

200 17 200 IV
KOJ/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Mai 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____,
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 24. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), Vater eines 1995 geborenen Sohnes, seit 2000 bis zur Kündigung der Arbeitsstelle per 31. März 2016 im Umfang eines 20%-Pensums als ... im ... der D._____ erwerbstätig, meldete sich im November 2008 unter Hinweis auf ein psychisches und urologisches Leiden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug in Form von beruflichen Massnahmen an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2; 83; 129 S. 2). Nachdem die IVB diverse Berichte behandelnder Ärzte eingeholt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 22. Oktober 2009 (act. II 32) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen.

Am 20. Dezember 2010 (act. II 33) reichte der Versicherte ein Gesuch „um Wiedererwägung von beruflichen Massnahmen/Rente“ ein, woraufhin die IVB den Versicherten bei Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten liess (Expertise vom 17. November 2011 [act. II 44.1]) und bei ihrem Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt (act. II 48 S. 2 ff.) einholte. Mit Verfügung vom 19. April 2012 (act. II 52) verneinte die IVB bei einem nach Massgabe der gemischten Methode (Erwerb: 20%; Haushalt: 80%) ermittelten Invaliditätsgrad von 7% einen Rentenanspruch. Ein in der Folge durchgeführter Arbeitsversuch mit dem Ziel, die Möglichkeit einer Steigerung des Arbeitspensums auf über 20% zu prüfen (act. II 61 S. 1), scheiterte (Verfügung vom 24. März 2014 [act. II 72]).

B.

Am 30. Juni 2014 (act. II 75) reichten die psychiatrischen Dienste F._____ bei der IVB ein vom Versicherten mitunterzeichnetes „Wiedererwägungsgesuch für berufliche Eingliederungsmassnahmen“ ein. Am 22. Juli 2014 (act. II 79) meldete sich der Versicherte bei der IVB unter

Hinweis auf Rückenbeschwerden, eine Gefühllosigkeit in den Oberschenkeln sowie eine psychische Erkrankung zum Leistungsbezug an. Nachdem die IVB diverse Berichte behandelnder Ärzte eingeholt hatte, liess sie den Versicherten bei Dr. med. E. _____ psychiatrisch begutachten. Dieser wies in seiner Expertise vom 23. April 2015 (act. II 108.1) darauf hin, dass allfällige somatische und vor allem neurologisch bedingte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus somatischer bzw. neurologischer Sicht zu beurteilen seien (S. 27), woraufhin die IVB bei Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie, ein neurologisches und auf deren Ersuchen hin (vgl. act. II 116) bei lic. phil. H. _____, Neuropsychologe FSP, ein neuropsychologisches Gutachten in Auftrag gab (neuropsychologische und neurologische Expertise vom 26. respektive 27. April 2016 [act. II 122.1; 123.1]). Nachdem die IVB bei Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), einen ärztlichen Bericht eingeholt hatte (act. II 130), erteilte sie dem Versicherten am 21. September 2016 (act. II 134) Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining. Zudem liess sie durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 141 S. 2 ff.). Mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2016 (act. II 142) stellte die IVB dem Versicherten bei einem nach Massgabe der gemischten Methode (Erwerb: 80%; Haushalt: 20%) ermittelten Invaliditätsgrad von 32% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhoben die psychiatrischen Dienste F. _____ und der Versicherte Einwand (act. II 151 f.), woraufhin die IVB bei Dr. med. I. _____ (RAD) eine Stellungnahme einholte (act. II 156). Mit Mitteilung vom 17. Januar 2017 (act. II 158) schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab und entschied mit Verfügung vom 24. Januar 2017 (act. II 159) hinsichtlich der Invalidenrente im Sinne des Vorbescheids.

C.

Gegen die Verfügung vom 24. Januar 2017 liess der Versicherte, vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____, mit Eingabe vom 23. Februar 2017 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Januar 2017 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und er sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, das psychiatrische, neurologische und neuropsychologische Gutachten seien voneinander unabhängig erstellt worden und es fehle eine Gesamtbetrachtung bzw. ein Konsensgespräch (S. 5, Ziffer 4). Zudem sei gestützt auf den Bericht von med. pract. J. _____ vom 10. Februar 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) der Einfluss der Persönlichkeitsstörung höher zu gewichten als im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ (S. 6). Mit Bezug auf den hypothetischen Status als Gesunder sei der Beschwerdeführer sodann als voll Erwerbstätiger einzustufen (S. 7 f., Ziffer 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie geltend, es bleibe unklar, über welche Fachrichtung med. pract. J. _____ verfüge, weshalb sie „weiterhin auf die fachärztlichen RAD-Stellungnahmen“ verweise.

Mit Schreiben vom 27. März 2017 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück. Mit prozessleitender Verfügung vom 28. März 2017 schrieb der Instruktionsrichter das entsprechende Gesuch als erledigt vom Geschäftsverzeichnis ab.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Januar 2017 (act. II 159). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

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

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3

2.3.1 Tritt die Verwaltung auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 19. April 2012 (act. II 52) – mit der ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 7% verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2017 (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 19. April 2012 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Im ärztlichen Bericht des RAD vom 24. Mai 2011 (act. II 40) wurden als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung sowie eine Somatisierungsstörung, anamnestisch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie psychosoziale Belastungen (Trennung, finanzielle Probleme) festgehalten (S. 4). Für die Erstellung eines Zumutbarkeitsprofils sei ein psychiatrisches Gutachten zu erstellen (S. 5).

3.2.2 Im Gutachten vom 17. November 2011 (act. II 44.1) stellte Dr. med. E. _____ die folgenden psychiatrischen Diagnosen (S. 24 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), bestehend seit 2010
- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), bestehend seit der Adoleszenz
- Aktenanamnestisch ADHS (ICD-10 F90.0) seit der Kindheit
 - Klinisch leichte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), bestehend seit mindestens 2008
- Auf Grund laborchemischer Hinweise Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1)

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bei einem Arbeitspensum von 6-7 Stunden pro Tag (S. 34 und 36).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 19. April 2012 und der hier angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2017 präsentiert sich die Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Vom 17. März bis 20. Juni 2014 war der Beschwerdeführer in den psychiatrischen Dienste F. _____ in teilstationärer Behandlung (act. II 78 S. 1). Mit Bericht vom 27. Juni 2014 (act. II 86 S. 2 ff.) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein einfaches ADHS (ICD-

10 F90.0), bestehend seit der Kindheit, eine seit der Jugend bzw. dem jungen Erwachsenenalter bestehende rezidivierende depressive Störung sowie eine seit der Jugend bestehende schizotype Persönlichkeitsstörung/schizotype Störung (ICD-10 F21) festgehalten (S. 2). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar; der Beschwerdeführer sei in einem geschützten Rahmen zu integrieren (S. 5).

3.3.2 Wegen einer unklaren linksbetonten Tetraspastik und einem spastischen Gangbild wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, dem Spital L. _____ zugewiesen, wo er vom 3. bis 9. September 2014 hospitalisiert war. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 24. September 2014 (act. II 91 S. 8 ff.) wurden im Wesentlichen eine Myelopathie mit Befall der Pyramidenbahnen und der Hinterstränge unklarer Ätiologie sowie eine rezidivierende depressive Störung mit schizotyper Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (S. 8).

3.3.3 Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (psychiatrische Dienste F. _____), hielt im Bericht vom 19. Dezember 2014 (act. II 103 S. 2 ff.) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hereditäre spastische Paraplegie und rezidivierende schwere organische Depressionen (ICD-10 F06.3) fest. Mit der Diagnose einer hereditären spastischen Spinalparalyse sei klar, dass die aufgetretenen kognitiven Beschwerden neurologisch-organisch bedingt seien und sicherlich beim Beschwerdeführer kein ADHS vorliege. Auch die Persönlichkeitsstörung sei als Diagnose gestrichen worden. Die Depression sei weiterhin vorhanden i.S. einer Anpassungsleistung an eine chronisch progrediente Erbkrankheit aus dem neurologischen Formenkreis einerseits und einer organisch-bedingten Depression (ICD-10 F06.3) andererseits (S. 2). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführer benötige einen geschützten Arbeitsplatz mit einem Pensum von ca. 50% (S. 4).

3.3.4 Im Gutachten vom 23. April 2015 (act. II 108.1) stellte Dr. med. E. _____ aus psychiatrischer Sicht die folgenden Diagnosen (S. 23):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), bestehend seit 2010
- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), bestehend seit der Adoleszenz

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- keine

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, da die depressiven Symptome seit dem Jahr 2010 kontinuierlich beständen, ohne dass es zu einer klaren Remission gekommen wäre, sei nunmehr diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F 33.9), auszugehen (S. 24). Eine schwere depressive Symptomatik, wie im Bericht der psychiatrischen Dienste F. _____ vom 19. Dezember 2014 festgestellt werde, könne er hingegen weder anamnestisch noch klinisch bestätigen. Weiterhin beständen beim Beschwerdeführer selbstunsichere Persönlichkeitsanteile im Sinne einer ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.6). Eine schizotype Störung könne er weder anamnestisch noch klinisch bestätigen. Sodann überzeuge ihn der Bericht der psychiatrischen Dienste F. _____ vom 19. Dezember 2014 nicht, erscheine es doch aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, wie die Erkrankung einer spastischen Spinalparalyse, welche erst seit 2014 diagnostiziert worden sei, auf einmal eine bereits seit der Adoleszenz bestehende ängstliche und selbstunsichere Persönlichkeitsproblematik erklären soll. Angesichts der ausgeprägten depressiven Symptomatik und der neu festgestellten neurologischen Erkrankung sei die Diagnose eines ADHS jedoch nicht mehr zu rechtfertigen (S. 25). Mit der Diagnose einer Myelopathie unklarer Ätiologie könnten zudem die vielfältigen somatischen Befunde ausreichend erklärt werden, weshalb die noch 2011 gestellte Diagnose einer Somatisierungsstörung mittlerweile nicht mehr zu stellen sei (S. 26). Die bisherige Tätigkeit sei noch zu sechs Stunden pro Tag zumutbar, wobei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30% bestehe (S. 28). Dies gelte auch hinsichtlich leidensadaptierter Tätigkeiten (S. 30).

3.3.5 Im neuropsychologischen Gutachten vom 26. April 2016 (act. II 122.1) stellte lic. phil. H. _____ in den Bereichen Aufmerksamkeit sowie verbales und nonverbales Gedächtnis im Vergleich mit Gleichaltrigen leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen fest (S. 11). Es sei zwar nicht unmöglich, dass diese im Rahmen der neurologischen Diagnose verursacht worden seien, doch sei es wahrscheinlicher, dass sie im Rahmen der bekannten psychiatrischen Probleme entstanden seien. Ätiologisch könne die Diagnose eines AD(H)S nicht aufrechterhalten werden (S. 12). Die Einschränkungen beständen im Bereich Aktivität/Partizipation: Der Beschwerdeführer habe im Altersvergleich mehr Mühe, sich auf eine einzelne Aufgabe oder auf mehrere Aufgaben gleichzeitig zu konzentrieren. Mit Bezug auf die Ressourcen hielt lic. phil. H. _____ fest, alle anderen untersuchten Funktionen seien unauffällig gewesen. Vorausgesetzt, der Beschwerdeführer könne seine Arbeit ohne Auto verrichten, sei das Rendement aus streng neuropsychologischer Sicht um 40% vermindert (60% verbleibend [S. 13]); hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit betrage die Einschränkung des Rendements 20% (S. 14), wobei es aus streng neuropsychologischer Sicht jeweils keine Hinweise auf eingeschränkte Präsenzzeiten gebe (S. 13 f.). Ob über die festgestellten Einschränkungen hinaus weitere Schwierigkeiten beständen (z.B. im sozialen Umgang, Anpassungsfähigkeit unter Zeitdruck am Arbeitsplatz), die Ressourcen (aus psychischen oder neurologischen Gründen) nicht voll ausgenützt werden könnten oder hinsichtlich der aus neuropsychologischer Sicht angestammten und angepassten Tätigkeit weitere, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Einschränkungen vorlägen, sei psychiatrischer- bzw. neurologischerseits zu beurteilen und es werde insoweit auf die Gutachten der Dres. med. E. _____ und G. _____ verwiesen (S. 13 f.).

3.3.6 Im neurologischen Gutachten vom 27. April 2016 (act. II 123.1) stellte Dr. med. G. _____ die folgenden Diagnosen (S. 18):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. V. a. hereditäre spastische Paralyse (ED 2014 [ICD-10 G11.4]) mit/bei
 - a. Myelopathie mit Befall der Pyramidenbahnen und der Hinterstränge unklarer Ätiologie
 - b. klinisch: links- und beinbetonte Tetraspastik mit linksbetonter Hyperreflexie
 - c. Hypästhesie Oberschenkel rechts und Pallhypästhesie UE rechtsbetont

- d. ätiologisch: Familienanamnese möglich positiv für Gangstörungen
- 2. Aktenanamnestisch rezidivierende depressive Episoden (siehe auch psych. Gutachten vom 23. April 2015)
- 3. Leicht bis mittelschwere kognitive Defizite unklarer Ätiologie, wahrscheinlich multifaktoriell im Rahmen der Dg 1 und 2

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- 1. Seborrhoisches Ekzem im Gesicht (ICD-10 L21)
- 2. Rezidivierendes lumbo-thorako-vertebrales-Syndrom (ICD-10 M54.80)
 - a. Haltungsanomalie
 - b. degenerative Veränderungen
 - c. muskuläre Dysbalance
- 3. Senk-/Spreiz-Knickfuss beidseits (ICD-10 M21.61)
- 4. St. n. Operation wegen Bänderriss am linken Rückfuss 2007
- 5. St. n. Operation einer Leistenhernie rechts 2008 (ICD-10 K40.3)
- 6. St. n. Operation einer Hydrozele rechts (ICD-10 N43.3)
- 7. V. a. Colon irritabile (ICD-10 K58), St. n. Gastroskopie 2006 und Kolonoskopie 2004

Die klinisch-neurologische Untersuchung habe eine spastische links- und beinbetonte Tetraparese mit Anspannungstremor aller Extremitäten ohne fassbare Paresen der Bein- und Armmuskulatur mit Sensibilitätsstörung am rechten Oberschenkel und einer Pallhypästhesie der unteren Extremitäten ergeben. Während des Anamnesegesprächs seien Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen aufgefallen (S. 20). Aufgrund der nur leicht ausgeprägten Klinik sei davon auszugehen, dass es sich bei der vorliegenden Form der spastischen Spinalparalyse um eine so genannt reine Form handle, trotz dem Vorliegen einer Neuropathie und von kognitiven Störungen. Wesentliche Behinderungen und weitere neurologische Symptome wie mentale Retardierung, Ataxie, Dysarthrie etc. lägen nicht vor. Die kognitiven Störungen seien leicht bis mittelschwer ausgeprägt mit einem subkortikalen Ausfallmuster. Das Störungsmuster sei unspezifisch und habe eine breite Differentialdiagnose. Aufgrund der langjährigen psychiatrischen Vorgeschichte – ebenfalls mit kognitiven Störungen, die mehrere Jahre vor der Diagnose der spastischen Spinalparalyse aufgetreten seien – seien die neuropsychologischen Einschränkungen daher besser im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung erklärbar. Eine Minderung der Leistungsfähig-

keit sei vorwiegend durch die kognitiven und psychischen Störungen bedingt. Trotz der geklagten Gleichgewichtsstörungen und der klinisch fassbaren spastischen Tetraparese sei der Beschwerdeführer in seinen körperlichen und sportlichen Aktivitäten nicht eingeschränkt. Somit könne aus neurologisch-somatischer Sicht für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Für die Leistungseinschränkungen durch kognitive und psychische Störungen werde auf das Gutachten von lic. phil. H. _____ und die psychiatrischen Beurteilungen, insbesondere auf das Verlaufsgutachten von Dr. med. E. _____, verwiesen (S. 21). Aus somatisch-neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht wesentlich eingeschränkt und in einem vollen Pensum (8.4 Stunden pro Tag) zumutbar. Es bestehe eine leichtgradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit durch Gleichgewichtsstörungen. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit seien angesichts der neurologischen Diagnose langfristig keine schweren körperlichen Tätigkeiten, Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Tragen und Heben schwerer Lasten, insbesondere auf unebenem Grund, zumutbar. Aus rein somatischer Sicht entspreche die jetzige Tätigkeit einer angepassten Tätigkeit (S. 24 f.).

3.3.7 Mit ärztlichem Bericht vom 30. August 2016 (act. II 130) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ weise erhebliche diagnostische Unschärfen auf. So widerspreche er sich bei der Beurteilung und der Prognose. Einerseits könnten keine klaren Remissionen der depressiven Symptomatik bei „depressiver Symptomatik kontinuierlich seit dem Jahr 2010“ ausgemacht werden, andererseits laute die Diagnose rezidivierende depressive Störung. Weiterhin imponiere die Persönlichkeit eher mit ängstlichen Anteilen akzentuiert und nicht verändert wie bei einer Störung. Da sowohl die Persönlichkeitsakzentuierung in das Berufsleben miteingebracht worden sei und eine Progredienz dieser Persönlichkeitszüge nicht nachvollziehbar sei, habe diese psychische Befindlichkeitsstörung keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Hieraus resultiere eine Implausibilität bezüglich der Postulierung der quantitativen und qualitativen Elemente des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers. Letztlich könne hinsichtlich des Leistungsvermögens

bei gegebener Plausibilität auf die Einschätzungen des Neuropsychologen lic. phil. H. _____ abgestellt werden (S. 5).

3.3.8 Vom 10. Oktober 2016 bis 9. Januar 2017 absolvierte der Beschwerdeführer in der GEWA ein Belastbarkeitstraining. Im entsprechenden Abschlussbericht vom 16. Januar 2017 (act. II 157) wurde festgehalten, trotz grossen Bemühungen des Beschwerdeführers habe das Pensum nicht auf vier Stunden gesteigert werden können. Die psychosozialen Belastungen und die gesundheitliche Situation hätten im Vordergrund gestanden. Mit den Steigerungen sei er gemäss eigenen Angaben in seiner Tagesstruktur durcheinander geraten. Er habe sich schwer getan, die privaten Verpflichtungen der Arbeit anzupassen (S. 2). Der negative Rentenentscheid sei im Belastbarkeitstraining erschwerend dazu gekommen. Der Beschwerdeführer habe mehrmals erwähnt, dass ihm die Arbeit gefalle, er sich aber im ersten Arbeitsmarkt nicht sehe. Er habe erzählt, dass seine Frau auch gesundheitliche Probleme habe und für sie seine Situation erschwerend hinzukomme (S. 3).

3.3.9 Mit zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfasstem Bericht vom 10. Februar 2017 (act. I 3) hielt med. pract. J. _____ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und einer ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) fest. Mit Bezug auf die Diagnosen sei er mit dem Gutachten von Dr. med. E. _____ einverstanden. Sehr kritisch zu diskutieren seien jedoch die davon abzuleitenden Beurteilungen bezüglich Arbeitsfähigkeit, Prognose und therapeutischer Massnahmen (S. 1). Der Einfluss der ängstlichen Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit sei deutlich höher zu gewichten als der Einfluss der rezidivierenden depressiven Störung. Die mittelgradige depressive Störung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung liege ebenfalls vor und schränke die Arbeitsfähigkeit deutlich ein. Es sei sehr zu vermuten, dass die Ressourcen des Beschwerdeführers die Depression zu überwinden durch die Persönlichkeitsstörung stark eingeschränkt seien und sich beide Störungsbilder gegenseitig verstärkten (S. 2).

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.4.2 Im Sozialversicherungsverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz sowie der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der rechtserhebliche Sachverhalt ist von Amtes wegen unter Mitwirkung der Versicherten resp. der Parteien zu ermitteln. In diesem Sinne rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Der Verzicht auf weitere Abklärungen verletzt etwa dann Bundesrecht, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage, wie namentlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person, auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet wird (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Februar 2017, 8C_344/2016, E. 2.1).

3.4.3 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Was zunächst den Revisionsgrund anbelangt (vgl. E. 2.3 vorne), so ist zum einen gemäss der in E. 3.3 seit der rentenablehnenden Verfügung vom 19. April 2012 dokumentierten Entwicklung des Gesundheitszustandes erstellt, dass mit dem Vorliegen einer Myelopathie unklarer Ätiologie bzw. mit Blick auf die der nämlichen Diagnose zugrunde liegenden (klinisch und elektrophysiologisch) bestätigten Befunde einer links- und beinbetonten Tetraspastik (vgl. act. II 123.1 S. 20) eine Veränderung in den tatsächlichen (medizinischen) Verhältnissen eingetreten ist (vgl. E. 2.3.2 vorne), welche sich zudem auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vgl. S. 18). Dies ist unbestritten. Zum andern haben sich die familiären Umstände des Beschwerdeführers verändert und es wird deshalb der Status neu zu bemessen sein, welche Änderung im (rechtsrelevanten) Sachverhalt ebenfalls einen Revisionsgrund darstellt. Der Rentenanspruch ist demnach umfassend und ohne Bindung an die in der Verfügung vom 19. April 2012 getroffenen Feststellungen zu prüfen.

3.6 Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2017 (act. II 159) einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 32%. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades im (mit 80% gewichteten) erwerblichen Bereich stützte sie sich auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ im ärztlichen Bericht vom 30. August 2016 ab (vgl. act. II 141 S. 11; 130 S. 5), welche ihrerseits für die Einschätzung des Leistungsvermögens auf das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. H. _____ vom 26. April 2016 (act. II 122.1 S. 13 f.) abstellte.

Wie in E. 3.3.4-3.3.6 dargelegt, wurden vorliegend drei separate Gutachten erstellt.

3.6.1 Das neurologische Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 27. April 2016 (act. II 123.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.3 vorne) und erbringt grundsätzlich vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es stimmt sowohl in befundmässiger wie auch in diagnostischer Hinsicht mit den Einschätzungen der behandelnden Neurologen überein (vgl. act. II 91 S. 8 ff.; 99 S. 1-6). Weder liegen Berichte im Recht, welche Aspekte aufzeigten respektive konkrete Indizien lieferten, die Zweifel an den Einschätzungen von Dr. med.

G._____ zu wecken vermöchten (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470) noch wird dergleichen seitens des Beschwerdeführers geltend gemacht. Demnach ist die Arbeitsfähigkeit aus rein somatisch-neurologischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit nicht wesentlich eingeschränkt und in einem vollen Pensum (8.4 Stunden pro Tag) zumutbar. Dabei besteht eine leichtgradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit durch Gleichgewichtsstörungen. Ebenso ist die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit grundsätzlich nicht eingeschränkt, sofern es sich nicht um eine körperlich schwere Tätigkeit handelt, wobei auch Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie das Tragen und Heben schwerer Lasten, insbesondere auf unebenem Grund, unzumutbar ist. Gemäss Dr. med. G._____ entspricht die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers aus rein somatischer Sicht einer angepassten Tätigkeit (act. II 123.1 S. 24 f.).

3.6.2 Hinsichtlich des neuropsychologischen Gutachtens vom 26. April 2016 (act. II 122.1), auf welches die Beschwerdegegnerin wie erwähnt (vgl. E. 3.6 vorne) entscheidungswesentlich abgestellt hat, ist Folgendes festzuhalten: Lic. phil. H._____ hat seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer seine angestammte Arbeit im Umfang eines 60%-Pensums verrichten kann und mit Bezug auf eine angepasste Tätigkeit die Einschränkung des Rendements 20% beträgt (S. 13 f.), unter ausschliesslich fachspezifischem – mithin neuropsychologischem – Blickwinkel vorgenommen. Dabei machte er jedoch wiederholt – sowohl bei der Einschätzung der kognitiven Einschränkungen hinsichtlich Aktivität/Partizipation, aber auch bezüglich der (aus rein neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkten) Ressourcen und schliesslich auch bei der Einschätzung des zumutbaren Rendements in einer angestammten und angepassten Tätigkeit – deutlich, dass die Einschränkungen letztlich aus neurologischer, namentlich aber aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen seien, wobei er auf die bereits vorliegenden Gutachten der Dres. med. G._____ und E._____ verwies (vgl. S. 13 f.). Damit trug lic. phil. H._____ dem Umstand Rechnung, dass es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht vermag, selbstständig die Beurteilung der Genese eines Gesundheitsschadens vorzunehmen (BGE 119 V 335, E. 2b/bb S. 341; Entscheid des BGer vom 23. Februar 2007, U 196/06, E. 4), was auch im

Rahmen der Invaliditätsbemessung zu berücksichtigen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2010, 9C_872/2010).

Zwar erfolgte zwischen lic. phil. H._____ und Dr. med. G._____ eine interdisziplinäre Konsensbesprechung (vgl. act. II 123.1 S. 1), nicht jedoch mit dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. E._____. Nachdem Dr. med. G._____ aus rein neurologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt und gleichzeitig festgehalten hat, eine Minderung der Leistungsfähigkeit sei vorwiegend durch die (nicht überwiegend wahrscheinlich neurologisch verursachten [vgl. S. 23]) kognitiven sowie psychischen Störungen bedingt, kommt dem psychiatrischen Gutachten indes gewichtige Bedeutung zu, zumal Dr. med. E._____ sowohl die bisherige wie auch eine den Leiden angepasste Tätigkeit als zu lediglich sechs Stunden pro Tag bei jeweils 30%iger Einschränkung der Leistungsfähigkeit (act. II 108.1 S. 28 und 30) als zumutbar erachtete. Entsprechend hielt auch Dr. med. G._____ ausdrücklich fest, für die Einschätzung der kognitiven und psychischen Einschränkungen sei insbesondere das Verlaufsgutachten von Dr. med. E._____ massgeblich (act. II 123.1 S. 21).

3.6.3 Zwar ist eine abschliessende, gesamthafte Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Konsensdiskussion nicht zwingend (mit Bezug auf interdisziplinäre Gutachten vgl. Entscheid des BGer vom 21. März 2017, 8C_747/2016 [zur Publikation vorgesehen], E. 2.2.4). Die Beurteilung der rechtsrelevanten Fragen muss bei Fehlen einer interdisziplinären Gesamtschau jedoch zweifels- und widerspruchsfrei möglich sein. Dies ist vorliegend mit Bezug auf das von Dr. med. G._____ und lic. phil. H._____ als massgeblich erachtete psychiatrische Gutachten nicht der Fall, hielt die RAD-Psychiaterin und Neurologin Dr. med. I._____ im ärztlichen Bericht vom 30. August 2016 (act. II 130) doch fest, dass die Expertise von Dr. med. E._____ „erhebliche diagnostische Unschärfen“ aufweise; zudem verbleibe eine „Implausibilität bezüglich der Postulierung der quantitativen und qualitativen Elemente des Leistungsvermögens“ des Beschwerdeführers mit der Folge, dass hinsichtlich des Leistungsvermögens (allein) auf das neuropsychologische Gutachten abzustellen sei (S. 5).

Die Kritik der RAD-Ärztin am Gutachten von Dr. med. E. _____, wonach die Persönlichkeit eher mit ängstlichen Anteilen akzentuiert und nicht verändert wie bei einer Störung imponiere, die Persönlichkeitsakzentuierung in das Berufsleben miteingebracht worden und eine Progredienz dieser Persönlichkeitszüge nicht nachvollziehbar sei, weshalb diese psychische Befindlichkeitsstörung entgegen der gutachterlichen Einschätzung keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe, ist nicht von der Hand zu weisen: Zunächst lässt die frühe Arbeitsanamnese mit über 17 Jahre dauernder 100%iger Erwerbstätigkeit (vgl. act. II 123.1 S. 16; 141 S. 5) eine nunmehr persönlichkeitsbedingte Arbeitsunfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als fraglich erscheinen; ebenso wenig und entgegen dem Beschwerdeführer erweist sich die im Jahr 2000 erfolgte Penumreduktion auf 20% als offensichtlich krankheitsbedingt (act. II 123.1 S. 17; vgl. auch E. 3.9 hinten). Auch weist Dr. med. I. _____ in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2017 (act. II 156 S. 3) grundsätzlich zu Recht auf den Bericht der GEWA vom 16. Januar 2017 (act. II 157) hin, woraus hervorgeht, dass der negative Rentenentscheid sich erschwerend auf die Belastbarkeit des Beschwerdeführers ausgewirkt hat, welcher Gesichtspunkt – zusammen mit den gemäss dem erwähnten Bericht ebenfalls gegebenen und hindernden psychosozialen Belastungsfaktoren – grundsätzlich invaliditätsfremd ist und, soweit er sich auf das funktionelle Leistungsvermögen auswirkt, ausser Acht zu bleiben hat. Dementsprechend kann der Kritik der RAD-Ärztin folgend auf das psychiatrische Gutachten vom 23. April 2015 (act. II 108.1) nicht abgestellt werden. Ebenso wenig jedoch kann – entgegen Dr. med. I. _____ – für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. H. _____ herangezogen werden, nachdem dieser seine Beurteilung ausdrücklich unter den Vorbehalt der Ergebnisse im Gutachten von Dr. med. E. _____ stellte, auf dieses jedoch dem Dargelegten zufolge nicht abgestellt werden kann.

3.6.4 Sodann führt die fehlende Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. E. _____ – entgegen der Beschwerdegegnerin – auch nicht dazu, dass vorbehaltlos auf das im ärztlichen Bericht von Dr. med. I. _____ vom 30. August 2016 erstellte Zumutbarkeitsprofil abzustellen wäre. Denn anders als das Gutachten von Dr. med. E. _____ basiert ihre

Einschätzung, wonach die Persönlichkeit des Beschwerdeführers dessen Arbeitsfähigkeit nicht (wesentlich) einschränkt, allein auf einer bloss summarisch gehaltenen versicherungsmedizinischen Würdigung. Demgegenüber postulierte Dr. med. E. _____ das Vorliegen einer die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung bereits im ersten Gutachten vom 17. November 2011 (act. II 44.1 S. 27), welches von der RAD-Ärztin med. pract. N. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, als einleuchtend und nachvollziehbar eingeschätzt wurde (vgl. act. II 45 S. 2). Wenn Dr. med. I. _____ mit Bezug auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers keine leistungsmindernden Faktoren erkennt, so hätte diese Einschätzung unter den gegebenen Umständen einer eingehenderen Auseinandersetzung mit der Anamnese und der Befundlage bedurft, weshalb die Beantwortung der Frage, ob und wenn ja inwieweit eine die Persönlichkeit des Beschwerdeführers betreffende, invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Pathologie vorliegt, nicht auf dem Wege der Beweiswürdigung entschieden werden kann, sondern eine neuerliche fachärztliche Beurteilung erfordert.

3.7 Indem die Beschwerdegegnerin entscheidungswesentlich auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ im ärztlichen Bericht vom 30. August 2016 (act. II 130) abgestellt und – bei gegebener Implausibilität des Gutachtens von Dr. med. E. _____ – auf weitere psychiatrische Abklärungen verzichtet hat, verletzte sie den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.4.2 vorne). Zwar holte sie im Vorbescheidverfahren eine Stellungnahme von Dr. med. I. _____ ein (act. II 156 S. 3 f.). Darin bestätigt die RAD-Ärztin im Wesentlichen jedoch lediglich ihre eigenen, nach dem Dargelegten für eine abschliessende Beurteilung nicht ausreichenden Einschätzungen im ärztlichen Bericht vom 30. August 2016, weshalb auch diese Stellungnahme den beweismässigen Anforderungen nicht genügt. Ebenso wenig kann abschliessend auf die Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werden: Soweit Dr. med. M. _____ (psychiatrische Dienste F. _____) die kognitiven Einschränkungen des Beschwerdeführers als neurologisch-organisch bedingt einstufte (vgl. act. II 103 S. 2), findet diese Einschätzung in den übrigen Berichten keine Stütze und wurde namentlich im Gutachten der

Neurologin Dr. med. G._____ als lediglich theoretisch möglich eingestuft (vgl. act. II 123.1 S. 23). Schliesslich stellt auch der Bericht von med. pract. J._____ vom 10. Februar 2017 (act. I 3) keine beweistaugliche Grundlage dar, äussert er sich doch nicht rechtsgenügend zur verbliebenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zudem unterzeichnete er das Einwandschreiben vom 28. November 2016 mit (act. II 151 S. 1 f.), weshalb in beweismässiger Hinsicht in besonderem Masse der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf das – für die Behandlung unabdingbare – Vertrauensverhältnis im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

3.8 Aus dem Dargelegten folgt, dass sich die vorliegenden medizinischen Berichte vorab hinsichtlich der Frage nach den bestehenden (psychischen) Beschwerden sowie deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2017 als unvollständig erweisen. Inwieweit sich die geklagten (psychischen) Beschwerden auf das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirken, lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht zuverlässig beurteilen und bedarf weiterer medizinischer Abklärung in Form einer psychiatrisch/neuropsychologischen Begutachtung. Angesichts der überzeugenden Schlüsse im Gutachten von Dr. med. G._____ erübrigt sich demgegenüber eine weitere neurologische Begutachtung. Das dort formulierte Zumutbarkeitsprofil kann ohne weiteres zusätzlich zu jenem, das die zu erstellende Begutachtung ergeben wird, berücksichtigt werden.

Die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2017 ist somit aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung eines bidisziplinären psychiatrisch/neuropsychologischen Gutachtens zurückzuweisen. Indem bisher keine solche bidisziplinäre Begutachtung erfolgt ist, erweist sich dieses Vorgehen ohne weiteres als mit BGE 137 V 210 vereinbar.

3.9 Der Beschwerdeführer macht geltend, entgegen der angefochtenen Verfügung sei der Status auf 100% Erwerb festzulegen.

Zur Frage, ob der Beschwerdeführer ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit ausführen würde, wurde im Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 21. Oktober 2016 (act. II 141 S. 2 ff.) Folgendes festgehalten: „[Der Beschwerdeführer] sagt, dass es ihm wichtig ist, dass er auch noch Zeit für sich hat. Er braucht die Zeit, um in die Natur zu gehen, ... zu beobachten. Er wäre wahrscheinlich aufs Land gezogen, hätte sich dort eine billigere Wohnung gesucht. So hätte er etwa im 80% Pensum gearbeitet, damit er einen Tag zusätzlich für sich hätte“ (S. 7). Auf diese Aussage der ersten Stunde ist abzustellen, nachdem der 1995 geborene Sohn mittlerweile erwachsen und aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers davon auszugehen ist, dass er im Gesundheitsfalle von seiner Ehefrau getrennt lebte bzw. eine (...) Trennung bisher allein aus ... Gründen nicht erfolgte (vgl. act. II 96 S. 16; 108.1 S. 3; 141 S. 7 f.). Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung ist nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer diese Angaben auf seine aktuelle Situation (mit gesundheitlicher Einschränkung) bezogen hat. Sodann trifft es auch nicht zu, dass die im Jahr 2000 erfolgte Pensumreduktion von 100 auf 20% „offensichtlich gesundheitlich bedingt“ (Beschwerde, S. 7, Ziffer 6) war; vielmehr fühlte sich der Beschwerdeführer gemobbt, woraufhin er und seine Ehefrau einen Rollentausch vollzogen und er sein Arbeitspensum reduzierte (act. II 141 S. 7).

Demnach ist der Status des Beschwerdeführers entsprechend der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2017 auf 80% Erwerb und 20% Haushalt festzulegen.

3.10 Nach durchgeführter Begutachtung wird die Beschwerdegegnerin somit das Zumutbarkeitsprofil festzulegen und anschliessend nach Massgabe der gemischten Methode bei einem Status 80% Erwerb/20% Haushalt den Invaliditätsgrad neu zu ermitteln haben.

Zusammenfassend ist in Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 24. Januar 2017 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

4.2.2 Mit am 30. März 2017 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Rechtsanwalt C._____ ein Honorar von Fr. 1'261.-- (9.7 Stunden à Fr. 130.--), Auslagen von Fr. 45.-- sowie Portokosten von Fr. 20.90 und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 106.15 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 1'433.05 (inkl. Auslagen, Portokosten und MWSt) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. Januar 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'433.05 (inkl. Auslagen, Portokosten und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.