

SO_GERICHTE VSBES.2019.291 vom 3. Februar 2021

SO Obergericht, 2021-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.291_d20210203

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.291 du 3 février 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.291 del 3 febbraio 2021

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1963, meldete sich am 19. August 2016 bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 1). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden eine koronare Herzerkrankung und eine chronische myeloische Leukämie angegeben. Der seit 17. Februar 2014 bei der Stiftung B.____, [...], in einem Pensum von 100 % als «Bereichsleiter Büroservice» tätige Beschwerdeführer war seit 14. Mai 2016 zu 100 % arbeitsunfähig.

1.2 Die Beschwerdegegnerin führte ein Intake-Gespräch mit dem Beschwerdeführer (IV-Nr. 9), woraufhin sich dieser am 10. November 2016 zum Leistungsbezug anmeldete (IV-Nr. 12). 1.3 Im Anschluss holte die Beschwerdegegnerin die Akten der Krankentaggeldversicherung C.____ und weitere medizinische Unterlagen ein (IV-Nr. 16). Zudem gewährte sie dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen in Form eines Coachings und eines Belastbarkeitstrainings bei der Institution D.____ (IV-Nrn. 26, 49, 56 und 70). Während des Belastbarkeitstrainings bezog der Beschwerdeführer ein Taggeld (IV-Nr. 57).

E. 2

2.1 Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer bei der Begutachtungsstelle E.____, [...], polydisziplinär begutachten (Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Psychiatrie, Neuropsychologie; IV-Nr. 58.1 – 58.3). Das Gutachten wurde am 25. Juni 2018 von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.____, Facharzt für Pneumologie, med. pract. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. I.____ und J.____, Fachpsychologinnen für Neuropsychologie, erstattet. 2.2 Der RAD nahm in der Person von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 31. Juli 2018 zum Gutachten Stellung und befand dieses hinsichtlich des psychiatrischen Teils für nicht nachvollziehbar. Es wurde eine erneute, bidisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie und Neuropsychologie empfohlen (IV-Nr. 63). 2.3 Ein solches bidisziplinäres Gutachten, zu erstellen durch die Begutachtungsstelle L.____, [...], wurde dem Beschwerdeführer am 21. August 2018 in Aussicht gestellt (IV-Nr. 65). Am 26. September 2018 wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen, weil der Beschwerdeführer zu weit vom ersten Arbeitsmarkt entfernt sei (IV-Nr. 74). Ihm wurden am 8. Oktober 2018 durch die Begutachtungsstelle die Begutachtungstermine mitgeteilt (IV-Nr. 75). 2.4 Mit Schreiben vom 23. November 2018 liess der mittlerweile anwaltlich vertretene Beschwerdeführer beantragen, die Begutachtung sei abzusetzen, und es sei

gestützt auf die Akten zu entscheiden (IV-Nr. 79). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Schreiben vom 3. und 12. Dezember 2018 an der Begutachtung fest (IV-Nrn. 81 und 83). Der Beschwerdeführer liess sich am 18. Dezember 2018 noch einmal vernehmen (IV-Nr. 85) und mitteilen, er sei bereit, an weiteren Untersuchungen durch einen RAD-Arzt, die Begutachtungsstelle M.____ oder anlässlich einer erneuten polydisziplinären Begutachtung mitzuwirken, nicht aber an einer bidisziplinären Begutachtung. 3. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 92 und 94) wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. November 2019 (IV-Nr. 103; Aktenseite [A.S.] 1 ff.) einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und / oder eine Invalidenrente ab. 4. Gegen die genannte Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2019 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat ein Administrativgutachten eingeholt, dessen Beweiswert sie als nicht gegeben erachtet. Zum Gutachten kann indes einleitend festgestellt werden, dass dieses in Kenntnis der gesamten Aktenlage und von auf den einzelnen Fachgebieten ausgewiesenen Expertinnen und Experten, die den Beschwerdeführer eingehend untersucht und dessen subjektive Angaben mitberücksichtigt haben, erstellt worden ist. Insofern erfüllt dieses Gutachten die allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. 7.2 Inhaltlich kommen die Gutachterinnen und Gutachter in der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass sich beim Beschwerdeführer in neuropsychologischer Hinsicht nicht authentische kognitive Störungen vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung zeigten. Die erhobenen Befunde seien in ihrer Art und Ausprägung fachlich nicht nachvollziehbar und auch nicht mit bekannten Mustern normaler oder pathologischer Hirnfunktion erklärbar. Folglich wird das Befundprofil im Rahmen einer mangelnden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung interpretiert, was mit zwei Symptomvalidierungsverfahren untermauert worden ist. Der Beschwerdeführer habe sich nur ungenügend auf die Untersuchung einlassen können, was sich einerseits bei der Bearbeitung der verschiedenen Aufgaben mit Werten, die teilweise mehr als drei Standardabweichungen von der Norm verzeichnet hätten, andererseits an den zwei Symptomvalidierungsverfahren mit auffälligen Werten gezeigt habe. Die im Rahmen der Symptomvalidierungsverfahren erbrachten Leistungen lägen deutlich unter den Leistungen von depressiven Patienten oder solchen mit einer Hirnverletzung mit einer ausreichenden Leistungsmotivation. Insofern erscheint es einleuchtend, dass die neuropsychologischen Expertinnen die Untersuchungsergebnisse als nicht verwertbar erachten. Gestützt wird dies auch dadurch, dass sich in der Untersuchungssituation verschiedene Inkonsistenzen gefunden hätten, die fachlich nicht nachvollziehbar seien. Es hätten sich nämlich innerhalb verschiedener Aufgaben, die derselben kognitiven Domäne zugehörig seien, inkonsistente Befunde gezeigt. Zudem seien die erhobenen psychometrischen Befunde und das Kommunikationsverhalten diskrepant. Der Beschwerdeführer habe beispielsweise Fragen ohne erhöhte Antwortlatenz beantwortet. Die testdiagnostisch manifeste, schwergradige sprachliche Verlangsamung sowie die schwergradige Konzentrationsstörung hätten sich im Gespräch nicht gezeigt. So hätten auch in den anderen Fachbereichen, die begutachtet worden sind, keine solche schwergradigen Störungen finden lassen können. Auch dass der Beschwerdeführer kurze Strecken Auto fahre, stehe in Widerspruch zu den schwergradig verlangsamten Reaktionszeiten, halten die Gutachterinnen weiter fest. Somit besitzt das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil zu wenig

Aussagekraft. Es kann nicht beurteilt werden, ob bedeutsame kognitive Defizite vorliegen. Die Frage, ob die verminderte Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie die Symptomverdeutlichung und die konsekutiven ausgeprägten kognitiven Minderleistungen während der Testung mit einer bestehenden psychopathologischen Symptomatik in Zusammenhang stehen und dadurch vollständig erklärbar sind, oder ob die Symptomverdeutlichung bewusstseinsnah erfolgt ist, ist indessen aus fachärztlich psychiatrischer Sicht zu beurteilen, wie abschliessend festgehalten wird. Der psychiatrische Gutachter ist zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer offen über sich und seine Beschwerden berichtet habe und keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation erkennbar seien. Kindheit und Jugend hat er als weitgehend unauffällig erachtet, dem mit Blick auf die Biografie zuzustimmen ist. Verwiesen wird jedoch auch auf einen vom Beschwerdeführer selbst erwähnten, im jungen Erwachsenenalter auftretenden Hang zum Perfektionismus, verbunden mit einem ausgeprägten Pflichtbewusstsein; diesen hat der psychiatrische Experte auch in der aktuellen Exploration erkannt: Der Beschwerdeführer müsse alles sehr gut erledigen und erfolgreich sein. Er kenne kaum Grenzen. Die Diagnose Leukämie habe ihm dann stark zugesetzt, und so hätten sich in diesem Zusammenhang erste Ermüdungserscheinungen leicht bemerkbar gemacht. Er habe die Geschäftsführungsarbeit aufgegeben, sei aber dennoch hoch aktiv geblieben, bis er 2016 einen Herzinfarkt erlitten habe. Danach sei es ihm nicht mehr gelungen, wieder auf die Beine zu kommen. Eine starke und schnell auftretende Erschöpfung habe ihn stark blockiert. Diese Muster seien längst nicht überwunden. Er ziehe stur durch, was er meine, unbedingt berichten zu müssen. Dabei sei er weitschweifig und lasse sich kaum führen. Aufgrund der erhobenen Befunde wird (übereinstimmend mit der Aktenlage) eine depressive Episode als möglich erachtet. Die klinischen Beschreibungen in den Vorberichten passten zu einer solchen Diagnose, wird dazu festgehalten. Gemäss Psychostatus seien ausserdem genügend Kriterien für diese Diagnose gemäss ICD 10 erfüllt. Der Gutachter hat hier unter anderem auf Antriebsreduktion, Lustlosigkeit, Insuffizienzgefühle oder gestörten Schlaf verwiesen. Als weniger offensichtlich hat er die Depressivität an sich erachtet, was er damit erklärt hat, dass es sich um eine larvierte Komponente handle bzw. der Beschwerdeführer alles daransetze, unbedingt Leistung erbringen zu wollen. Weiter werden gestützt auf den klinischen Eindruck die in den medizinischen Unterlagen gegebenen Hinweise auf eine akzentuierte Persönlichkeit als schlüssig erachtet. Eine Persönlichkeitsstörung wird aber, vor allem mit Blick auf die bisherige berufliche Laufbahn, als nicht gegeben angesehen. Nicht klar ist für den psychiatrischen Experten, weshalb keine Panikstörung als Diagnose angeführt werde. Diese Panikstörung zeige sich mit plötzlicher Angst, Atemnot und auch Schwindelanfällen, die im Ausmass eher nicht rein den somatischen Störungen zuzuordnen seien. Der Störung wird jedoch ein sehr geringer Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Sodann hat der Gutachter Bezug auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Teilbegutachtung genommen und erklärt, die dort festgestellte Symptomverdeutlichung gründe in den offenkundigen, übersteigerten Selbstansprüchen des Beschwerdeführers. Wie im neuropsychologischen Teilgutachten festgehalten wurde, wäre aus psychiatrischer fachärztlicher Sicht zu beurteilen, ob die in ihren Untersuchungen festgestellte verminderte Anstrengungsbereitschaft und Symptomverdeutlichung mit einer bestehenden psychopathologischen Symptomatik in Zusammenhang steht. Während der Beschwerdeführer in zwei Symptomvalidierungsverfahren auffällige Werte erzielt hatte, und sich bei in der neuropsychologischen Untersuchung erzielten Werten teilweise mehr als drei Standardabweichungen von der Norm ergaben – einzelne Werte entsprechen

Ergebnissen, die noch niedriger sind als bei depressiven oder sogar hirnverletzten Exploranden –, erwähnte der psychiatrische Gutachter übersteigerte Selbstansprüche. Eine andere oder zusätzliche Erklärung für die neuropsychologischen Testergebnisse erfolgte nicht. Beim Vorliegen von solchen übersteigerten Selbstansprüchen wäre damit zu rechnen, dass sich der Beschwerdeführer anstrengen würde, ein möglichst gutes Resultat zu erzielen. Nicht nachvollziehbar ist, warum sich ein besonders hoher Selbstanspruch darin äussern sollte, dass der Beschwerdeführer seine Leistungsfähigkeit im Rahmen der neuropsychologischen Testung viel zu niedrig darstellt, sich wenig anstrengt und Symptome verdeutlicht. Er hat nicht seine eigenen Leistungen schlecht bewertet, sondern schlechtere Leistungen erbracht, als es ihm möglich gewesen wäre. Ebenfalls widersprüchlich erscheint es, wenn aus psychiatrischer Sicht ein wenig offensichtlich vorhandenes Symptom von Depressivität damit erklärt wird, dass es sich um eine larvierte Komponente handle bzw. der Beschwerdeführer alles daransetze, unbedingt Leistung erbringen zu wollen; dann müsste dies auch in der neuropsychologischen Untersuchung der Fall gewesen sein. Insofern ist die kurz ausgefallene Begründung für die neuropsychologisch festgestellten, nicht authentischen kognitiven Störungen nicht nachvollziehbar. Auch die Befunderhebung fällt knapper aus als für psychiatrische Expertisen üblich. Das Gutachten kann in psychiatrischer Hinsicht deshalb nicht als beweiswertig eingestuft werden.

7.3 In pneumologischer Hinsicht wird im Gutachten indessen überzeugend dargelegt, dass als Hauptbefund ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom mit einem AHI von 41/h zu diagnostizieren sei. Der Beschwerdeführer habe eine CPAP und anschliessende BiPAP-Therapie von September 2016 bis April 2017 nicht gut toleriert; diese habe auch keinen durchschlagenden Erfolg auf die Tagessymptomatik gehabt, so dass die Therapie dann auch wegen Panikattacken, die unter der Maske zugenommen hätten, sistiert worden sei. Der Beschwerdeführer habe gleichzeitig schon Ende 2016 damit angefangen, Didgeridoo zu spielen und 8 kg an Gewicht abgenommen, so dass sich die obstruktive Schlafapnoe im Verlauf deutlich verbessert habe, was objektivierbar gewesen sei. Am 12. September 2017 sowie auch aktuell fänden sich polygraphisch bei weitgehender Verminderung der Rückenlage ein nur noch leicht erhöhter AHI von 8.2/h pro Stunde mit einem Entsättigungsindex von 6.6/h, so dass die deutliche Verbesserung, sofern der Beschwerdeführer nicht auf dem Rücken liege, objektiviert werden könne. Unter Meidung der Rückenlage könnten diese leichten Veränderungen die anhaltende Müdigkeit und Schläfrigkeit sowie die Konzentrationsstörungen nicht erklären. Ferner finde sich bei fehlenden Asthmahinweisen und fehlendem aktiven Nikotinkonsum lungenfunktionell eine formal leichte, nicht akut reversible Obstruktion, allerdings mit einer FEV1 von 4.4 Liter/105 % und ohne Diffusionsstörung, was zusammen mit der blanden Anamnese nicht relevant sei. Diese, sich auf eigene Testungen stützenden Ausführungen erweisen sich als schlüssig.

7.4 In internistischer Hinsicht wird schliesslich plausibel gefolgert, dass sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand präsentiere. Laborchemisch zeige sich trotz chronisch myeloischer Leukämie ein weitestgehend unauffälliges Hämatogramm mit normaler Blutsenkungsreaktion und normalem Hämoglobin sowie normalen Leukozytenwerten. Im Differenzialblutbild bestünden leicht erhöhte Monozytose und Eosinophilie sowie eine diskrete Thrombozytopenie. Grenzwertig erhöht sei die isolierte GGT, was medikamentös bedingt sein könnte und kontrollbedürftig sei. Der BNP-Wert sei im Referenzbereich und spreche gegen eine manifeste Herzinsuffizienz. Betreffend die chronisch-myeloische Leukämie bestehe eine komplette molekulare Remission; dies

bestätigten auch das aktuelle Blutbild und die klinische Untersuchung des Versicherten. Ein Teil der Müdigkeit könne durch die Chemotherapie erklärt werden, wobei darauf hinzuweisen sei, dass kein hämato-onkologisches Teilgutachten vorliege und diese Einschätzung aus rein allgemein-internistischer Sicht erfolge. Hierzu ist jedoch zu sagen, dass auch die behandelnden Fachpersonen der Universitätsklinik für Hämatologie des Spitals Q.____ stets hiervon ausgegangen sind und nie eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gesehen haben. So verweist auch der internistische Gutachter auf einen diesbezüglich stabilen Verlauf gemäss Aktenlage. Unter diesen Umständen erschien es nicht angezeigt, zusätzlich eine hämato-/onkologische Begutachtung vorzunehmen. 7.5 Der Beschwerdeführer lässt im Beschwerdeverfahren – im Gegensatz vom Vorbescheidverfahren – ebenfalls Zweifel an der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens vorbringen, allerdings nicht hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung. Konkret setze sich das Gutachten nicht mit den Nebenwirkungen des vom Beschwerdeführer eingenommenen Medikaments Tasigna auseinander und gehe auch von einer falschen Dosis aus. Hierzu ist zu sagen, dass den Gutachtern sowohl die Einnahme des Medikaments als auch die vom Beschwerdeführer angegebenen Nebenwirkungen bekannt gewesen sind. Der internistische Gutachter nimmt Bezug darauf und geht davon aus, dass ein Teil der Müdigkeit medikamentös bedingt sein könnte. Die im vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. N.____ vom 19. Juli 2019 (IV-Nr. 99, S. 2 f.) erhobenen Befunde und subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sind ebenfalls nicht neu. Der Hämatologe erachtet die chronisch myeloische Therapie unter der gegebenen Medikation als optimal eingestellt und weist dann lediglich in allgemeiner Manier darauf hin, dass 20 % der Patienten bei dieser Medikation eine Müdigkeit als Nebenwirkung beschrieben. In diesem Zusammenhang spielt auch die Medikamentendosis keine Rolle. Schliesslich lassen sich auch aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. W.____, Facharzt für Innere Medizin, [...], vom 1. März 2020, der nach dem Verfügungserlass datiert (Beschwerdebeilage 8), keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zum Erlass derselben ziehen, die hier von Relevanz sein könnten. Der untersuchende Arzt hat seine Diagnose einer Cancer-Related Fatigue einzig auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers gestützt, wie er selber erwähnt hat. Die von ihm beschriebene Müdigkeit ist in die Begutachtung miteinbezogen worden. 7.6 Es zeigt sich somit in der Gesamtschau, dass auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann, was die somatische Komponente betrifft. Einem solchen Gutachten, das die Beschwerdegegnerin selber im Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben hat, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche konkreten Indizien sind somatisch gesehen nicht erkennbar, hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung jedoch schon; auf diese kann nicht abgestellt werden. Unter diesen Umständen erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehensweise, zusätzlich ein bidisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Neuropsychologie) einzuholen, auch inhaltlich als korrekt. Darin liegt auch keine Umgehung des Zufallsprinzips, sondern diese Vorgehensweise ist durch eine fachärztliche Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgestützt (IV-Nr. 63) und im Sinne der Verfahrensökonomie gerechtfertigt (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3). Ohnehin ist die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers verspätet (vgl. E. 5 hiavor). 8. Der Beschwerdeführer hat sich geweigert, an der vorgesehenen Begutachtung mitzuwirken. Die Beschwerdegegnerin hat in

der Folge gestützt auf die Akten verfügt. Das Gesetz sieht für diesen Fall neben einem Aktenentscheid auch vor, dass die Erhebungen eingestellt werden und Nichteintreten beschlossen wird. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist von der Möglichkeit, auf ein Leistungsgesuch nicht einzutreten, nur mit grösster Zurückhaltung Gebrauch zu machen. Ein Nichteintreten kommt erst in Betracht, wenn eine Beurteilung des Leistungsbegehrens aufgrund der gesamten Aktenlage ohne Mitwirkung der Partei ausgeschlossen ist. Andererseits kann ein materieller Entscheid aufgrund der Akten erst ergehen, wenn sich der rechtserhebliche Sachverhalt unabhängig von der als notwendig und zumutbar erachteten Abklärungsmassnahme, der sich die versicherte Person ohne entschuldbaren Grund widersetzt hat, nicht weiter vervollständigen lässt (Urteil des Bundesgerichts 9C_341/2020 vom 4. September 2020 E. 2.3 mit Hinweisen). Weitere solche Abklärungsmassnahmen als die von der Beschwerdegegnerin vorgesehenen sind nicht ersichtlich. Wie oben dargelegt, hat sich die polydisziplinäre Begutachtung, abgesehen von der psychiatrischen Beurteilung (verbunden mit den Ergebnissen aus der neuropsychologischen Begutachtung), als beweiskräftig erwiesen. Aus pneumologischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt; lediglich für das Führen eines Fahrzeugs bei der Arbeit und für eine Tätigkeit mit atemwegsreizenden Stoffen ist er nicht geeignet. Aus allgemein-internistischer Sicht ist der Beschwerdeführer für körperlich leichte Tätigkeiten (wie auch die angestammte) voll arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 58.1, S. 27). Somit ist in somatischer Hinsicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In psychiatrischer / neuropsychologischer Hinsicht liegt aufgrund der Weigerung des Beschwerdeführers, an einer entsprechenden Abklärung der Verhältnisse teilzunehmen, Beweislosigkeit vor. Es liegen in den Akten zwar psychiatrisch-fachärztliche Berichte von Dr. med. T. ___ und aus der Klinik V. ___ vor (IV-Nrn. 33, 34 und 41, S. 2), jedoch keine über vorgängige neuropsychologische Untersuchungen. Inwiefern sich die im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung gezogenen Schlussfolgerungen mit einer psychopathologischen Symptomatik erklären liessen, lässt sich aus diesen Berichten nicht schliessen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Somit ist die Beschwerdegegnerin insgesamt zu Recht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen. Es liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Bei einer vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit erübrigt sich auch ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10. 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, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 22

Februar 2013 E. 5.3.2).

5.5 Weiter wird in Zusammenhang mit dem Festhalten am Gutachten gerügt, es sei kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden. Richtig ist, dass der Beschwerdeführer, nachdem er am 23. November 2018 erstmals vorbringen liess, es handle

sich um eine second opinion, nicht schriftlich gemahnt und auf die Folgen einer Verweigerung hingewiesen wurde. Es wurde der Vertreterin mit Schreiben vom 3. Dezember 2018 (IV-Nr. 81) mitgeteilt, dass man den vorgebrachten Einwand als verspätet erachte. Man habe aus dem gleichen Grund auch keine anfechtbare Verfügung erlassen. Es wurde in diesem Schreiben drauf hingewiesen, dass man den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 21. August 2018 auf die Folgen einer Nichtbeachtung hingewiesen habe. Der entsprechende Passus wurde noch einmal zitiert. Dieses Schreiben kann ohne Weiteres als Mahnung und Hinweis auf die Rechtsfolgen einer Weigerung verstanden werden. Am 12. Dezember 2018 wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass an der Begutachtung festgehalten werde und das im Schreiben vom 3. Dezember 2018 Gesagte gelte (IV-Nr. 83). Der Beschwerdeführer liess darauf mit Schreiben vom 18. Dezember 2018 unmissverständlich mitteilen, dass er an der vorgesehenen Begutachtung nicht teilnehmen werde. Vor diesem Hintergrund kann der Beschwerdeführer nun nicht für sich geltend machen lassen, es sei kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden.

6.

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat, nachdem die von ihr angedachte bidisziplinäre Begutachtung nicht eingeholt werden konnte, in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 ATSG gestützt auf die Akten verfügt. Dabei ist sie aufgrund der mangelnden Mitwirkung des Beschwerdeführers bei der erneuten Begutachtung von Beweislosigkeit ausgegangen und folglich von keiner versicherungsrechtlich relevanten Invalidität. In diesem Zusammenhang ist die Frage zu stellen, ob die Beschwerdegegnerin eine erneute Begutachtung zu Recht als unabdingbar angesehen hat oder ob der medizinische Sachverhalt nach der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle M.____ nicht bereits rechtsgenügend geklärt war, mithin das Gutachten beweiskräftig ist und darauf abgestellt werden kann. Im vorinstanzlichen Verfahren hat der Beschwerdeführer eben dies noch vorbringen lassen; dies ist zwar verspätet gewesen, wie vorstehend erwogen. Das Versicherungsgericht hat jedoch die Frage im Beschwerdeverfahren trotzdem zu prüfen, da es über volle Kognition verfügt und die Beschwerdegegnerin eine materiell abschliessende Entscheidung getroffen hat. Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügungen sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

6.1.1 Gemäss Bericht der ambulanten kardialen Rehabilitation des Spitals P.____ vom 8. August 2016 (IV-Nr. 16.4, S. 14 f.) waren beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen zu stellen:

TTE 8/2016: LVEF 60 %, keine regionalen Wandbewegungsstörungen

In der kardiologischen Abschlussuntersuchung zeige sich ein sehr erfreuliches Resultat. Der Beschwerdeführer sei gut leistungsfähig und habe nach Abschluss des AKR-Programms nun auch die in den letzten Wochen rezidivierend bestehenden Schwindelattacken deutlich besser im Griff. Im Vordergrund der Behandlung stehe aktuell immer noch die psychische Verarbeitung der gesamten Situation. Eine nächste kardiologische Kontrolle sei bei beschwerdefreiem Patienten in frühestens einem Jahr empfohlen.

6.1.2 Im Bericht des Zentrums Lungen- und Schlafzentrum R.____ vom 25. August 2016 (IV-Nr. 16.4, S. 17 f.) wurden folgende Diagnosen erhoben:

Der Beschwerdeführer präsentiere sich klinisch in gutem Allgemeinzustand mit unauffälliger Atmung. Die Polysomnografie habe einen fragmentierten Nachtschlaf mit

noch normaler Schlafstadienverteilung und häufigem Aufwachen aus oberflächlichem Schlaf gezeigt. Schlafunterbrechend hätten Hypopnoen und weniger obstruktive Apnoen gewirkt, die in Bauchlage betont aufgetreten seien und zu Entsättigungen bis minimal 89 % geführt hätten. Hinweise für Hypoventilationen habe man nicht gefunden. Aufgrund der deutlichen Symptomatik und dem stark erhöhten kardiovaskulären Risiko habe man eine automatische CPAP-Behandlung (APAP) zur Korrektur der Atmung im Schlaf empfohlen.

In einem weiteren Bericht vom 28. November 2016 (IV-Nr. 27, S. 2 f.) wird erwähnt, der Beschwerdeführer habe Mühe mit der CPAP-Behandlung. Die Gerätedaten zeigten eine ausgezeichnete Compliance und eine gute Korrektur der schlafgebundenen Atemstörung.

6.1.3 Gemäss Bericht der Universitätsklinik für Hämatologie des Spitals Q.____ vom 9. Mai 2017 (IV-Nr. 24) wurde beim Beschwerdeführer im November 2011 eine chronische myeloische Leukämie in chronischer Phase diagnostiziert. Die damalige Abklärung erfolgte wegen rezidivierenden Fiebers, Nachtschweiss, Gewichtsverlust sowie Abgeschlagenheit, mit labormässig festgestellter massiver Leukozytose. Der Beschwerdeführer komme im Abstand von drei Monaten zur Kontrolle in die hämatologische Poliklinik und werde mit einer CML-spezifischen Therapie (Tasigna) behandelt. Hämatologisch befinde sich der Beschwerdeführer in sehr guter molekularer Remission mit BCR-ABL. Von hämatologischer Seite könne keine umfangreiche Aussage zur Arbeitsfähigkeit getroffen werden.

6.1.4 Im Arztbericht des Hausarztes Dr. med. S.____, Facharzt für Innere Medizin, [...], vom 6. August 2017 an die Krankentaggeldversicherung (IV-Nr. 32) hält dieser fest, der Beschwerdeführer habe bereits im Vorfeld des Myokardinfarktes im Mai 2016 Zeichen einer psychosozialen Erschöpfungssituation gezeigt; er habe diese damals jedoch nicht beachtet und weitergearbeitet. Der Myokardinfarkt im Mai 2016 habe das Erschöpfungssyndrom mit depressiven Komponenten voll zur Ausprägung gebracht. Neben der belastenden somatischen Situation (chronisch myeloische Leukämie, Vasopathie) sowie dem psychophysischen Erschöpfungszustand mit depressiven Tendenzen bestünden Probleme auf mehreren Ebenen. Es gebe neben Belastungs- und Bewegungseinschränkungen im Leistenbereich rechtsbetont vor allem psychosoziale Symptome. Belastend wirke sich auch die medikamentöse Therapie wegen der chronisch myeloischen Leukämie aus, die möglicherweise beim Myokardinfarkt eine Rolle mitgespielt haben könnte. Es bestünden folgende Diagnosen:

Aus hausärztlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit im ursprünglichen Tätigkeitsbereich als Bereichsleiter zurzeit nicht gegeben. Der zeitliche Rahmen sollte beim Wiedereinstieg niedrig gehalten werden (eine bis zwei Stunden) und eine Tätigkeit umfassen, die keine grösseren Verantwortungen enthalte.

6.1.5 Im Arztbericht von Dr. med. T.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. U.____, Solothurn, vom 17. August 2017 an die Krankentaggeldversicherung (IV-Nr. 33) wurden eine Erschöpfungsdepression, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1), und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit hohem Pflichtbewusstsein (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe auf dem Hintergrund einer bereits ausgeprägten Burnout-Symptomatik nach einer akuten Symptomatik einer koronaren Herzkrankheit und der nachfolgenden Operation eine mittelgradige Erschöpfungsdepression entwickelt. Die therapeutischen Sitzungen fänden alle zwei Woche statt. Es bestünden kursorisch mittelgradige Konzentrationsschwierigkeiten und eine leichte

Vergesslichkeit (auch sich im Gespräch zeigend), Zukunftssorgen, ein auf die Arbeitsthematik und die gesundheitliche Situation eingeengtes Denken, Panikattacken nachts beim Tragen der CPAP-Maske, eine stark reduzierte Freudfähigkeit, starke Erschöpfungs- und Müdigkeitsgefühle sowie ein reduzierter Antrieb. Der Beschwerdeführer habe auch Durchschlafstörungen. Bei weiterhin protahiertem Verlauf wäre eine medikamentöse Behandlung der depressiven Symptome zu erwägen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit 13. Juli 2016.

Im Arztbericht von Dr. med. T.____ vom 30. November 2017 zuhanden der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 34) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige Erschöpfungsdepression festgehalten, als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsakzentuierung mit starker Leistungsorientierung und hohem Pflichtbewusstsein. Die Arbeitsunfähigkeit wurde weiter mit 100 % beziffert. Eine medikamentöse Behandlung sei nun in Abklärung.

6.1.6 Der Beschwerdeführer befand sich vom 22. Februar bis 8. April 2017 in einem stationären Aufenthalt in der Klinik V.____. Gemäss Austrittsbericht vom 19. Mai 2017 (IV-Nr. 41, S. 2 ff.) waren folgende Diagnosen zu stellen:

Der Beschwerdeführer sei im Zustand einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode eingetreten. Kondition und Körperwahrnehmung habe man verbessern können. Im Laufe des Aufenthalts habe man höchstens eine leichte Stabilisierung des psychischen Zustandsbilds erzielen können. Weiterhin bestünden Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, dysfunktionales Gedankenkreisen, gedrückte Stimmung, reduzierte Vitalgefühle, dabei vor allem Müdigkeit und Erschöpfungsgefühle. Ebenso zeigten sich weiterhin eine innere Unruhe, Gereiztheit sowie Durchschlafstörungen. Die erzielten Fortschritte seien fragil und der Beschwerdeführer reduziert belastbar. Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 100 %.

6.1.7 Im Arztbericht der Universitätsklinik für Hämatologie des Spitals Q.____ vom 5. Februar 2018 (IV-Nr. 52) wurde eine chronisch myeloische Leukämie, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, diagnostiziert. Der Beschwerdeführer werde mit Tasigna behandelt. Seither hätten sich der psychische und körperliche Zustand deutlich verschlechtert. Wahrscheinlich werde eine vorbestehende Vulnerabilität durch die Erkrankung und die Nebenwirkungen der Therapie mit Tasigna verstärkt.

6.1.8

6.1.8.1 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle M.____ vom 25. Juni 2018 wurden folgende subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben (IV-Nr. 58.1): Er bringe seine Erschöpfung nicht weg, sei sehr schnell und schwer müde. Konzentration und Aufmerksamkeit würden leiden. Er sei umständlich im Denken, wolle aber trotzdem arbeiten. Sein Kopf sei sehr schwer, er leide unter viel Frust. Von somatischer Seite ganz im Vordergrund stünden die Ermüd- und Erschöpfbarkeit, die Kopfschmerzen. Er sei froh, dass die Leukämie unter Kontrolle sei. Er leide auch an Harndrang und prostatistischen Beschwerden. Auch die Fazialisparese und die Gefühlsstörungen im Gesicht würden ihm noch zu schaffen machen. Daneben leide er an Gesichtsröte und Ekzemen sowie trockener Schleimhaut, ebenfalls an Juckreiz, Haarausfall und gelegentlich Rückenschmerzen. Die Hüft- und Knieschmerzen hinderten ihn am Sport und an der Beweglichkeit. Von psychischer Seite her leide er an Konzentrationsstörungen, depressiver Verstimmung, Traurigkeit, Angst- und Panikattacken. Gelegentlich erwache er

nachts mit Schreien. Es gebe bessere und schlechtere Tage. Als er noch gesund gewesen sei, sei er aktiver Fussballer gewesen und habe sich für Politik, Zeitungslektüre und Tagesgeschehen interessiert. Nun gehe nichts mehr. Gelegentlich sehe er sich noch Fussballspiele im TV an. Er sei mit dem Auto unterwegs, gehe auch damit zur Arbeit; dies sei auf der Autobahn, wenig befahren, mit einer maximalen Reisezeit von 10 bis 15 Minuten. Längere Strecken lege seine Frau zurück. Die früher angestammte Tätigkeit im kaufmännischen Bereich mit Führungsfunktionen sei zurzeit für ihn absolut unvorstellbar. In der alternativen Tätigkeit, aktuell im geschützten Rahmen, seien eine bis zwei Stunden vormittags knapp machbar. Nach diesen zwei Stunden sei er total erschöpft. Im Haushalt helfe er gar nichts; dies mache alles seine Ehefrau.

Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er um 07.00 Uhr zusammen mit der Tochter aufstehe. Gelegentlich begleite er diese zur Schule und verbinde dies mit einem kleinen Spaziergang. Um 08.30 Uhr begeben sie sich mit dem Auto zur Arbeit. Von 09.00 bis 11.00 Uhr arbeite er im geschützten Rahmen. Meist sei er um 11.45 Uhr zu Hause. Er sei dann total erschöpft, esse zusammen mit der Familie zu Mittag. Die Tochter gehe um 13.00 Uhr wieder zur Schule. Er sei dann so müde, dass er von 13.30 Uhr bis meistens 16.00 Uhr tief schlafe. Abends sei er praktisch immer zu Hause, genieße das Familienleben, sehe fern. Meistens gehe er um 22.00 Uhr zu Bett. Er schlafe relativ schnell ein, wache aber nachts zwei- bis dreimal auf.

6.1.8.2 In der hauptgutachterlichen Befunderhebung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer verspüre beim Treppensteigen kardiovaskulär gelegentlich eine leichte Anstrengungsatmenot, da er keine Kondition mehr habe. Es bestehe eine nächtliche Dyspnoe. Der Blutdruck sei gut eingestellt. Es zeige sich eine Besenreiservarikosis am Unterschenkel beidseits. Über dem Thoraxbereich verspüre der Beschwerdeführer einen unspezifischen Druck über dem Magen-Darmtrakt. Gelegentlich habe er Sodbrennen sowie immer wieder Nausea, eventuell als Nebenwirkung auf die Medikation. Gehäufte Harnwegsinfekte und Dysurie würden nicht vorkommen, jedoch eine Nykturie von zwei- bis dreimal nächtlich mit prostatistischen Miktionsbeschwerden. Er habe immer wieder Kopfschmerzen sowie ein Schwindel- und Hitzegefühl. Es bestünden Parästhesien im Bereich der Stirn. Seit einem Jahr habe er aufgrund von Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung 8 kg abgenommen; er achte mehr darauf. Die Schlafqualität sei mässig, und er habe ein deutlich erhöhtes Schlafbedürfnis. Der Allgemeinzustand sei gut. Der Beschwerdeführer wirke sehr müde und gähne immer wieder. Die Karotiden beidseits seien unauffällig. Es bestehe eine unauffällige Herzauskultation ohne pathologische Nebengeräusche bei kardiopulmonaler Kompensation. Stenosegeräusche zeigten sich nicht.

6.1.8.3 Im pneumologischen Teilgutachten wurde zur Befundlage festgehalten, es zeige sich in der Bodyplethysmographie vom 24. April 2018 eine formal leichte obstruktive Ventilationsstörung ohne akute Reversibilität auf Ventolin. In der respiratorischen Polygraphie vom 23. April 2018 präsentierten sich in Rückenlage gehäufte obstruktive Apnoen und Hypopnoen, mit AHI in Rückenlage 33/h und Entsättigungs-Index 16/h. In Nicht-Rückenlage betrage der AHI 6.2/h. In der ambulanten Polygraphie vom 12. September 2017 seien häufige Atemflusslimitationen mit Veränderungen der Pulstransitzeit ersichtlich gewesen, hinweisend auf respiratorische Ventilationen ohne Lageabhängigkeit. Bei der Polysomnographie vom 17. August 2016 habe sich ein AHI 41/h gezeigt, mit vorwiegend obstruktiven Hypopnoen und einem Entsättigungs-Index 23/h.

6.1.8.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten wurden folgende Befunde erhoben: Der Beschwerdeführer habe ein gutes Instruktionsverständnis und arbeite kooperativ mit. Er könne sich jedoch insgesamt nicht ausreichend auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen. Die Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sei nicht ausreichend gegeben. Es ergäben sich Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung. Instruktionen verstehe er gut, er arbeite jedoch verlangsamt und fehlerhaft. In den durchgeführten Tests sei die Reaktionsgeschwindigkeit zum Teil schwergradig verlangsamt, die Schwankungsbreite jeweils schwergradig erhöht. Die selektive Aufmerksamkeit sei bezüglich Tempo schwergradig verlangsamt, bezüglich Bearbeitungsgüte mittelgradig vermindert. Die Leistung bei der geteilten Aufmerksamkeit sei insgesamt mittel- bis schwergradig vermindert. Die Interferenzanfälligkeit sei bezüglich Tempo schwergradig erhöht. Die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sei leicht- bis mittelgradig verlangsamt. Die Informationsverarbeitungskapazität sei bei den verbalen sowie visuelleräumlichen Merkspannen durchschnittlich. Die verbalen Lern- und Gedächtnisfunktionen seien vermindert. Die Leistung im Spätabruf sei leicht- bis mittelgradig, diejenige im Wiedererkennen leicht vermindert. In der nonverbalen Modalität sei die Lernleistung mittelgradig vermindert. Die Leistung im Wiedererkennen sei mittelgradig vermindert. Die Ideenproduktion sei bei unauffälliger Fehlerkontrolle figural mittelgradig, verbal leicht- bis mittelgradig vermindert. Die nonverbale Konzepterkennung (Abstraktionsvermögen) sei leicht vermindert. Bei der Symptomvalidierung anhand von zwei verschiedenen Symptomvalidierungsverfahren ergäben sich Hinweise auf eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung. Die erhobenen neuropsychologischen Befunde seien dementsprechend nicht genügend aussagekräftig.

6.1.8.5 Im psychiatrischen Teil-Gutachten wurden folgende Befunde erhoben: Der Beschwerdeführer wirke offen, spreche sehr ausführlich, teils weitschweifig und bestimmend. Zu Gedächtnis und Konzentration führe er aus, die entsprechende Medikation habe ihm bezüglich Gedächtnis etwas geholfen. Während der Untersuchung über 3,75 Stunden könne er lange Zeit gut folgen. Nach drei Stunden lasse er zunehmend nach. Der am Schluss erhobene Psychostatus werde dadurch deutlich erschwert. Bei der Überprüfung der Konzentration wirke er nervös, angestrengt. Man merke, dass er es auf jeden Fall gut machen wolle. Auffassungsprobleme habe er nicht. Beim formalen Denken äussere der Beschwerdeführer ein Grübeln, aber die Arbeit lenke ihn ab. Gedankendrängen habe er nicht. Er erlebe sich manchmal verlangsamt; dies erscheine auch in der Fremdbeurteilung möglich, gegen Ende sei dies in der Exploration erkennbar. Er sei umständlich und lasse sich nur schwer führen. Phobien oder Zwänge bestünden nicht, ebenso keine Ich-Störungen. Bezüglich Affektivität gebe der Beschwerdeführer an, es habe schon Phasen mit Frustration gegeben, wenn er nicht vorwärtsgekommen sei, wieder seine Leistungsfähigkeit zu erhöhen; aktuell jedoch eher nicht. Hier verliere der Beschwerdeführer den Faden. Das Vitalgefühl erachte der Beschwerdeführer als stark beeinträchtigt. Er denke selber, im Gegensatz zu früher nicht depressiv zu sein. Er wirke auch nicht depressiv, sondern eher etwas affektarm. Dennoch sei auch leichtes Lachen möglich. Affektstarre oder Affektlabilität zeigten sich nicht. Er habe Insuffizienz- und auch leichte Schuldgefühle gegenüber der Familie. Der Beschwerdeführer selber sage, er habe Antrieb, fühle sich nur sehr viel gebremst. Suizidale Gedanken habe er keine mehr. Durchschlafen könne er nie. Bei der Befunderhebung sei weiter zu beobachten, dass der Beschwerdeführer teils rigide wirke. Er ziehe seine Antworten meistens durch, auch wenn man in eine andere Richtung

lenken wolle. Er lasse sich beim Reden kaum steuern und wirke dabei fast schon stur. Der AMDP-Wert von 59 deute insgesamt auf ein depressives Syndrom hin.

6.1.8.6 Zusammengefasst wurden im Gutachten folgende Diagnosen erhoben:

7.

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat ein Administrativgutachten eingeholt, dessen Beweiswert sie als nicht gegeben erachtet. Zum Gutachten kann indes einleitend festgestellt werden, dass dieses in Kenntnis der gesamten Aktenlage und von auf den einzelnen Fachgebieten ausgewiesenen Expertinnen und Experten, die den Beschwerdeführer eingehend untersucht und dessen subjektive Angaben mitberücksichtigt haben, erstellt worden ist. Insofern erfüllt dieses Gutachten die allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

7.2 Inhaltlich kommen die Gutachterinnen und Gutachter in der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass sich beim Beschwerdeführer in neuropsychologischer Hinsicht nicht authentische kognitive Störungen vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung zeigten. Die erhobenen Befunde seien in ihrer Art und Ausprägung fachlich nicht nachvollziehbar und auch nicht mit bekannten Mustern normaler oder pathologischer Hirnfunktion erklärbar. Folglich wird das Befundprofil im Rahmen einer mangelnden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung interpretiert, was mit zwei Symptomvalidierungsverfahren untermauert worden ist. Der Beschwerdeführer habe sich nur ungenügend auf die Untersuchung einlassen können, was sich einerseits bei der Bearbeitung der verschiedenen Aufgaben mit Werten, die teilweise mehr als drei Standardabweichungen von der Norm verzeichnet hätten, andererseits an den zwei Symptomvalidierungsverfahren mit auffälligen Werten gezeigt habe. Die im Rahmen der Symptomvalidierungsverfahren erbrachten Leistungen lägen deutlich unter den Leistungen von depressiven Patienten oder solchen mit einer Hirnverletzung mit einer ausreichenden Leistungsmotivation. Insofern erscheint es einleuchtend, dass die neuropsychologischen Expertinnen die Untersuchungsergebnisse als nicht verwertbar erachten. Gestützt wird dies auch dadurch, dass sich in der Untersuchungssituation verschiedene Inkonsistenzen gefunden hätten, die fachlich nicht nachvollziehbar seien. Es hätten sich nämlich innerhalb verschiedener Aufgaben, die derselben kognitiven Domäne zugehörig seien, inkonsistente Befunde gezeigt. Zudem seien die erhobenen psychometrischen Befunde und das Kommunikationsverhalten diskrepant. Der Beschwerdeführer habe beispielsweise Fragen ohne erhöhte Antwortlatenz beantwortet. Die testdiagnostisch manifeste, schwergradige sprachliche Verlangsamung sowie die schwergradige Konzentrationsstörung hätten sich im Gespräch nicht gezeigt. So hätten auch in den anderen Fachbereichen, die begutachtet worden sind, keine solche schwergradigen Störungen finden lassen können. Auch dass der Beschwerdeführer kurze Strecken Auto fahre, stehe in Widerspruch zu den schwergradig verlangsamten Reaktionszeiten, halten die Gutachterinnen weiter fest. Somit besitzt das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil zu wenig Aussagekraft. Es kann nicht beurteilt werden, ob bedeutsame kognitive Defizite vorliegen. Die Frage, ob die verminderte Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie die Symptomverdeutlichung und die konsekutiven ausgeprägten kognitiven Minderleistungen während der Testung mit einer bestehenden psychopathologischen Symptomatik in Zusammenhang stehen und dadurch vollständig erklärbar sind, oder ob die Symptomverdeutlichung bewusstseinsnah erfolgt ist, ist indessen aus fachärztlich

psychiatrischer Sicht zu beurteilen, wie abschliessend festgehalten wird.

Der psychiatrische Gutachter ist zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer offen über sich und seine Beschwerden berichtet habe und keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation erkennbar seien. Kindheit und Jugend hat er als weitgehend unauffällig erachtet, dem mit Blick auf die Biografie zuzustimmen ist. Verwiesen wird jedoch auch auf einen vom Beschwerdeführer selbst erwähnten, im jungen Erwachsenenalter auftretenden Hang zum Perfektionismus, verbunden mit einem ausgeprägten Pflichtbewusstsein; diesen hat der psychiatrische Experte auch in der aktuellen Exploration erkannt: Der Beschwerdeführer müsse alles sehr gut erledigen und erfolgreich sein. Er kenne kaum Grenzen. Die Diagnose Leukämie habe ihm dann stark zugesetzt, und so hätten sich in diesem Zusammenhang erste Ermüdungserscheinungen leicht bemerkbar gemacht. Er habe die Geschäftsführungsarbeit aufgegeben, sei aber dennoch hoch aktiv geblieben, bis er 2016 einen Herzinfarkt erlitten habe. Danach sei es ihm nicht mehr gelungen, wieder auf die Beine zu kommen. Eine starke und schnell auftretende Erschöpfung habe ihn stark blockiert. Diese Muster seien längst nicht überwunden. Er ziehe stur durch, was er meine, unbedingt berichten zu müssen. Dabei sei er weitschweifig und lasse sich kaum führen. Aufgrund der erhobenen Befunde wird (übereinstimmend mit der Aktenlage) eine depressive Episode als möglich erachtet. Die klinischen Beschreibungen in den Vorberichten passten zu einer solchen Diagnose, wird dazu festgehalten. Gemäss Psychostatus seien ausserdem genügend Kriterien für diese Diagnose gemäss ICD 10 erfüllt. Der Gutachter hat hier unter anderem auf Antriebsreduktion, Lustlosigkeit, Insuffizienzgefühle oder gestörten Schlaf verwiesen. Als weniger offensichtlich hat er die Depressivität an sich erachtet, was er damit erklärt hat, dass es sich um eine larvierte Komponente handle bzw. der Beschwerdeführer alles daransetze, unbedingt Leistung erbringen zu wollen. Weiter werden gestützt auf den klinischen Eindruck die in den medizinischen Unterlagen gegebenen Hinweise auf eine akzentuierte Persönlichkeit als schlüssig erachtet. Eine Persönlichkeitsstörung wird aber, vor allem mit Blick auf die bisherige berufliche Laufbahn, als nicht gegeben angesehen. Nicht klar ist für den psychiatrischen Experten, weshalb keine Panikstörung als Diagnose angeführt werde. Diese Panikstörung zeige sich mit plötzlicher Angst, Atemnot und auch Schwindelanfällen, die im Ausmass eher nicht rein den somatischen Störungen zuzuordnen seien. Der Störung wird jedoch ein sehr geringer Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Sodann hat der Gutachter Bezug auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Teilbegutachtung genommen und erklärt, die dort festgestellte Symptomverdeutlichung gründe in den offenkundigen, übersteigerten Selbstansprüchen des Beschwerdeführers.

Wie im neuropsychologischen Teilgutachten festgehalten wurde, wäre aus psychiatrischer fachärztlicher Sicht zu beurteilen, ob die in ihren Untersuchungen festgestellte verminderte Anstrengungsbereitschaft und Symptomverdeutlichung mit einer bestehenden psychopathologischen Symptomatik in Zusammenhang steht. Während der Beschwerdeführer in zwei Symptomvalidierungsverfahren auffällige Werte erzielt hatte, und sich bei in der neuropsychologischen Untersuchung erzielten Werten teilweise mehr als drei Standardabweichungen von der Norm ergaben ■ einzelne Werte entsprechen Ergebnissen, die noch niedriger sind als bei depressiven oder sogar hirnerkrankten Exploranden ■, erwähnte der psychiatrische Gutachter übersteigerte Selbstansprüche. Eine andere oder zusätzliche Erklärung für die neuropsychologischen Testergebnisse erfolgte nicht. Beim Vorliegen von solchen übersteigerten Selbstansprüchen wäre damit zu rechnen,

dass sich der Beschwerdeführer anstrengen würde, ein möglichst gutes Resultat zu erzielen. Nicht nachvollziehbar ist, warum sich ein besonders hoher Selbstanspruch darin äussern sollte, dass der Beschwerdeführer seine Leistungsfähigkeit im Rahmen der neuropsychologischen Testung viel zu niedrig darstellt, sich wenig anstrengt und Symptome verdeutlicht. Er hat nicht seine eigenen Leistungen schlecht bewertet, sondern schlechtere Leistungen erbracht, als es ihm möglich gewesen wäre. Ebenfalls widersprüchlich erscheint es, wenn aus psychiatrischer Sicht ein wenig offensichtlich vorhandenes Symptom von Depressivität damit erklärt wird, dass es sich um eine larvierte Komponente handle bzw. der Beschwerdeführer alles daransetze, unbedingt Leistung erbringen zu wollen; dann müsste dies auch in der neuropsychologischen Untersuchung der Fall gewesen sein. Insofern ist die kurz ausgefallene Begründung für die neuropsychologisch festgestellten, nicht authentischen kognitiven Störungen nicht nachvollziehbar. Auch die Befunderhebung fällt knapper aus als für psychiatrische Expertisen üblich. Das Gutachten kann in psychiatrischer Hinsicht deshalb nicht als beweiswertig eingestuft werden.

7.3 In pneumologischer Hinsicht wird im Gutachten indessen überzeugend dargelegt, dass als Hauptbefund ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom mit einem AHI von 41/h zu diagnostizieren sei. Der Beschwerdeführer habe eine CPAP und anschliessende BiPAP-Therapie von September 2016 bis April 2017 nicht gut toleriert; diese habe auch keinen durchschlagenden Erfolg auf die Tagessymptomatik gehabt, so dass die Therapie dann auch wegen Panikattacken, die unter der Maske zugenommen hätten, sistiert worden sei. Der Beschwerdeführer habe gleichzeitig schon Ende 2016 damit angefangen, Didgeridoo zu spielen und 8 kg an Gewicht abgenommen, so dass sich die obstruktive Schlafapnoe im Verlauf deutlich verbessert habe, was objektivierbar gewesen sei. Am 12. September 2017 sowie auch aktuell fänden sich polygraphisch bei weitgehender Verminderung der Rückenlage ein nur noch leicht erhöhter AHI von 8.2/h pro Stunde mit einem Entsättigungsindex von 6.6/h, so dass die deutliche Verbesserung, sofern der Beschwerdeführer nicht auf dem Rücken liege, objektiviert werden könne. Unter Meidung der Rückenlage könnten diese leichten Veränderungen die anhaltende Müdigkeit und Schläfrigkeit sowie die Konzentrationsstörungen nicht erklären. Ferner finde sich bei fehlenden Asthmahinweisen und fehlendem aktiven Nikotinkonsum lungenfunktionell eine formal leichte, nicht akut reversible Obstruktion, allerdings mit einer FEV1 von 4.4 Liter/105 % und ohne Diffusionsstörung, was zusammen mit der blanden Anamnese nicht relevant sei. Diese, sich auf eigene Testungen stützenden Ausführungen erweisen sich als schlüssig.

7.4 In internistischer Hinsicht wird schliesslich plausibel gefolgert, dass sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand präsentiere. Laborchemisch zeige sich trotz chronisch myeloischer Leukämie ein weitestgehend unauffälliges Hämatogramm mit normaler Blutsenkungsreaktion und normalem Hämoglobin sowie normalen Leukozytenwerten. Im Differenzialblutbild bestünden leicht erhöhte Monozytose und Eosinophilie sowie eine diskrete Thrombozytopenie. Grenzwertig erhöht sei die isolierte GGT, was medikamentös bedingt sein könnte und kontrollbedürftig sei. Der BNP-Wert sei im Referenzbereich und spreche gegen eine manifeste Herzinsuffizienz. Betreffend die chronisch-myeloische Leukämie bestehe eine komplette molekulare Remission; dies bestätigten auch das aktuelle Blutbild und die klinische Untersuchung des Versicherten. Ein Teil der Müdigkeit könne durch die Chemotherapie erklärt werden, wobei darauf

hinzuweisen sei, dass kein hämato-onkologisches Teilgutachten vorliege und diese Einschätzung aus rein allgemein-internistischer Sicht erfolge. Hierzu ist jedoch zu sagen, dass auch die behandelnden Fachpersonen der Universitätsklinik für Hämatologie des Spitals Q.____ stets hiervon ausgegangen sind und nie eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gesehen haben. So verweist auch der internistische Gutachter auf einen diesbezüglich stabilen Verlauf gemäss Aktenlage. Unter diesen Umständen erschien es nicht angezeigt, zusätzlich eine hämato-/onkologische Begutachtung vorzunehmen.

7.5 Der Beschwerdeführer lässt im Beschwerdeverfahren ■ im Gegensatz vom Vorbescheidverfahren ■ ebenfalls Zweifel an der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens vorbringen, allerdings nicht hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung. Konkret setze sich das Gutachten nicht mit den Nebenwirkungen des vom Beschwerdeführer eingenommenen Medikaments Tassigna auseinander und gehe auch von einer falschen Dosis aus. Hierzu ist zu sagen, dass den Gutachtern sowohl die Einnahme des Medikaments als auch die vom Beschwerdeführer angegebenen Nebenwirkungen bekannt gewesen sind. Der internistische Gutachter nimmt Bezug darauf und geht davon aus, dass ein Teil der Müdigkeit medikamentös bedingt sein könnte. Die im vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. N.____ vom 19. Juli 2019 (IV-Nr. 99, S. 2 f.) erhobenen Befunde und subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sind ebenfalls nicht neu. Der Hämatologe erachtet die chronisch myeloische Therapie unter der gegebenen Medikation als optimal eingestellt und weist dann lediglich in allgemeiner Manier darauf hin, dass 20 % der Patienten bei dieser Medikation eine Müdigkeit als Nebenwirkung beschrieben. In diesem Zusammenhang spielt auch die Medikamentendosis keine Rolle. Schliesslich lassen sich auch aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. W.____, Facharzt für Innere Medizin, [...], vom 1. März 2020, der nach dem Verfügungserlass datiert (Beschwerdebeilage 8), keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zum Erlass derselben ziehen, die hier von Relevanz sein könnten. Der untersuchende Arzt hat seine Diagnose einer Cancer-Related Fatigue einzig auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers gestützt, wie er selber erwähnt hat. Die von ihm beschriebene Müdigkeit ist in die Begutachtung miteinbezogen worden.

7.6 Es zeigt sich somit in der Gesamtschau, dass auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann, was die somatische Komponente betrifft. Einem solchen Gutachten, das die Beschwerdegegnerin selber im Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben hat, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche konkreten Indizien sind somatisch gesehen nicht erkennbar, hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung jedoch schon; auf diese kann nicht abgestellt werden. Unter diesen Umständen erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehensweise, zusätzlich ein bidisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Neuropsychologie) einzuholen, auch inhaltlich als korrekt. Darin liegt auch keine Umgehung des Zufallsprinzips, sondern diese Vorgehensweise ist durch eine fachärztliche Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgestützt (IV-Nr. 63) und im Sinne der Verfahrensökonomie gerechtfertigt (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3). Ohnehin ist die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers verspätet (vgl. E. 5 hiervor).

8. Der Beschwerdeführer hat sich geweigert, an der vorgesehenen Begutachtung mitzuwirken. Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge gestützt auf die Akten verfügt. Das

Gesetz sieht für diesen Fall neben einem Aktenentscheid auch vor, dass die Erhebungen eingestellt werden und Nichteintreten beschlossen wird. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist von der Möglichkeit, auf ein Leistungsgesuch nicht einzutreten, nur mit grösster Zurückhaltung Gebrauch zu machen. Ein Nichteintreten kommt erst in Betracht, wenn eine Beurteilung des Leistungsbegehrens aufgrund der gesamten Aktenlage ohne Mitwirkung der Partei ausgeschlossen ist. Andererseits kann ein materieller Entscheid aufgrund der Akten erst ergehen, wenn sich der rechtserhebliche Sachverhalt unabhängig von der als notwendig und zumutbar erachteten Abklärungsmassnahme, der sich die versicherte Person ohne entschuldbaren Grund widersetzt hat, nicht weiter vervollständigen lässt (Urteil des Bundesgerichts 9C_341/2020 vom 4. September 2020 E. 2.3 mit Hinweisen). Weitere solche Abklärungsmassnahmen als die von der Beschwerdegegnerin vorgesehenen sind nicht ersichtlich. Wie oben dargelegt, hat sich die polydisziplinäre Begutachtung, abgesehen von der psychiatrischen Beurteilung (verbunden mit den Ergebnissen aus der neuropsychologischen Begutachtung), als beweiskräftig erwiesen. Aus pneumologischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt; lediglich für das Führen eines Fahrzeugs bei der Arbeit und für eine Tätigkeit mit atemwegsreizenden Stoffen ist er nicht geeignet. Aus allgemein-internistischer Sicht ist der Beschwerdeführer für körperlich leichte Tätigkeiten (wie auch die angestammte) voll arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 58.1, S. 27). Somit ist in somatischer Hinsicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In psychiatrischer / neuropsychologischer Hinsicht liegt aufgrund der Weigerung des Beschwerdeführers, an einer entsprechenden Abklärung der Verhältnisse teilzunehmen, Beweislosigkeit vor. Es liegen in den Akten zwar psychiatrisch-fachärztliche Berichte von Dr. med. T.____ und aus der Klinik V.____ vor (IV-Nrn. 33, 34 und 41, S. 2), jedoch keine über vorgängige neuropsychologische Untersuchungen. Inwiefern sich die im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung gezogenen Schlussfolgerungen mit einer psychopathologischen Symptomatik erklären liessen, lässt sich aus diesen Berichten nicht schliessen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Somit ist die Beschwerdegegnerin insgesamt zu Recht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgegangen. Es liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Bei einer vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit erübrigt sich auch ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_207/2021 vom 25. August 2021 bestätigt.

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