

SO_GERICHTE VSBES.2019.275 vom 5. November 2019

SO Obergericht, 2019-11-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.275

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.275 du 5 novembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.275 del 5 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1962, [...], meldete sich erstmals am 11. Februar 2013 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 1). 1.2 Am 28. Februar 2013 fand bei der Beschwerdegegnerin ein Früherfassungs- / Intake-Gespräch statt, an dem der Beschwerdeführer, ein Vertreter der Beschwerdegegnerin sowie med. prakt. FMH B.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, teilnahmen (IV-Nr. 6).

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

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 gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 28a Abs. 1 IVG, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des

Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 3

3.1 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3.2 Zu den Eingliederungsmassnahmen zählen insbesondere Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 8 Abs. 3 lit. abis IVG) sowie Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG). Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15 ■ 18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, Entschädigungen für Beitragserhöhungen sowie Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben.

3.3 Der Gesetzgeber hat gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (Gewöhnung an den Arbeitsprozess, Förderung der Arbeitsmotivation, Stabilisierung der Persönlichkeit, Einüben sozialer Grundfähigkeiten) und Beschäftigungsmassnahmen (Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur für die Zeit bis zum Beginn von Massnahmen beruflicher Art oder bis zu einem Stellenantritt auf dem freien Arbeitsmarkt) in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen (Art. 14a Abs. 2 IVG; Art. 4quinquies IVV [SR 831.201]; Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4523 und 4564; Kreisschreiben des BSV über die Integrationsmassnahmen [KSIM], gültig ab 1. Januar 2008, Rz. 9 ff. sowie Anhang 1 [www.bsv.admin.ch/vollzug]; BIGOVIC-BALZARDI/FREI/WAYLAND BIGLER, Die 5. IV-Revision vor der Differenzbereinigung, Soziale Sicherheit [CHSS] 2006 S. 209 ff.). Die Integrationsmassnahmen sollen die Lücke schliessen zwischen sozialer und beruflicher Integration (Rz. 1 KSIM; MURER, a.a.O., N. 5 zu Art. 14a IVG).

Nach Art. 14a Abs. 1 IVG haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können. Der Anspruch setzt ausserdem die Fähigkeit der Versicherten voraus, eine Präsenzzeit von mindestens zwei Stunden täglich während mindestens vier Tagen pro Woche zu absolvieren (Art. 4quater Abs. 1 IVV). Anspruch auf Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation haben Versicherte, die in Bezug auf Massnahmen beruflicher Art noch nicht eingliederungsfähig sind (Art. 4quater Abs. 2 IVV).

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 110 f. E. 7.2.2). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil [des Bundesgerichts] 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 5

5.1 Ist eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal verweigert worden, 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. Der so verstandene Normzweck bestätigt die auf den Wortlaut gestützte Auslegung (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

5.2 Die Regelung über das Eintreten und die Prüfungsbefugnis der IV-Stelle bei einer Neuanmeldung nach einer früheren rechtskräftigen Leistungsverweigerung hat durch das ATSG keine Änderung erfahren. Die bisherige Rechtsprechung zu den Erfordernissen für das Eintreten auf eine Neuanmeldung nach Ablehnung eines Leistungsgesuchs und zu den

beim Eintreten auf eine Neuanschuldung analog zur Rentenrevisiun nach Art. 17 Abs. 1 ATSG anwendbaren Rechtsgrundsätzen gilt auch unter der Herrschaft des ATSG. Hieran haben auch die am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV nichts geändert (SVR 2006 IV Nr. 10 S. 38 E. 2.1; vgl. auch Entscheide des EVG I 543/04 vom 26. Januar 2005 E. 1.2.2 und I 468/04 vom 18. November 2004 E. 1.2). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, das die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde gelegt hat. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 200 E. 4b). Diese Regeln zur Behandlung von Neuanschuldungen beziehen sich nur auf gleichlautende Leistungsgesuche (SVR 1999 IV Nr. 21).

5.3 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG) vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b m. Hinw.). 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 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 Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevisiun nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 105 V 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten 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); dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen erfolgt sind, die aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwands der Verwaltung unbeachtlich bleiben. Ist dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs erfolgt und dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint worden, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis ■ vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revisiun ■ bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 77 E. 3.2.3). In BGE 133 V 108 hat das Bundesgericht festgestellt, dass es sich bei der Neuanschuldung und der Rentenrevisiun zwar nicht um identische, wohl aber insofern um ähnliche Rechtsinstitute handelt, als beide auf eine erneute Prüfung eines Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse zielen (E. 5.2 S. 111). Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei lediglich eine rechtskräftige Verfügung ■ hier jene vom 18. Februar 2016 (IV-Nr. 43) ■, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs

beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Liegt keine entsprechende Verfügung vor, fehlt es an einem Vergleichsobjekt (Urteil des Bundesgerichts 8C_519/2007 vom 10. September 2008 E. 3.2).

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass das Gutachten der Gutachterstelle S.____ den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten nicht gerecht werde und damit als beweisuntauglich zu qualifizieren sei. Zur Begründung wird beschwerdeweise im Wesentlichen Folgendes angeführt: Zunächst sei die Gesamtbeurteilung der Gutachterstelle S.____ nicht schlüssig. Trotz der durch sie erwähnten Limitationen beim Beschwerdeführer seien die Gutachter von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen. Korrekterweise sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Im Weiteren seien die Gutachter fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses zu einem 80%-Pensum gearbeitet habe, was aber nicht der Fall sei. Er könne keine Leistung von 80 % mehr erbringen, weshalb ihm auch gekündigt worden sei. Nicht nachvollziehbar sei auch die Einschätzung der Gutachter, wonach der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit 100 % arbeitsfähig sein solle. So könne er nicht länger als 50 ■ 60 Minuten in einer Körperposition verharren und müsse sich dann ausgedehnt bewegen. Dazu komme, dass er gemäss der Beurteilung der Gutachter bloss in der zweiten Tageshälfte tätig sein könne. Konsequenterweise wäre von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ferner liege auf der Hand, dass Dr. med. V.____ keine Kenntnisse auf dem hier notwendigen Fachgebiet habe, sondern offensichtlich bloss einer seiner Arbeitskollegen. Die Stellungnahmen der Gutachterstelle S.____ hätten keine Klärung gebracht. Das Erfordernis bzw. die Bedingung bei der Auftragsvergabe, dass im vorliegenden Fall besondere Fachkenntnisse bzw. der Beizug eines Neurologen mit besonderen Kenntnissen in Mitochondriopathien vonnöten sei, habe die Gutachterstelle S.____ nicht erfüllt. Es sei festzuhalten, dass der Gutachter keine Spezialkenntnisse im geforderten Fachgebiet aufweise und anlässlich der Begutachtung erwähnt habe, noch nie von diesem Gendefekt gehört zu haben. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass selbst der RAD nicht davon ausgehe, dass die Gutachterstelle S.____ korrekt und transparent informiert habe. Im Weiteren könne aufgrund der komplexen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers dessen Arbeitsfähigkeit offensichtlich nicht einfach anhand eines Gutachtens festgelegt werden; vielmehr sei diese mittels einem EFL-Testverfahren zu eruieren. Im Übrigen hätte die Beschwerdegegnerin zwingend einen Einkommensvergleich durchführen müssen, nachdem eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorliege; diesfalls wäre beim Invalideneinkommen ein «leidensbedingter» Abzug von 20 % vorzunehmen. Schliesslich seien dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zu gewähren (A.S.

E. 10

ff.).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort auf die Begründung des angefochtenen Entscheids sowie die Akten verwiesen (A.S. 33). Der Verfügung vom 5. November 2019 lässt sich Folgendes entnehmen: Die versicherungsmedizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die seit 1. November 2013 attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 ■ 25 % in der bisherigen Tätigkeit stimmig sei (gemeint: Arztbriefe

des Y.____) und sich aufgrund des unzureichenden Therapieerfolgs begründen lasse. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei in der Vergangenheit nie über einen längeren Zeitraum beeinträchtigt bzw. aufgehoben gewesen. Er, der Beschwerdeführer, vermöge leichte bis mittelschwere Tätigkeiten entsprechend seiner beruflichen Ausbildung in wechselnder Körperhaltung zu bewältigen, wobei das Verharren in einer einseitigen Körperposition (insbesondere Stehen und Sitzen) für Zeiträume über zirka 50 bis 60 Minuten hinaus nicht möglich sei. Er sollte daher die Möglichkeit haben, seine Körperposition immer wieder zu verändern, so dass er zwischendurch aufstehen und herumgehen könne. Zudem bestehe ein besseres Leistungsvermögen in der zweiten Tageshälfte, so dass ihm die Möglichkeit gegeben sein sollte, seine Arbeitszeit möglichst frei zu gestalten. Tätigkeiten im Akkord sowie mit Kälteexposition seien zu vermeiden. Eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % liege somit nicht vor. Ein Rentenanspruch sei nicht entstanden. Dem Gutachten zufolge beschäftige er sich mit der Skiproduktion in der eigenen Werkstatt. In einer zweiten Nebenbeschäftigung sei er für eine Medizinaltechnik-Firma tätig, für die er Dossiers zur Entwicklung von arthroskopischen Geräten schreibe. Schliesslich sei er als Springer in der Skischule Adelboden tätig, wo er an einzelnen Tagen aushelfe. Vor diesem Hintergrund seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt. In der Stellungnahme zu den Einwendungen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin festgehalten, dass das Administrativgutachten entgegen seiner Ansicht voll beweiskräftig sei (BGE 125 V 351 E. 3a); so gebe dieses hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen hinreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Ferner seien die darin enthaltenen Feststellungen und Beurteilungen einsichtig und verständlich gemacht worden. Bezüglich der 20- bis 25%igen Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit würden sich die Administrativgutachter auf die Arztbriefe des Y.____ beziehen, worin explizit von einer solchen Einschränkung ausgegangen werde. Soweit ersichtlich habe diese Institution zuletzt am 25. Juni 2016 die 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert. In der Folge habe sich das Y.____ ausser Stande gesehen, die tatsächliche Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, da eine sehr komplexe Symptomatik mit Schmerzen und Schlafstörung bestehe, die eine interdisziplinäre Beurteilung und vor allem eine arbeitsmedizinische Beurteilung nötig mache. Die Schlussfolgerungen der Administrativgutachter hätten Hand und Fuss. So habe der in seiner Eingabe vom 15. Mai 2018 Bericht erstattende Professor in Neurologie FMH erklärt, dass in Bezug auf die Diagnose die Überlegungen (der Gutachter) kohärent und klar nachvollziehbar seien. Es seien alle vorhandenen Akten gewürdigt und die Schlussfolgerungen kritisch aufgenommen worden. Die Gutachter gingen von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus und seien der Meinung, dass eine solche von 100 % in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe; auch dies sei rational und gut begründet. Der Vorwurf, der untersuchende Neurologe sei nicht qualifiziert genug, entbehre jeder Grundlage: Einerseits halte dieser Sachverständige gemäss Medizinalberufe-Register seit 1994 den Weiterbildungstitel in Neurologie (in der Schweiz anerkannt seit 18. Juli 2012). Andererseits habe das Bundesgericht in BGE 139 V 349 explizit darauf hingewiesen, dass die fachliche Koordination einen zentralen Teil von Interdisziplinarität ausmache. Die beauftragten Sachverständigen seien für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage sowie aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich. Mit dieser Gutachterpflicht

wäre es nicht vereinbar, wenn den Sachverständigen eine Disziplinenwahl aufgezwungen würde, die sie ■ auch nach pflichtgemässer Würdigung der für den Auftrag ausschlaggebenden Überlegungen ■ für (versicherungs-)medizinisch nicht vertretbar hielten. In diesem Kontext seien die Stellungnahmen der Gutachterstelle vom 8. Februar und 12. März 2019 ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ überzeugend ausgefallen. Im Übrigen gehöre zur Evidenzgewinnung in der Medizin nicht nur die persönliche Berufserfahrung, die Teilnahme an Ärztefortbildungen und Kongressen oder die Lektüre von publizierten Forschungsergebnissen oder Leitlinien von Fachgesellschaften, sondern auch der fachliche Austausch mit Kollegen. Von weiteren beweismässigen Vorkehren könne daher abgesehen werden. Weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. So seien dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen während einer angemessenen Zeitdauer gewährt worden. Er sei von Juli 2014 bis November 2015 mit einem Coaching unterstützt worden und habe geeignete Bewerbungstools erhalten, um die weitere Stellensuche selbständig fortzusetzen. Neben der selbständigen Tätigkeit führe er noch weitere Nebenbeschäftigungen aus; dies spreche ebenfalls dafür, dass keine weiteren Massnahmen erforderlich seien, zumal er sich nicht in dem durch die Gutachter attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle (IV-Nr. 130, A.S. 1 ff.).

7.

7.1 Hinsichtlich des relevanten medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Entscheids der IV-Stelle vom 18. Februar 2016 (IV-Nr. 43) lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Dr. med. Z.____, Oberärztin, Universitätsklinik für Neurologie, AA.____, diagnostizierte am 3. März 2015 ■ aufgrund der neuromuskulären Sprechstunde vom 23. Februar 2015 ■ beim Beschwerdeführer eine mitochondriale Zytopathie () sowie einen Status nach Asystolie 2003 (). In ihrer Beurteilung führte sie an, zusammenfassend zeige sich klinisch-neurologisch bis auf eine leichte linksseitige Akzentuierung der Muskeleigenreflexe an den oberen Extremitäten im Vergleich zur Voruntersuchung im Juli 2014 ein unveränderter Neurostatus. Auch ergäben sich anamnestisch bei bekannter mitochondrialer Zytopathie keine Hinweise auf sonstige Organbeteiligungen. Leider habe mittlerweile die bezüglich morgendlicher Myalgien früher gut wirksame Behandlung mit 2 ml Lidocain 2 % subkutan an Wirksamkeit verloren, wobei aktuell nach exzessiver sportlicher Betätigung seit Anfang Februar glücklicherweise wieder Schmerzfreiheit bestehe. Schliesslich attestierte sie ihm eine 75%ige Arbeitsfähigkeit als Medizintechniker (IV-Nr. 29, S. 1 ff.).

7.2 In der Folge hielt der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin im Abschlussbericht über die berufliche Eingliederung vom 5. Januar 2016 bei der objektiven Einschätzung zur Eingliederungsfähigkeit fest, die letzte der IV-Stelle vorliegende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stamme von Dr. med. Z.____, AA.____. In ihrem Bericht vom 3. März 2015 werde die Arbeitsfähigkeit für den Beruf als Medizintechniker mit 75 % angegeben (IV-Nr. 41); darauf stützte sich die Beschwerdegegnerin in ihrer ablehnenden Verfügung vom 18. Februar 2016 ab (IV-Nr. 43, S. 1).

8. Die medizinische Aktenlage seit Eingang der zweiten Leistungsanmeldung vom 9. Juni 2016 präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

8.1 Am 25. Juni 2016 diagnostizierten Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____, beide Universitätsklinik für Neurologie am G.____, beim Beschwerdeführer (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine Durchschlafinsomnie und NREM Myoclonus, am ehesten iR Dg

2, eine mitochondriale Zytopathie (klinisch: den ganzen Körper betreffende frühmorgendliche Myalgien; Muskelbiopsie M. deltoideus rechts vom 23. März 2011: Ragged-red-fibres; genetischer Befund: Variante A7754G (p.D57N) unklarer Pathogenität; mt-DNA Population mit 10kbp-Deletion (Heteroplasmie, 31 %) und ein Schlafapnoe-Syndrom AHI 18.9h/h (3/2016) (CPAP-Therapie ab 1/2011 bis 8/2014 [subjektiv kein Effekt]). Den Gesundheitszustand des Patienten bezeichneten sie als stationär und erachteten die bisherige Tätigkeit im Rahmen von sechs Stunden pro Tag bei einem Arbeitspensum von 80 % wie auch eine andere Tätigkeit als zumutbar. Es bestehe eine Tagesmüdigkeit wegen der schmerzbedingten Durchschlafinsomnie. Schliesslich hielten die Ärzte fest, soweit eruierbar wünsche der Patient die Integration in einem anderen beruflichen Umfeld nicht und sei diese medizinisch momentan nicht klar indiziert. Eine weitere Reduktion des Arbeitspensums müsse im Verlauf erneut evaluiert werden. Das weitere diagnostische und therapeutische Procedere (z.B. Vorstellung auf ihrer Schmerzklinik) sei allerdings momentan offen; sie, die beiden Ärzte, würden dieses mit dem Patienten während der nächsten Schlafsprechstunde im Beisein eines OA des neuromuskulären Zentrums besprechen (IV-Nr. 54).

8.2 Dr. med. H.____ erstattete am 3. August 2016 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Arztbericht. Er führte dabei als Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine mitochondriale Myopathie (genetisch gesichert 2011; ausgeprägtes myofaszielles Schmerzsyndrom; nächtliche Ruheschmerzen; Tagesmüdigkeit) an und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zuletzt vom 20. Juni ■ 31. August 2016 mit 50 %. Den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezeichnete er als stationär. Das durch die Beschwerdegegnerin beigelegte Beiblatt (Stellungnahme für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit und des Rentenanspruchs, vgl. IV-Nr. 57, S. 3 f.) füllte Dr. med. H.____ nicht aus, legte stattdessen verschiedene Berichte über medizinische Untersuchungen etc. bei (vgl. IV-Nr. 57, S. 9 ■ 148).

8.3 Die Fragen der Beschwerdegegnerin vom 16. August 2016 beantwortete die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ am 26. September 2016 wie folgt: Die bisherige Tätigkeit als Ingenieur sei während sechs Stunden pro Tag zumutbar (Die Beurteilung der Neurologen wirke stärker als die hausärztliche). Die Antwort auf die Frage, wie es mit der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aussehe, entfalle. Als Bemerkung hielt die RAD-Ärztin fest, eine weitere Verschlechterung sei jederzeit möglich (IV-Nr. 59).

8.4 Am 11. November 2016 berichteten Dr. med. I.____ und med. pract. J.____ über die Untersuchung des Beschwerdeführers anlässlich ihrer neuromuskulären Sprechstunde vom 2. November 2016. Die Ärztinnen diagnostizierten eine mitochondriale Zytopathie (klinisch: Tagesmüdigkeit, morgendliche Myalgien; Muskelbiopsie M. deltoideus rechts vom 23. März 2011: Ragged-red-fibres genetischer Befund: Variante A7754G (p.D57N) unklarer Pathogenität; zusätzlich mt-DNA Population mit 10kbp-Deletion (Heteroplasmie, 31 %), ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (AHI initial 12,4/h (Polysomnographie 6. Juli 2010); BMI 24 kg/m²; CPAP-Therapie ab 1/2011 (eigenes Gerät) bis 8/2014 (subjektiv kein Effekt) und einen Status nach Asystolie 2003 (Hospitalisation [...])). In ihrer Beurteilung führten sie Folgendes an: «Vorstellung bei schwieriger sozialer Situation mit Verlust des Arbeitsplatzes vor einem Monat, laufendem IV-Verfahren und persistierender Schmerzsymptomatik und Tagesmüdigkeit». Anamnestisch vordergründig seien nächtlich betonte Schmerzen am ganzen Körper, wodurch der Patient nur wenige Stunden Schlaf finde und am Tag unkonzentriert und müde sei. Klinisch finde sich im Vergleich zur

Voruntersuchung vom August 2015 ein weitestgehend unveränderter Befund. Bezüglich der mitochondrialen Myopathie bestehe aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit im zuvor ausgeübten Beruf als Medizintechniker. Jedoch bestehe insgesamt eine sehr komplexe Symptomatik mit Schmerzen und Schlafstörung, die eine interdisziplinären medizinischen Beurteilung und vor allem eine arbeitsmedizinische Beurteilung nötig machten. Es sei ihnen, Dr. med. I. ___ und med. pract. J. ___, aus neurologischer Sicht und im Rahmen der ambulanten Konsultation nicht möglich, die tatsächliche Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung aller Teilaspekte zu beurteilen (IV-Nr. 66).

8.5 In ihrer Stellungnahme vom 3. Januar 2017 führte die RAD-Ärztin Dr. med. B. ___ Folgendes aus: Die RAD-Stellungnahme vom 26. September 2016 sei auf der Basis der AF-Beurteilung der Neurologie des Y. ___ vom 25. Juni 2016 (6h/Tag) erfolgt. Zum Zeitpunkt ihrer ■ so Dr. med. B. ___ ■ Stellungnahme sei die Kündigung des Arbeitgebers per Ende 9/2016 bereits bekannt gewesen; diese sei erfolgt, nachdem der Versicherte das vereinbarte 80%-Pensum nicht mehr halten können. Im neurologischen Verlaufsbericht vom 11. November 2016 werde nun zur Arbeitsfähigkeit nicht mehr qualitativ und quantitativ Stellung genommen. Es werde pauschal festgehalten, dass der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit aufgrund der Erkrankung eingeschränkt sei. Hingegen werde im IV-Bericht der Schmerzprechstunde des AB. ___s vom 18. November 2016 seit Juni 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert. Es werde erwähnt, dass der Versicherte vor allem durch den gestörten Nachtschlaf und durch Ruheschmerzen beeinträchtigt sei. Bei sportlichen Aktivitäten sei er nicht eingeschränkt; je mehr er sich bewege, desto besser gehe es ihm. Im Bericht werde auch die Überweisung in die Spezialsprechstunde für metabolische Syndrome, Prof. N. ___, erwähnt. Am 2. November 2016 sei der Versicherte noch zu einer Verlaufskontrolle in der neuromuskulären Sprechstunde der Neurologie des Inselspitals gewesen, die, wie gesagt, keine neue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gemacht hätten. Die neurologische Untersuchung habe keine Verschlechterung ergeben. Gemäss Abschlussbericht der Beruflichen Integration habe der Versicherte Pläne gehabt, sich umzuorientieren. Er habe eine eigene Skimarke lanciert und sei damit im Herbst 2015 auf der [...] gewesen. Die erwähnte AC. ___ GmbH in [...] scheine weiter zu bestehen. In den eingereichten Unterlagen werde eine Leistungsfähigkeit in dieser Tätigkeit nicht besprochen. Auch sei das Ausmass der aufgewendeten Zeit für diese Tätigkeit unklar. In der neurologischen Verlaufsuntersuchung werde die in der Schmerzprechstunde im AB. ___ besprochene Überweisung in die Spezialsprechstunde für metabolische Syndrome nicht erwähnt und ansonsten keine neuen Tatsachen geltend gemacht. Versicherungsmedizinisch sei eine eigentliche Verschlechterung ab September 2016 nicht bestätigt. Die vom Arbeitgeber dokumentierten Krankheitsabsenzen 2016 seien in den RAD-Akten nicht durch entsprechende AUF-Atteste belegt. In einem ersten Schritt schlage sie, Dr. med. B. ___, vor, den Konsultationsbericht der Spezialsprechstunde für metabolische Syndrome einzuholen. Ausserdem sei bei Dr. med. K. ___, Psychiater, an den eine Kopie des neurologischen Verlaufsberichtes versandt worden sei, ein IV-Bericht einzuholen. Parallel dazu werde der Versicherte zu einem Gespräch in die IV eingeladen, damit der berufliche Verlauf seit Abschluss der Integrationsmassnahmen aktualisiert werden könne. Danach werde ein Gutachten in die Wege geleitet (IV-Nr. 73).

8.6 Dr. med. K. ___ diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Januar 2017 an die Beschwerdegegnerin (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) beim Beschwerdeführer ein

chronifiziertes, Extremitäten betontes Schmerzsyndrom mit / bei bekannter mitochondrialer Myopathie (genetischer Defekt) und Schmerzen, vor allem in Ruhe und in der Nacht, eine mittelschwere depressive Episode mit / bei psychosozialer Belastungssituation mit Kündigung der Arbeitsstelle, bestehend seit Sommer 2016, sowie ein Schlafapnoesyndrom unklarer Ausbreitung mit / bei Konzentrationsschwierigkeit und Tagesschläfrigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er, Dr. med. K.____, nicht bescheinigt. Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei besserungsfähig. Beim Befund gab Dr. med. K.____ Folgendes an: «55-jähriger, allseits orientierter Mann, der enttäuscht und niedergeschlagen wirkt.» Das Denken beschäftige sich stark mit seiner schwierigen Situation, bei der er eine selbständige Tätigkeit anstreben möchte, um aus der Arbeitslosigkeit herauszukommen, wo er aber lauter Hindernisse durch das RAV erlebte. Das Denken sei formal unauffällig. Es sei keine akute Suizidalität erfassbar. Die Stimmung sei niedergeschlagen, enttäuscht. Der Patient klagt über diffuse Schmerzen in den Extremitäten, die vor allem in Ruhe auftraten und die auf Bewegung hin besserten. Weiter gab Dr. med. K.____ an, dem Patienten zu einer psychotherapeutischen Behandlung geraten zu haben. Die bisherigen psychopharmakologischen Behandlungsversuche seien erfolglos geblieben. Die Prognose bezüglich der bekannten mitochondrialen Myopathie sei schlecht (IV-Nr. 77).

8.7 Am 23. Januar 2017 fand ein interdisziplinäres Gespräch in der IV zur Standortbestimmung statt, an dem der Beschwerdeführer, die Fachpersonen Leistung, berufliche Integration und Abklärungsdienst für Selbstständigerwerbende sowie die RAD-Ärztin Dr. med. B.____ teilnahmen. Zum weiteren Vorgehen hielt die RAD-Ärztin im Wesentlichen fest, dass die IV die Pläne des Versicherten, sich selbstständig zu machen, unterstütze. Betreffend Rentenprüfung müsse der weitere Verlauf abgewartet werden, da die Ergebnisse der nach Konsultation bei Prof. N.____ geplanten Ernährungsumstellung und der Zweit-Meinung durch Dr. med. AD.____, Neurologie AE.____, noch ausstünden (IV-Nr. 81).

8.8 Dr. med. M.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Februar 2017 an Dr. med. AI.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, [...], beim Beschwerdeführer eine mitochondriale Zytopathie (nächtliche Schmerzen der oberen Körperhälfte; aktuell neurologisch unauffällig). Im Rahmen seiner Beurteilung führte er aus, dass beim 54-jährigen Patienten langjährige, nachts betonte Schmerzen in der oberen Körperhälfte bestünden. Bei ihm sei vor Jahren die Diagnose einer mitochondrialen Zytopathie gestellt worden; diesbezüglich erwarte er noch weitere Abklärungen von der Genetik des Y.____. Offensichtlich habe ihm Prof. N.____ eine ketogene Diät empfohlen; auch diesbezüglich warte er noch ab. Aktuell sei die neurologische Untersuchung im Prinzip unauffällig. Die Situation präsentiere sich somit nicht wesentlich anders als in den Jahren zuvor. Die psychosoziale Situation des Patienten sei mittlerweile durch den Arbeitsverlust schwierig geworden. Beim RAV habe er jetzt, nach Einschalten der Rechtsschutzversicherung, Zahlungen erhalten. Die von ihm vorgeschlagene flexible Arbeitszeit sei von der Firma [...] offenbar nicht akzeptiert worden; sein diesbezügliches Anliegen sei an sich zu unterstützen. Es sei nachvollziehbar, dass er mit seinen Beschwerden am besten zeitlich flexibel und zum Teil auch von zuhause arbeiten könnte. Im Prinzip wären ihm auch körperlich schwerere Arbeiten ohne weiteres zuzumuten, umso mehr als Bewegung und Sport die Schmerzen in der Nacht positiv beeinflussten. Weiter stellte Dr. med. M.____ fest, dass aus neurologischer Sicht aktuell keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen erforderlich seien (IV-Nr. 86).

8.9 Dr. med. N.____ reichte am 18. April 2017 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht ein, worin er beim Beschwerdeführer (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine mitochondriale Zytopathie (klinisch: den ganzen Körper betreffende frühmorgendliche Myalgien; bestätigt in der Muskelbiopsie M. deltoideus rechts vom 23. März 2011: Ragged-red-fibres; genetischer Befund: mt-DNA Population mit 10kbp-Deletion (Heteroplasmie, 31 %), ein Schlafapnoe-Syndrom (AHI initial 12.4/h [7/2010], aktuell 18.9h/h [3/2016]; BMI 24 kg/m²; CPAP-Therapie ab 1/2011 bis 8/2014 [subjektiv kein Effekt]), eine Insomnie und NREM Myoclonus bei Diagnosen 2 und 3 sowie einen Verdacht auf eine depressive Episode diagnostizierte. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Im Weiteren führte Dr. med. N.____ aus, der Patient leide an einer mitochondrialen Myopathie, die sich vor allem durch therapierestente Myalgien vor allem nachts und daher Insomnie und Tagesmüdigkeit manifestiere. Bei langem Liegen und Sitzen nähmen die Schmerzen zu. Allgemein seien diese Störungen eher progredient. Laborchemisch könne momentan kein erhöhtes Laktat oder CK objektiviert werden, was aber für die mitochondriale Pathologie nicht ungewöhnlich sei. In welchem Ausmass die Beschwerden zusätzlich psychisch überlagert seien, sei schwierig zu beurteilen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Patienten noch zuzumuten, wobei die Leistungsfähigkeit um 40 ■ 50 % vermindert sei. Dem Versicherten seien auch andere Tätigkeiten zuzumuten; die Frage, in welchem Ausmass, konnte Dr. med. N.____ nicht beantworten. Seiner Meinung nach sollte der Patient neuropsychologisch und somatisch weiter abgeklärt werden (IV-Nr. 88).

8.10 Im Bericht vom 14. September 2017 an den Hausarzt des Beschwerdeführers kamen Dr. med. AF.____, Oberärztin Medizinische Genetik FMH, und PD Dr. phil. nat. AG.____, Stv. Abteilungsleiter, beide Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Y.____, zu folgendem Schluss: Zusammenfassend bestünden beim Ratsuchenden seit mehreren Jahren muskelkaterartige Myalgien der Extremitäten, die unter Belastung eher regredient seien und mit ausgeprägten Schlafstörungen einhergingen; insgesamt sei die Symptomatik deutlich progredient und habe zum Verlust des Arbeitsplatzes geführt. Im Hinblick auf die Ätiologie seien bereits ausführliche Abklärungen erfolgt, u.a. eine Biopsie des M. deltoideus (2011), die sogenannte ragged red Fasern gezeigt habe, die COX-negativ gewesen seien und eine hohe SDH-Aktivität aufgewiesen hätten. Bei Verdacht auf eine mitochondriale Zytopathie sei in der Folge eine Analyse des mitochondrialen Genoms am Muskelgewebe durchgeführt worden; dabei habe sich in ~ 31 % der mtDNA-Population eine zirka 10 kbp umfassende Deletion gezeigt. Zusätzlich habe sich eine Variante unklarer Bedeutung in der Untereinheit 2 der Cytochrom c Oxidase (A7754G, p.D57N) gefunden, welche die Symptomatik jedoch nicht erklären dürfte. Im Hinblick auf den Verdacht auf eine mitochondriale Erkrankung sei im Rahmen der aktuellen Konsultation eine Multi-Gen-Panel-Diagnostik für nukleär-kodierte mitochondriale Gene durchgeführt worden. Dabei hätten sich vier Varianten / Mutationen in rezessiv vererbten Erkrankungen (Ahornsirup-Erkrankung Typ Ia, Glutarazidurie, Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung Typ D und primärer Co-Enzym Q10-Mangel 6) gezeigt. Da sich jedoch in keinem dieser Gene auf dem zweiten Allel eine Veränderung habe nachweisen lassen, sei davon auszugehen, dass diese Varianten nicht allein ursächlich für die Symptomatik des Patienten seien. Zusammenfassend habe die durchgeführte Analyse leider nicht zur Klärung der komplexen neurologischen Symptomatik geführt. Aufgrund des Befunds der 2011 durchgeführten Muskelbiopsie könne das Vorliegen einer mitochondrialen Erkrankung nicht ausgeschlossen werden, obwohl sich auch bei der aktuellen Untersuchung kein molekulargenetisches Korrelat habe

identifizieren lassen. Ob differentialdiagnostisch auch andere neurologische Erkrankungen in Betracht gezogen werden müssten (z.B. Channelopathien?), überliessen sie dem betreuenden Neurologen (IV-Nr. 92, S. 1 ff.).

8.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. R. ___ stellte am 17. Oktober 2017 fest, dass beim Versicherten eine äusserst seltene und komplexe Krankheitsätiologie bestehe. Zur genauen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Neurologie (mit besonderen Kenntnissen in Mitochondriopathien), Neuropsychologie, Rheumatologie, Kardiologie und Psychiatrie notwendig (IV-Nr. 94).

8.12 Prof. Dr. med. Q. ___ diagnostizierte im Bericht vom 12. Oktober 2017 ruhe- und temperaturabhängige Myalgien (Verdacht auf atypische Myotonie aufgrund einer Natrium Kanalstörung; mit sekundären mitochondrialen Störungen [morphologisch, genetisch]), ein Schlafapnoesyndrom, einen Status nach Diskushernienoperationen lumbal, einen Status nach Cholelithiasis (2007) sowie einen Status nach Asystolie (2003). Im Rahmen der Beurteilung führte Prof. Dr. med. Q. ___ aus, es bestünden im Wesentlichen Myalgien mit Verspannungen (als Myogelosen nachweisbar), die in Ruhe, besonders in der Nacht aufträten, welche temperaturabhängig seien und auf Lidocain und Neocitran (ein Kombinationspräparat, enthaltend Pheniramin und Phenylephrin, für die Natrium Rezeptoren Modulation beschrieben worden sei) etwas ansprächen. Es sei eine mitochondriale Cytopathie gesucht; einzelne Elemente sprächen dafür (Histologie, Deletion im mitochondrialen Genom, aber in einem relativ niedrigen Anteil). Eine erwartete Mutation in einem nukleären Gen sei aber in eingehenden molekular-genetischen Untersuchungen nicht gefunden worden. In der Anamnese seien zudem für eine mitochondriale Cytopathie atypische Elemente vorhanden, vor allem das Auftreten in Ruhe (auch nicht nach besonderen Belastungen). Die Besserung verbleibe während körperlichen Tätigkeiten dann die ganze Zeit, dies im Gegensatz zu denjenigen bei mitochondrialen Cytopathie, wo die Leistung dann typischerweise wieder abnehme. Auch das Fehlen jeglichen Effekts der bei mitochondrialen Cytopathie manchmal wirkungsvollen Behandlung mit Substanzen, die die mitochondriale Funktion unterstützten, spreche etwas dagegen. In diesem Fall komme als Differentialdiagnose eine atypische Myotonie, wie sie bei einzelnen Natrium Kanal (NaV1.4, SCN4A Gen) Mutationen beschrieben worden sei. Die Veränderungen in der Biopsie könnten sekundär sein. Basiert auf eine solche Hypothese, könnten Therapien mit anderen Substanzen gesucht werden (IV-Nr. 100.8, S. 3 f.).

8.13 Im internistischen Gutachten von Dr. med. T. ___ vom 16. Januar 2018 zuhanden der Gutachterstelle S. ___ hielt der Gutachter fest, dass keine internistischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) zu stellen seien. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit liege auf internistischem Gebiet bei 100 %. Sowohl das Schlafapnoe-Syndrom wie auch die gastroösophageale Refluxkrankheit bei Hiatushernie und die Sigmadivertikulos bei Zustand nach Abtragung eines Kolonpolypen am 18. Mai 2016 mit unauffälliger Histologie, der Verdacht auf Reizdarm und die beginnende Prostatahypertrophie beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Es ergäben sich sowohl durch die heutige Untersuchung wie auch durch die Aktenlage keinerlei Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf internistischem Gebiet längerdauernd eingeschränkt gewesen sei. Aus rein internistischer Sicht sei die Prognose nicht eingeschränkt (IV-Nr. 100.4).

8.14 Am 16. Januar 2018 verfasste Dr. med. X.____ zuhanden der S.____ das rheumatologische Gutachten, worin er keine rheumatologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) anführte. Als Quintessenz für die interdisziplinäre Beurteilung hielt der Gutachter fest, die bisherige Tätigkeit als Ingenieur im Herstellungsprozess von Gelenkprothesen dürfte als dem Leiden gut angepasst beurteilt werden und somit aus rheumatologischer Sicht dem Versicherten noch in vollem Umfang zugemutet werden können; dies gelte auch für alle anderen administrativen Tätigkeiten in einem Büro resp. für andere Tätigkeiten mit ähnlichen mechanischen Belastungen bzw. für alle anderen dem Leiden angepassten Verweistätigkeiten. Die aktuelle Einschätzung der klinischen Symptomatik entspreche derjenigen des Rheumatologen Dr. med. AH.____ von Oktober 2008. Seither hätten sich keine Veränderungen des Gesundheitszustands aus rheumatologischer Sicht entwickelt. Die aktuelle Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als auch für eine dem Leiden bestens angepassten Tätigkeit habe seit mindestens 2008 Gültigkeit. Die Prognose sei aus rheumatologischer Sicht gut (IV-Nr. 100.3).

8.15 Im kardiologischen Gutachten vom 30. Januar 2018 zuhanden der Gutachterstelle S.____ stellte Dr. med. U.____ keine kardiologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend hielt der Gutachter fest, dass sich aus kardiologischer Sicht keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Kardiopathie ergäben (IV-Nr. 100.7).

8.16 Lic. phil. W.____ stellte am 2. Februar 2018 der Gutachterstelle S.____ das neuropsychologische Teilgutachten vom 30. Januar 2018 zu; darin stellte sie am Schluss fest, das Leistungsprofil sei zwar ■ abgesehen von den Konzentrationsschwankungen ■ mit unauffälligen Aufmerksamkeitsfunktionen und erwartungsgemässen Exekutivfunktionen sowie gutem Arbeitstempo im Rahmen einer psychischen Störung ungewöhnlich, aber letztendlich wohl die wahrscheinlichste Erklärung, zumal der Versicherte auch vom Eindruck her sehr zermürbt und leidend gewirkt habe. Aus neuropsychologischer Sicht sollte aufgrund der reduzierten Fähigkeit, sich neue Informationen anzueignen, darauf geachtet werden, dass der Versicherte im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit auf seine zahlreichen Kenntnisse in verschiedenen Berufssparten und Tätigkeiten zurückgreifen könne. Das Einarbeiten in eine komplett neue Tätigkeit wäre sicherlich erschwert. Dem Versicherten sollte es möglich sein, wichtige Informationen schriftlich festhalten zu können und auch andere gedächtnisstützende Massnahmen (Terminkalender, Handy, etc.) zu benutzen. Aufgrund der wahrscheinlich psychisch verursachten kognitiven Defizite verweise sie, die Gutachterin, für eine genauere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das psychiatrische Gutachten (IV-Nr. 100.6).

8.17 Am 16. Februar 2018 erstattete Dr. med. V.____ der Gutachterstelle S.____ das psychiatrische Gutachten, worin er keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) stellte. Zusammenfassend sei unter Berücksichtigung der beschriebenen Zusammenhänge auf psychiatrischem Fachgebiet, mit Ausnahme einer zeitweiligen Anpassungsstörung, keine Symptomatik mit relevanter krankhafter Bedeutung festzustellen. Die Arbeitsfähigkeit werde daher aus psychiatrischer Sicht nicht beeinträchtigt. Demnach lasse sich auch mit Bezug auf die Diskussion der Indikatoren keine psychiatrische Erkrankung gemäss ICD-10 mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erfassen. Anhaltspunkte für eine Aggravation ergäben sich nicht. Die Kategorie funktioneller Schweregrad beschreibe eine allenfalls zeitweilige leichte Störung der Affektivität im Sinne einer Anpassungsstörung. Eine weiterführende psychiatrisch-psychotherapeutische

Behandlung habe nicht stattgefunden. Die beschriebene Anpassungsstörung stehe in unmittelbarem Zusammenhang mit den vorgetragenen Myalgien im Rahmen der mitochondrialen Zytopathie. Der Komplex «Persönlichkeit» beschreibe einen differenzierten Mann, der über eine angemessene Realitätsprüfung und Urteilsbildung verfüge. Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung seien ungestört. Einschränkungen der Impulskontrolle lägen nicht vor. Die Selbstwertregulation sei angemessen. Intentionalität und Antrieb seien normal. Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug ergäben sich nicht. Die vom Versicherten vorgetragene Lebensgestaltung, gerade in den Wintermonaten mit einer beruflichen Betätigung, decke sich mit seinem alltäglichen Aktivitätsniveau und rechtfertige aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung seiner beruflichen Belastbarkeit. Weitere Behandlungsmassnahmen seien nicht angezeigt. Im Weiteren hielt der Gutachter fest, der Versicherte sei entsprechend seiner beruflichen Ausbildung und intellektuellen Begabung einer ganztägigen Arbeitsbelastung gewachsen. Als Quintessenz für die interdisziplinäre Beurteilung sei festzustellen, dass beim Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit bestehe. Er, Dr. med. V.____, vermöge die in den zitierten Arztberichten von Dr. med. K.____ vom 5. Oktober 2016 bzw. 10. Januar 2017 formulierte mittelgradige depressive Episode nicht zu bestätigen. Es handle sich vielmehr um eine vorübergehende Anpassungsstörung im Rahmen der körperlichen Erkrankung mit Verlust des Arbeitsplatzes, wobei der Versicherte persönlichkeitsgebunden über angemessene Ressourcen verfüge, die emotionale Belastung auf Dauer zu bewältigen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht über keinen längeren Zeitraum beeinträchtigt bzw. aufgehoben gewesen. Die Prognose sei günstig (IV-Nr. 100.5).

8.18 Ebenfalls am 16. Februar 2018 erstellte Dr. med. V.____ das neurologische Gutachten. Mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) diagnostizierte der Gutachter beim Beschwerdeführer generalisierte Myalgien bei möglicher mitochondrialer Zytopathie (DD [Differentialdiagnose] Verdacht auf atypische Myotonie aufgrund einer Natrium-Kanalstörung mit sekundären mitochondrialen Störungen) und ohne Relevanz für Arbeitsfähigkeit ein degeneratives LWS-Syndrom ohne radikuläre Ausfälle. Seinen weiteren Ausführungen lässt sich u.a. entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 80 % betrage, da der Versicherte Tätigkeiten am PC in sitzender bzw. stehender Position über längere Zeit nicht mehr durchführen und längerdauernde Gesprächstermine aufgrund der in einer fixierten Körperhaltung zunehmend auftretenden generalisierten Myalgien nicht mehr wahrnehmen könne. Dagegen sei in einer Verweistätigkeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-Nr. 100.2).

8.19 Die Fachärzte der Gutachterstelle S.____ fassten in ihrem Gutachten vom 22. März 2018 die medizinische Vorgeschichte wie folgt zusammen (IV-Nr. 100.1, S. 23): Der Versicherte sei seit 2010 an einer möglichen mitochondrialen Zytopathie erkrankt und leide in diesem Rahmen unter anhaltenden, bis heute therapieresistenten passageren Myalgien, die seine Belastbarkeit vor allem in der ersten Tageshälfte einschränkten. Seine letzte berufliche Tätigkeit als Entwicklungsingenieur habe er am 30. September 2016 verloren, nachdem er sein früheres Arbeitspensum nicht mehr aufrechterhalten können und bereits seit 28. August 2013 eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Im Zuge des Verlustes des Arbeitsplatzes sei eine zeitweilige depressive Symptomatik aufgetreten, die im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode

interpretiert worden sei. Zudem habe der Versicherte im Jahr 2003 im Rahmen einer unklaren Herzrhythmusstörung eine vorübergehende Asystolie erlitten, deren Ursache nie habe geklärt werden können. Darüber hinaus seien in den Akten ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit Behandlungen mehrerer Bandscheibenvorfälle und ein Schlafapnoesyndrom beschrieben worden. Die aktuelle polydisziplinäre Begutachtung diene einer Bewertung der zurückliegenden Krankengeschichte, der aktuellen Untersuchungsbefunde auf den jeweiligen Fachgebieten sowie den sich daraus ergebenden Konsequenzen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Anschliessend stellten die Gutachter folgende Diagnosen (IV-Nr. 100.1, S. 24):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Generalisierte Myalgien bei möglicher mitochondrialer Zytopathie, DD: Verdacht auf atypische Myotonie aufgrund einer Natrium-Kanalstörung mit sekundären mitochondrialen Störungen

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

E. 12

12.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 12.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 26. Februar 2020 eine Kostennote und am 11. Februar 2021 eine ergänzende Kostennote eingereicht, worin er bei einem Stundenansatz von CHF 250.00 einen Kostenersatz (inklusive Auslagen) von insgesamt CHF 4'272.90 in Rechnung stellt (A.S. 36 f, 45 f.). Der geltend gemachte Zeitaufwand von insgesamt 15,29 Stunden enthält auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient» etc.) geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 0,85 Stunden. Für die Verhandlung wird ein Zeitaufwand von 1,5 Stunden angeführt; diese hat jedoch nicht länger als eine Stunde gedauert. Folglich ist ein Zeitaufwand von (rund) 14 Stunden (15,29 \cdot 1,35) zum Stundenansatz von CHF 250.00 zu entschädigen. Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 144.90 sind in Beachtung von § 160 Abs. 3 i.V.m. § 157 Abs. 3 Gebührentarif (GT) und § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag (GAV), wonach die Entschädigung CHF 0.70 pro Kilometer (gem. Fassung § 161 lit. a GAV vom 27. Januar 2009) beträgt, zu kürzen; damit betragen die Auslagen noch insgesamt CHF 102.90. Somit ist die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 3'880.00 (14 Std. \times CHF 250.00, zzgl. CHF 102.90 und MwSt) festzusetzen. 13. 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 die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00

zurückzuerstatten.

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