränke die in Frage kommenden Verweistätigkeiten zusätzlich ein und verlangsamen sein Arbeitstempo, sobald er auch etwas schreiben oder lesen müsse. Wie die RAD-Ärztin, Dr. med. T. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 1. März 2019 (A.S. 353 f.) aber zu Recht angemerkt hat, zeigten die Beobachtungen während der neuropsychologischen und neurologischen Untersuchung der N. \_\_\_\_, und die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass der Versicherte während Testung

weder sichtbar ermüdet sei, noch ein Leistungsabfall über die Zeit beobachtbar gewesen sei. Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde in diesem Zusammenhang ausgeführt, die zeitliche mentale Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei für die 3- und 1 ¾ stündige Untersuchungssitzung gegeben gewesen. Es zeigten sich keine Müdigkeitsanzeichen im Verlauf. Auch die neurologische Gutachterin hielt diesbezüglich fest, der Beschwerdeführer wirke während der Anamneseerhebung und klinischen Untersuchung von insgesamt 1 ¼ Stunden trotz der Angabe von aktuell mittelstarken, im Verlauf zunehmenden Kopfschmerzen, nicht wesentlich schmerzgeplagt, noch müde. Die RAD-Ärztin, Dr. med. T. \_\_\_\_, gelangte gestützt darauf in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass die vom psychiatrischen Gutachter als Gründe für die Leistungsminderung angeführte Antriebsstörung, Abfall der Konzentrationsfähigkeit und verminderte Ausdauer in der neuropsychologischen Untersuchung nicht abgebildet werden könnten. Im Gegenteil, die mentale Belastbarkeit sei als normal bewertet worden. Des Weiteren belegt der im Teilgutachten (S. 2 des Teilgutachtens) detailliert beschriebene Tagesablauf des Beschwerdeführers anschaulich, dass er trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage ist, einzukaufen, etwas im Haushalt oder im Garten zu machen. Er schaue TV, nicht viel, aber er könne es aufnehmen. Er gehe nicht mehr viel aus, es fehle das Geld und oft habe er die Energie nicht mehr. Im Winter werde er wahrscheinlich meist daheim sein, im Sommer gehe er eher wieder weg, spazieren. Er gehe gelegentlich spazieren, aber nicht lange. Bewegung habe er beim Einkaufen und beim Holzen mit Freunden, wo er das Holz hineintrage und aufbeige. Zusammenfassend kann im Lichte der gemachten Ausführungen nicht auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. –resistenz führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei zwar als Kind in einer erfolgreichen Psychotherapie gewesen, aber seither nicht mehr. Dr. med. U. \_\_\_\_, habe dem Beschwerdeführer am 15. März 2013 als Option zur Migräneprophylaxe mit dem wahrscheinlich geringsten Risiko einer Gewichtszunahme Duloxetine/Cymbalta vorgeschlagen. Der Versicherte erhalte daher zwar ein Antidepressivum, aber wahrscheinlich zur Schmerzmodulation in einem off-label-use. Bei einem CFS (chronic fatigue syndrome), das in etwa einer Neurasthenie entspreche, lägen Daten vor, die darauf hinwiesen, dass eine kognitive oder eventuell eine körperorientierte Psychotherapie, eventuell ergänzt durch ein gestuftes medizinisches Trainingsprogramm, zu einem besseren Coping mit der Symptomatik und damit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands beitragen könne. Sodann gebe es zwar eine Eingliederungsberatung, aber leider keine eigentlichen Rehabilitationsversuche oder BEFAS-Abklärungen, so dass keine Erfahrungen unter realen Bedingungen vorhanden seien. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen kann somit nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe die Therapie- und Eingliederungsoptionen bereits erfolglos ausgeschöpft. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Neurasthenie zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich

bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. In diesem Zusammenhang führt der Gutachter aus, die Hypersomnie verstärke die Auswirkungen der Neurasthenie. Die Rechtsschreibschwäche schränke die in Frage kommenden Verweistätigkeiten ein und verlangsamt sein Arbeitstempo, sobald der Beschwerdeführer auch etwas schreiben oder lesen müsse. Diese Einschätzung betreffe in Bezug auf die Ermüdung/Neurasthenie nur die psychische Komponente. Ermüdung sei jedoch immer ein ganzheitliches Phänomen. Eine Aufteilung sei von daher kaum möglich und mache auch wenig Sinn. Auf jeden Fall könnten die psychischen Störungen die Umsetzung der aus somatischer Sicht noch möglichen Arbeitsfähigkeit erschweren. Dieser Effekt sei schwierig zu beziffern. Neben den dort dargestellten Faktoren würden die ausgeprägten Sehprobleme zur aktuellen Symptomatik beitragen. Zudem würde wahrscheinlich die Schlaf-Apnoe, auch wenn sie behandelt sei, die chronischen Schmerzen und die Sehprobleme zur erhöhten Ermüdbarkeit beitragen. Er, Dr. med. P.\_\_\_\_, habe schon einige Patienten behandelt mit solchen oder ähnlichen Sehproblemen und diese klagten oft über erhöhte Erschöpfbarkeit. Demnach ist im Resultat von einer ressourcenhemmenden Wirkung der verschiedenen Diagnosen auszugehen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei leistungsorientiert, perfektionistisch und stolz auf seine Leistungen, stelle aber auch hohe Anforderungen an sich selber. Durch grosse Leistung und harte Arbeit habe er sich die Anerkennung holen können, die er sonst ausserhalb der Familie kaum gefunden habe. Von seiner Leistungsfähigkeit sei aber auch all die Jahre sein Selbstwertgefühl abgehängt. Harmonie sei ihm wichtig und er habe nie gelernt, respektive erst spät zu lernen begonnen, Signale seines Körpers zu beachten und auf sich selber und seine Grenzen Rücksicht zu nehmen. Diese Konstellation erhöhe das Risiko für eine Somatisierungsstörung. Allerdings seien das sozial erwünschte Persönlichkeitseigenschaften, die von sich aus, wenn keine zusätzlichen Belastungen dazu kämen, kaum je zu Erkrankungen führten. Er habe aber auch Persönlichkeitszüge und Copingmuster, die günstig seien und damit Ressourcen, die man sonst in einer Psychotherapie aufzubauen versuche: Er sei dankbar für sein Leben, seine Erfolge und die Chancen, die sich ihm geboten hätten. Er engagiere sich für Menschen, die ihm wichtig seien, wie seine Kollegen und seine Eltern. Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten, sind somit auszuschliessen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Hierzu führt der Gutachter aus, es seien keine psychischen Erkrankungen in der Familie des Beschwerdeführers bekannt. Der Beschwerdeführer sei,

abgesehen von einem chronischen Konflikt mit dem Bruder, in geordneten, liebevollen Familienverhältnissen aufgewachsen und habe heute noch ein sehr gutes Verhältnis mit seiner Herkunftsfamilie, was seine Resilienz mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, erhöhen dürfte. Er habe trotz guter normaler Intelligenzlage gegen Ende der 2. Klasse in die Hilfsschule versetzt werden können, habe es aber, auch mit Hilfe der Psychotherapie, nach einiger Zeit zurück in die Normalschule geschafft. Er sei nicht geplagt worden und erzähle ohne spürbaren Groll von seiner Schulzeit und sei stolz auf das, was er letztlich erreicht habe. Von daher sei nicht mit einer Risikoerhöhung zu rechnen. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden oder Ressourcen eruieren. Zusammenfassend würden die Ressourcen die Risiken und Belastungen überwiegen. Damit enthält der soziale Lebenskontext der Versicherten gewichtige, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hält der Gutachter fest, in Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer, seines Tagesablaufs, seiner Aktivitäten und seiner sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Das spiegle sich auch im «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen wieder. Es bestehe ein deutlicher Leidensdruck. Dieser gutachterlichen Einschätzung widersprechen jedoch teilweise die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner eigenen Tagesgestaltung (vgl. S. 2 des Teilgutachtens). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich der neurologischen Begutachtung an, er habe gute Kontakte und Freunde, die ihm bei seinen Sehproblemen helfen würden und auch die Eltern (S. 3 des neurologischen Teilgutachtens). Entgegen der Ansicht des Gutachters ist somit diesbezüglich nicht von einem deutlichen Leidensdruck auszugehen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievori]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Das sei nachvollziehbar, da er in seinem Krankheitsmodell von einer ausschliesslich körperlich bedingten Erkrankung ausgehe und deswegen müde und erschöpft sei, aber keine psychischen Probleme habe. Die Serumspiegel zeigten, dass er das verordnete Antidepressivum einnehme. Es gebe leider keine Rehabilitationsversuche oder BEFAS-Abklärungen, nicht zuletzt, da der Beschwerdeführer subjektiv nicht arbeitsfähig sei. Das Ganze spreche nicht gegen einen hohen Leidensdruck. Jedoch spricht das Gesagte eben auch nicht für einen hohen Leidensdruck. So sind die wohl nicht im ausreichenden Ausmass durchgeführten Therapien (vgl. Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» hievori) nicht auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen, welcher Umstand auf einen dennoch nicht fehlenden Leidensdruck hindeuten würde (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). 10.5.2 Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen

Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen zwar bis zu einem gewissen Grad als erstellt. Eine 60%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie Dr. med. P.\_\_\_\_ für eine Tätigkeit in einem ruhigen Betrieb mit wenig Stressmomenten und geregelten Arbeitszeiten und Aufgabenfeldern postuliert, lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 aber nicht erhärten. So darf sich im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Damit ist gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung im Ergebnis davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Ausschöpfung seiner in genügendem Masse vorhandenen psychischen Ressourcen in der Lage ist, eine leidensangepasste Beschäftigung zu verrichten, wobei in psychischer Hinsicht keine krankheitsbedingten Einschränkungen bestehen, welche nicht schon im Rahmen der aus neurologischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wurden. Zudem kann einer allfälligen zusätzlichen Einschränkung der zumutbaren Tätigkeiten und einem zusätzlichen Pausenbedarf im Rahmen des leidensbedingten Abzugs Rechnung getragen werden (s. E. II. 12.2 hiernach). Schliesslich ist anzufügen, dass aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden darf, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Das psychiatrische Teilgutachten ist denn auch grundsätzlich beweiswertig und es kann – abgesehen von der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – darauf abgestellt werden.

## **E. 11**

11.1 Zusammenfassend ist somit gestützt auf das Gutachten der N.\_\_\_\_ eine revisionsrelevante Verschlechterung erstellt, nachdem aus neurologischer Sicht nur noch eine leichte körperliche Tätigkeit, ohne hohe Anforderung an die Konzentration, möglich ist, wobei aufgrund der Kopfschmerzen von einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen ist. Geschätzt ist eine Anwesenheit von 7 – 8 h pro Tag möglich mit einer zusätzlich leicht verminderten Leistungsfähigkeit aufgrund von vermehrten Pausen.

11.2 An der grundsätzlich beweiswertigen Beurteilung aus dem Gutachten N.\_\_\_\_ vermögen auch die entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. So begründet der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J.\_\_\_\_, seine Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer bereits vor dem 16. Februar 2012 ein invalidisierender Gesundheitszustand im Rahmen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe und dieser ununterbrochen bis heute weiterbestehe, nicht weiter. Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die Beurteilung von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, W.\_\_\_\_, im Bericht vom 18. November 2014 (IV-Nr. 118, S. 23), wonach er beim Beschwerdeführer eine Restarbeitsfähigkeit von 30 – 40 % in einer angepassten Tätigkeit sehe. Er begründet dies neben dem Verweis auf die chronische Migräne vor allem mit Diagnosen, welche nicht in sein Fachgebiet gehören, wie die Visuseinschränkung und das Schlafapnoesyndrom. Ebenfalls nicht nachvollziehbar begründet erscheint die Einschätzung im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 1. April 2015 (IV-Nr. 102, S. 5) wonach eine angepasste Tätigkeit dem Beschwerdeführer rein aus augenärztlicher Sicht maximal 3 Std/Tag

zumutbar sei. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den vorgenannten Berichten auch aus diesem Grund nur verminderte Beweiskraft zukommt. Schliesslich vermag die Arbeitsmedizinische Beurteilung von Dr. med. AB.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2016 an der gestützt auf das Gutachten der N.\_\_\_\_ vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern. Dr. med. AB.\_\_\_\_ begründet seine Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit von 12.5 bis 37.5 % durch die Migräne, das Schlafapnoesyndrom sowie die Augenerkrankung mit starker Verlangsamung und vermehrter Ermüdung durch jegliche Tätigkeiten. Es gebe keine Tätigkeiten, im gesamten Arbeitsmarkt, bei denen man auf den Einsatz der Augen verzichten könne. Auch gebe es keine Tätigkeiten, bei denen man es sich leisten könne auf das Fokussieren zu verzichten. Genau wie im Alltag wäre der Beschwerdeführer im Arbeitsleben ständig darauf angewiesen, seine Restsehfähigkeit mit erhöhter Anstrengung einzusetzen. Er würde bei allen Tätigkeiten stärker ermüden und sich schliesslich erschöpfen. In dieselbe Kerbe schlage die chronische Migräne und auch das Schlafapnoesyndrom, welche beide eine erhöhte Grundmüdigkeit bewirkten. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. AB.\_\_\_\_ weder über einen ophthalmologischen noch neurologischen Facharztstitel verfügt. So erscheint es denn grundsätzlich überzeugender, wenn der ophthalmologische Gutachter der N.\_\_\_\_ zum Schluss kommt, zwar sei der Beschwerdeführer in der angestammten Arbeit als Galvaniker zu 100 % nicht mehr arbeitsfähig. Mit einem Visus von maximal korrigiert 0.3-0.4p könne er keine Metalloberflächen mehr beurteilen, auch sei die Arbeit zu gefährlich. Alternativ kämen für ihn aber einfachere Arbeiten ohne hohen Sehanspruch in Frage, wie zum Beispiel Verpackungsarbeiten. Solche angepassten Tätigkeiten sollten im vollen Pensum möglich sein, aber wahrscheinlich etwas verlangsamt. Ebenso überzeugend erscheint die Beurteilung aus dem neurologischen Teilgutachten der N.\_\_\_\_, wonach die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht, basierend vor allem auf Einschränkungen infolge der chronischen Kopfschmerzen, zu einer verminderten zeitlichen Belastbarkeit führe, wobei diese Einschätzung nur auf den vom Versicherten berichteten Angaben der Kopfschmerzintensität und Auswirkung auf die täglichen Aktivitäten abgegeben werden könne. Die neurologische Teilgutachterin, Dr. med. Q.\_\_\_\_, schätzte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht auf 20 %. Aus neurologischer Sicht sei eine leichte körperliche Tätigkeit, ohne hohe Anforderung an die Konzentration, möglich. Im Übrigen vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers am vorgenannten Resultat nichts zu ändern. So müssen die Gutachter, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, nicht zu jeder einzelnen Diagnose eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit vornehmen. Vielmehr ist die Leistungsfähigkeit gestützt auf sämtliche Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gesamthaft zu beurteilen. Des Weiteren haben sich die Gutachter der N.\_\_\_\_ sehr wohl zu den Standard-indikatoren gemäss BGE 141 V 281 geäussert. Schliesslich ist für den Beweisgrad eines Gutachtens auch nicht entscheidend, welchen Richtlinien oder welchen Klassifikationen dieses folgt. Somit kann der Beschwerdeführer aus seiner Rüge, das Gutachten beurteile die Leistungsfähigkeit und die Leistung des Beschwerdeführers nicht gestützt auf die Beurteilung gemäss ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), nichts zu seinen Gunsten ableiten.

12.1 Die Invaliditätsberechnung ist vorliegend unbestritten geblieben. Da der Beschwerdeführer seine letzte Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen verloren hat, ist bezüglich des Valideneinkommens auf das zuletzt bei der Dullaroy AG erzielte Einkommen von CHF 65'106.60 (vgl. IV-Nr. 25) abzustellen, was bei aufgerechnetem Nominallohnindex 05-43 2011/2013 ( $:101 \times 102.3$ ) ein Valideneinkommen von CHF 65'944.60 ergibt. Da der Beschwerdeführer bislang keine ihm zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, ist auf einen Tabellenlohn abzustellen. Der von der Beschwerdegegnerin herangezogene Tabellenlohn aus dem Sektor Produktion 05 – 43 erscheint angesichts der zusätzlichen Verschlechterung aus ophthalmologischer Sicht jedoch nicht mehr angemessen zu sein. Vielmehr ist auf den Totalwert 2012 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer von CHF 5'210.00 abzustellen. Daraus ergibt sich, abzüglich eines allfälligen vorzunehmenden Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. E. II. 12.2 nachstehend) – ein Invalideneinkommen von CHF 52'551.45 (CHF 5'210.00  $\times$  12; Aufrechnung Wochenstunden [ $:40 \times 41.7$ ]; Aufrechnung Nominallohnindex 2012/2013 [ $:101.8 \times 102.6$ ]; davon 80 %).

12.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist – anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzuges – eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, besteht kein Raum. Dagegen ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers massiv eingeschränkt, welches von den N.\_\_\_\_-Gutachtern wie folgt beschrieben wurde: Ein potentieller Arbeitsplatz dürfe keine durchschnittlichen Rechtschreibebeanforderungen verlangen und keine hohen Anforderungen an die Sehkraft stellen. Denkbar wären zum Beispiel Verpackungsarbeiten. Auch Arbeiten an gefährlichen Maschinen seien wegen der stark reduzierten Sehschärfe und des fehlenden Binokularsehens keine Option. Es seien nur einfachere Verweisarbeiten möglich. Die Hypersomnie verstärke zusätzlich die Auswirkungen einer Neurasthenie. Es sollte ein ruhiger Betrieb mit wenig Stressmomenten und geregelten Arbeitszeiten und Aufgabenfeldern sein. Keine Nacht- und Schichtarbeit. Keine potentiell gefährlichen Tätigkeiten. Keine Fahreignung. Keine Tätigkeiten mit Überwachungsfunktion. Diese Anforderungen lassen zwar nicht den Schluss zu, der Beschwerdeführer vermöge die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt nicht mehr zu verwerten. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass sie sich in ihrer Kombination mit einer Lohninbusse auswirken. Dieser ist im Rahmen

des leidensbedingten Abzugs Rechnung zu tragen. Zusätzliche Einschränkungen ergeben sich aus dem Diabetes mellitus und der arteriellen Hypertonie. Zwar hat das Sozialversicherungsgericht bei der Überprüfung des Abzugs eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Es soll sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle des pflichtgemässen Ermessens der Invalidenversicherung zu setzen (vgl. BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 f., 126 V 81 E. 6). Ohne Not ist denn von gerichtlicher Seite auch nicht in dieses Ermessen einzugreifen. Angesichts der vorgenannten, vor allem aus ophthalmologischer Sicht, erheblichen Einschränkungen und den zusätzlichen Wechselwirkungen der Komorbiditäten mit der Neurasthenie (vgl. E. II. 10.5.1) erscheint der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von 10 % viel zu tief, zumal sich die Ausgangslage gegenüber der medizinischen Aktenlage bei Erlass der Verfügung vom 9. Oktober 2015, welche von einer durch das Augenleiden bewirkten Arbeitsunfähigkeit von 40 % ausging, nicht unerheblich verändert hat. So ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer dadurch in der Wahl der Arbeitsplätze doch deutlich eingeschränkt sein dürfte. Angemessen erscheint demnach vorliegend der maximale Abzug von 25 %. 12.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 65'944.60 und einem Invalideneinkommen von CHF 39'413.60 (CHF 52'551.45 abzüglich 25 %) ein Invaliditätsgrad von 40 %. Somit hat der Beschwerdeführer, wie in der angefochtenen Verfügung 9. Oktober 2015 festgelegt, Anspruch auf eine Viertelrente. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

## **E. 13**

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.  
13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden. 13.3 Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der N.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2018 von CHF 17'606.00 sowie die Kosten der in diesem Zusammenhang veranlassten Laboruntersuchungen im Betrag von CHF 330.80 zu tragen. Des Weiteren wurde vorgängig ein polydisziplinäres Gutachten bei der F.\_\_\_\_ veranlasst, welches jedoch, wie unter E. II 9 hiervor ausgeführt, aufgrund fehlenden Beweiswerts nicht verwertbar ist. Die diesbezüglichen Gutachtenskosten von CHF 6'000.00 werden vom Kanton Solothurn übernommen.

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