



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Gisela Bedognetti-Roth, Vorsitz

Dr. iur. Matthias Suter und MLaw Ines Stocker

Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 23. September 2021 *[rechtskräftig]*

gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführer

vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

IV-Stelle Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug

Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung

(Leistungen)

A. A. _____, Jahrgang 1963, meldete sich am 29. Juli 2016 (Eingang allerdings erst am 22. September 2016; IV-act. 12) bei der IV-Stelle Zug zur "Beruflichen Integration/Rente" an und verwies auf eine Operation vom 5. Oktober 2015. Nach diversen Abklärungen – unter anderem der Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beim C. _____ – wies die IV-Stelle sein Leistungsbegehren bei einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einer Verweistätigkeit mit Verfügung vom 9. Juli 2019 ab.

B. Gegen diese Verfügung reichte A. _____ am 30. August 2019 (Poststempel) beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein und beantragte sinngemäss die Zusprechung von IV-Leistungen. Gleichzeitig ersuchte er sinngemäss um Bewilligung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands. Er sei zwischenzeitlich Sozialhilfeempfänger geworden und noch immer krankgeschrieben; einen Anwalt könne er sich nicht leisten.

C. Mit Verfügung vom 3. September 2019 forderte das Gericht den Beschwerdeführer zur Zahlung eines Kostenvorschusses von Fr. 800.-- bzw. zur Einreichung eines begründeten Gesuchs um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung auf.

D. Nach Einreichung diverser Unterlagen wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung gutgeheissen und damit auf Leistung des Kostenvorschusses verzichtet.

E. Mit Vernehmlassung vom 21. November 2019 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, dass auf das eingeholte C. _____-Gutachten abgestützt werden könne, da es sämtliche Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten erfülle.

F. Nach mehrfach erstreckter Frist konstituierte sich RA lic. iur. B. _____ am 14. Mai 2020 als Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, worauf das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung mit Verfügung vom 15. Mai 2020 bewilligt wurde.

G. Mit Replik vom 2. Juni 2020 liess der Beschwerdeführer die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. Juli 2019, die Zusprechung einer Rente nach Gesetz und die Feststellung der Verletzung der Aktenführungspflicht seitens der IV-Stelle beantragen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde im Wesentlichen zunächst die Aktenführung der Beschwerdegegnerin beanstandet,

da die Akten teilweise unvollständig und nicht nachvollziehbar neu- bzw. unnummeriert worden seien. Im Weiteren sei das C. _____-Gutachten, auf das sich die Vorinstanz stütze, nicht beweiskräftig. So seien – auch nach Ansicht des RAD – die Schlafprobleme (mit Schlafattacken und Aussetzern) nicht genügend abgeklärt worden. Fraglich sei auch die psychiatrische Beurteilung, da der C. _____-Psychiater im Gegensatz zum behandelnden Psychiater fälschlicherweise keine Ängste festgestellt habe. Zudem sei unklar, weshalb beim Beschwerdeführer im C. _____-Gutachten nur eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei, nachdem bei der Begutachtung mindestens vier Symptome einer mittelgradigen Episode festgestellt worden seien.

Eine Arbeitsunfähigkeit von bloss 20 % sei – im Gegensatz zur Auffassung des RAD – mit den vorliegenden Befunden keineswegs realistisch, sondern müsse stark angezweifelt werden. Niemand setze einen regelmässig einschlafenden Arbeitnehmer ein; ein solches Verhalten würde umgehend zu einem Verweis und im Wiederholungsfall zur fristlosen Kündigung führen.

Die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen durch das C. _____ sei ebenfalls fraglich. Es sei vielmehr so, dass kaum Ressourcen vorhanden seien, was der trostlose Tagesablauf des Beschwerdeführers vor Augen führe. Es seien keine Ressourcen vorhanden, die es ihm erlauben würden, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % verwerten zu können. Das Aktivitätsniveau sei eingeschränkt, Inkonsistenzen seien nicht vorhanden, zumal auch das Autofahren kaum noch zu vertreten sei. Das C. _____-Gutachten basiere weder auf den vollständigen Akten, noch berücksichtige es die geklagten Beschwerden. Es sei in der Darlegung der versicherungsmedizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung nicht nachvollziehbar. Dem Gericht werde beantragt, die Sache nicht zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen, sondern vielmehr ein Gerichtsgutachten einzuholen.

H. Die Beschwerdegegnerin hielt am 3. Juli 2020 duplicando an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und führte im Wesentlichen aus, dass die Praxis der Aktenführung seit langem bestehe und die Akten systematisch, d.h. chronologisch erfasst seien, was vom Verwaltungsgericht des Kantons Zug als korrekt beurteilt worden sei. Zudem müssten die Akten auf Ersuchen des Verwaltungsgerichts im Beschwerdefall auf Papier und damit neu aufbereitet werden. Die Aktenführung gemäss dem bis am 30. September

2019 geltenden Recht (Art. 8 ATSV) sei gestützt auf Art. 18a Abs. 2 ATSG noch bis zum 30. September 2022 zulässig.

Bezüglich des C. _____-Gutachtens habe der RAD am 15. November 2019 die Schlafproblematik für nicht relevant gehalten. Dabei habe er sich auf die Erkenntnis gestützt, dass diese den Beschwerdeführer beim Autofahren nicht einschränke; daran müsste sonst gezweifelt werden. Offensichtlich sei die Frage auch unter den Kriterien der Fahreignung nie abgeklärt worden, was allenfalls nachgeholt werden müsste (Art. 66c IVG). Im Übrigen beinhalte die Untersuchung und Abklärung des Gesundheitszustandes einer Person mehr als nur die Subsumption von Befunden, weshalb auf die anwaltlichen Ausführungen in der Replik mangels medizinischen Fundaments nicht einzugehen sei. Auf eine weitere Begutachtung sei angesichts der Abklärungen der IV-Stelle zu verzichten, zumal erfahrungsgemäss weitere medizinische Untersuchungen die Sache nicht vereinfachten, sondern verkomplizierten.

I. Am 8. Juli 2020 liess der Beschwerdeführer weitere Unterlagen einreichen, so auch einen Bericht des Zuger Kantonsspitals über die neuropsychologische Untersuchung vom 8. März 2019, woraus sich auch an guten Tagen neuropsychologische Funktionseinschränkungen entnehmen liessen. Diese stünden einer vollen Arbeitsfähigkeit in der anspruchsvollen Tätigkeit als Geschäftsführer entgegen und widerlegten die Aussage im C. _____-Gutachten, wonach keine kognitiven Einschränkungen vorliegen würden. Im Weiteren werfe die Aktenführung bei anderen IV-Stellen keine Probleme auf. Nur bei der IV-Stelle Zug bestehe die Praxis, unterschiedlich erfasste Akten zuzustellen, je nachdem, von welcher Person das Gesuch stamme. Dies sei nicht mit der Aktenführungspflicht vereinbar und es werde mit Nichtwissen bestritten, dass diese Praxis Gegenstand eines verwaltungsgerichtlichen Urteils gewesen sei. Im Übrigen sei der Hinweis erlaubt, dass eine versicherte Person oder ihr Rechtsvertreter auch ohne Medizinstudium Kritik an einem Gutachten ausüben dürfe. Anders zu entscheiden würde bedeuten, dass auch die Gerichte (ohne Fachrichter) dazu nicht mehr kompetent wären, was kaum die Meinung der Beschwerdegegnerin sein dürfte.

J. Die IV-Stelle nahm am 16. August 2020 zum neu eingereichten neuropsychologischen Bericht dahingehend Stellung, dass die Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch den Neuropsychologen – abgesehen von der Tatsache, dass der Bericht keine ärztliche Stellungnahme darstelle und nicht psychiatrisch gewürdigt worden sei – nicht wesentlich von derjenigen des psychiatrischen Gutachters abweiche. Zudem sei zur Wiederaufnahme

einer psychiatrischen Behandlung geraten worden. Die Verlaufsuntersuchung, zu der im Falle der Zunahme oder Persistenz der kognitiven Defizite angeraten worden sei, sei zudem offensichtlich nicht nötig gewesen, da dazu ja kein Bericht eingereicht worden sei.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 9. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 30. August 2019 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.2 Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Verfügungen kantonaler IV-Stellen sind gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – in Abweichung von Art. 58 ATSG – direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 Abs. 1 ATSG). Angefochten ist eine Verfügung der IV-Stelle Zug vom 9. Juli 2019, weshalb das Verwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sowohl örtlich als auch sachlich zuständig ist. Die Beschwerde ist am 30. August 2019 – in Berücksichtigung des Fristenstillstands nach Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG – fristgerecht eingereicht worden und entspricht auch den übrigen for-

mellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. Streitig ist vorliegend ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers frühestens ab Januar 2017 (Art. 29 IVG). Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Nach Art. 46 ATSG sind alle Unterlagen, die massgeblich sein könnten, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen. Diese Bestimmung gilt für alle Sozialversicherungsverfahren, auf die das ATSG zur Anwendung gelangt, mithin auch für IV-Verfahren. Mit der Vorgabe eines "systematischen" Erfassens wählte der Gesetzgeber dabei bewusst eine recht offene Umschreibung; die Möglichkeiten der Aktenführung reichen damit von der physischen Erfassung der schriftlichen Akten in einem Aktendossier bis hin zu IT-gestützten Aktenfassungssystemen. Massgebend ist die Festlegung, dass es sich um eine systematische Aktenführung handeln muss. Dies setzt voraus, dass die Aktenführung nach festgelegten, allgemeinen, sachgerechten und zweckgemässen Kriterien erfolgen muss. Die Aktenführung muss so vonstattengehen, dass ein Nachweis der Verwaltungstätigkeit möglich ist und dass nachvollzogen werden kann, wie die Sachverhaltsabklärung erfolgt und wie der Weg der Entscheidungsfindung verlaufen ist. Das Bundesgericht hat die Grundsätze der Aktenführungspflicht, das Erfordernis der Paginierung der Akten sowie die chronologische Auflistung der Akten ebenso erläutert wie die nummernmässige Identifikation der Aktenstücke (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 46 N 22 f. mit Hinweis auf BGer 9C_283/2010 E. 2.2.2 und 2.3.2). Mit Wirkung ab 1. Oktober 2019 erfolgte eine Konkretisierung von Art. 46 ATSG u.a. durch Art. 8 der Verordnung zum ATSG (ATSV; SR 830.11). Artikel 8 Abs. 1 ATSV verlangt, dass die Akten systematisch und chronologisch geordnet geführt werden müssen, und nach Art. 8 Abs. 2 ATSV ist ein vollständiges Aktenverzeichnis zu führen, das klare und eindeutige Hinweise auf den Inhalt der einzelnen Unterlagen liefert. Bis diese Bestimmungen vom Versicherungsträger angewendet werden müssen, bleibt gemäss Art. 18b Abs. 2 ATSV allerdings eine Übergangsfrist von drei Jahren, mithin bis 30. September 2022.

2.1 Der Beschwerdeführer lässt in formeller Hinsicht die Aktenführung der Vorinstanz rügen und die Feststellung einer Verletzung der Aktenführungspflicht nach Art. 46 ATSG verlangen. Zunächst würden die dem Gericht eingereichten Akten, die neu durchnummeriert worden seien, nicht die gleiche Nummerierung aufweisen wie diejenigen, die der Tochter des Beschwerdeführers zugestellt worden seien. Zudem seien die ihr zugestellten Akten zumindest teilweise unvollständig gewesen. Es sei auch nicht verständlich, weshalb Akten je nach Besteller unterschiedlich erfasst würden. Es existierten Akten ohne Numme-

rierung, solche mit Nummerierung und solche mit systematischer Erfassung. Dass die Beschwerdeführerin damit die Aktenführungspflicht verletze, sei festzustellen.

2.2 Die IV-Stelle stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass die Praxis der Aktenführung seit langem bestehe. Die Akten seien systematisch, d.h. chronologisch erfasst und diese Art der Aktenführung sei vom Verwaltungsgericht als korrekt beurteilt worden. Wenn der Beschwerdeführer monieren lasse, dass ihm einzelne Dokumente fehlten bzw. die Akten nicht identisch seien, habe das mit der systematischen Aktenführung nichts zu tun. Tatsache sei, dass das Aktenbündel – sei es im PDF-Format elektronisch und mit Seitennummerierung, wie es vom Gericht nicht akzeptiert werde – sei es in der vom Gericht akzeptierten Form auf Papier und mit Inhaltsverzeichnis, jeweils neu erstellt werden müsse, weil neue Akten nicht automatisch integriert würden und weil es Stellen und Personen gebe, die nur beschränkte Akteneinsicht hätten. Die Aktenführung gemäss dem bis am 30. September 2019 geltenden Recht (Art. 8 ATSV) sei gestützt auf Art. 18a Abs. 2 ATSG noch bis zum 30. September 2022 zulässig.

2.3 Vorab ist festzuhalten, dass die Vorinstanz – wie sie zutreffend festhält – die Akten noch nach den alten Bestimmungen führen durfte und die neuen Bestimmungen erst ab dem 1. Oktober 2022 verbindlich einzuhalten sein werden. Wie ein Blick in das Aktendossier der Beschwerdeführerin zeigt, sind die Akten – soweit ersichtlich – vollständig, chronologisch geordnet und durchgehend paginiert. Ein Aktenverzeichnis liegt ebenfalls vor und die Beschreibung der einzelnen Dokumente ist zwar knapp, aber immerhin ausreichend, sodass einzelne Dokumente ohne grösseren Aufwand gefunden werden können. Sollten die Akten im Verwaltungsverfahren noch eine andere Nummerierung aufgewiesen haben und erst im Rahmen des vorliegenden Verfahrens neu nummeriert worden sein, so ist darin noch keine Verletzung der Aktenführungspflicht zu sehen. Es trifft zudem zu, dass nicht alle Besteller, welche Einsicht in die Akten verlangen, auch das Recht auf vollständige Einsicht haben. Wenn bei mehrseitigen Dokumenten einzelne Seiten gefehlt haben sollten, so ist dies wohl einem Versehen zuzuschreiben, jedenfalls aber sicher noch kein gravierender Mangel; ein Exemplar des vollständigen Dokuments könnte auf Verlangen nachgeliefert werden. Die Vorinstanz verweist im Weiteren auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts vom 27. November 2014 (S 2014 70 E. 8.2), in welchem ihr keine Verletzung der Aktenführungspflicht vorgeworfen wurde, obwohl weder ein Aktenverzeichnis noch eine Paginierung vorhanden waren (notabene in einem Verfahren, in welchem die versicherte Person von einem Anwalt aus der Kanzlei des beschwerdeführerischen Rechtsanwalts vertreten war). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Art. 46 ATSG der Charakter einer

Ordnungsvorschrift zukommt und die vorliegend gerügten Mängel keinesfalls derart gravierend sind, dass sie geeignet wären, eine (unheilbare) Verletzung des Gehörsanspruchs, die mit der Kassation des vorinstanzlichen Entscheids zu ahnden wäre, zu bewirken oder gar nur den Anlass zu bieten für eine entsprechende Feststellung, wie sie der Beschwerdeführer verlangt.

3. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit 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). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.1 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich). Bei nichterwerbstätigen versicherten Personen, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich bzw. spezifische Methode; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; SR 831.201; sog. gemischte Methode). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leis-

tungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

Zu erwähnen ist, dass die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung umfasst, was voraussetzt, dass Revisionsgründe (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 133 V 545) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich in dieser Konstellation durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d in fine, 125 V 368 E. 2, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht ist es irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird. Es gelten die Grundsätze gemäss BGE 125 V 413 (BGer 8C_886/2009 vom 13. April 2010 E. 2.2 mit zahlreichen Hinweisen; BGE 131 V 164 E. 2.3.4; BGer 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

3.2 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft die IV-Stelle die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Sie hat dabei die Aufgabe, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz richtig und vollständig abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 Rz. 13 ff.). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall der Richter) auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 105 V 156 E. 1). Zu erwähnen bleibt, dass für die Invaliditätsbemessung schliesslich nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt ausschlaggebend ist, sondern vielmehr die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einschränkung der Er-

werbsmöglichkeiten auf dem gesamten für den Versicherten in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (BGE 110 V 273 E. 4a).

3.3 Die medizinischen Unterlagen sind nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (EVG I 437/99 und I 575/99 vom 9. August 2000 E. 4b/bb). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 224; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen.

Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutisch tätigen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt zwischen Behandlung und Begutachtung kann – namentlich in umstrittenen Fällen – nicht unbesehen auf die Angaben des behandelnden Spezialisten abgestellt werden (EVG I 814/03 vom 5. April 2004 E. 2.4.2). Dies gilt allerdings nicht im Sinne einer Beweisformel, wonach Berichte behandelnder Ärzte in der Regel von vornherein weniger Beweiswert hätten, sondern sie sind unvoreingenommen auf ihre Beweiskraft zu prüfen.

3.4 Bei Leiden aus dem depressiven Formenkreis hat das Bundesgericht vor einiger Zeit seine Rechtsprechung dahingehend geändert, dass die Frage, ob bei solchen Erkrankungen eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden kann. Auch bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt. Solche Leiden sind ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 409 E. 4.4 und 4.5.2). Aus der Diagnose allein resultiert demnach keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Auch affektive Störungen (einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen) sind dem strukturierten Beweisverfahren zu unterstellen. Störungen fallen beim strukturierten Beweisverfahren bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 6 ff.). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6).

4. Den Akten lässt sich aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

4.1

4.1.1 Zur Vorgeschichte ergibt sich aus den Akten, dass sich der Beschwerdeführer – damals noch als selbständiger Schaler und Maurer tätig gewesen – erstmals im September 1991 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anmeldete, nachdem er sich im November 1990 bei Fräsarbeiten auf dem Bau Ring- und Mittelfinger der linken Hand schwer verletzt hatte. In der Folge wurde er, da er in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr einsetzbar war, von der Invalidenversicherung bei der Umschulung auf eine neue Tätigkeit und bei der Geschäftsübernahme als Selbständigerwerbender im Bereich Haushaltgeräte unterstützt (IV-act. 1 - 28 ff.). Danach betätigte er sich – soweit ersichtlich – als selbständigerwerbender Vermögensverwalter bis 2005/2006.

4.1.2 Im Juni 2006 begab sich der Beschwerdeführer in psychiatrische Behandlung zu Dr. med. D._____, der eine akute Belastungsreaktion (ICD-10 Nr. 43.23) mit phobischen Tendenzen und eine arterielle Hypertonie, Einstellung zzt. stark erschwert, diagnostizierte und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Direktor bescheinigte (IV-act. 2 - 6/9 f.). Er führte aus, dass der Patient innerhalb von $\frac{3}{4}$ Jahren zwei traumatisierende Ereignisse erlebt habe, die seinen Geschäftsgang als selbständiger Vermögensverwalter bis hin zu existentieller Bedrohung beeinträchtigt hätten. Im August 2005 sei es zum Konkurs seines Broker-Partners in den E._____ gekommen, was zu einem massiven Einbruch in der Kundenakquisition geführt habe. Im Mai 2006 sei er wegen eines Mitarbeiters zu Unrecht in eine Strafuntersuchung hineingezogen worden.

4.1.3 Ab 1. Juni 2007 war der 2002 geschiedene Beschwerdeführer aktenkundig wieder voll arbeitsfähig (IV-act. 6) und arbeitete soweit es sich dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IV-act. 15) entnehmen lässt, bis 2007 für die F._____ AG und von 2008 bis 2015 zumindest in einem Teilpensum für die G._____ AG, die Firma seiner zweiten Ehefrau, die er 2015 geheiratet hatte und die im März 2018 verstorben ist.

4.1.4 Im Jahr 2015 wurde beim Beschwerdeführer ein juxtarenales Aortenaneurysma diagnostiziert, weswegen er sich am 5. Oktober 2015 im Spital H._____ einer Operation durch Dr. med. I._____, Chefarzt Gefässchirurgie, unterziehen musste (IV-act. 10). Anschliessend drängte sich auch eine kardiologische Abklärung auf (IV-act. 10 - 6/11).

4.1.5 Der Kardiologe und Internist Dr. med. J. _____ stellte – nachdem er den Beschwerdeführer zuvor am 11. September 2015 präoperativ und letztmals im Dezember 2015 gesehen hatte (IV-act. 10 - 8 ff.) – im Arztbericht vom 24. Oktober 2016 (IV-act. 18) zuhanden der IV-Stelle neben dem infrarenalen Bauchaortenaneurysma eine zerebrovasculäre Verschlusskrankheit, arterielle Hypertonie, Übergewicht mit radikulären Schmerzen am rechten Oberschenkel bei LWK4-Pathologie und Status nach mehreren Handoperationen rechts, zuletzt 2013, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Zurzeit liege keine dokumentierte kardiale Erkrankung vor, die zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit führe; eine solche dürfte auf die angiologische Problematik oder allfällige muskuloskelettale Ursachen zurückzuführen sein. Aus kardiologischer Sicht erachtete Dr. J. _____ mässige bis schwere körperliche Aktivitäten als nicht möglich, während er eine rein sitzende Tätigkeit als zumutbar beurteilte.

4.1.6 Der Hausarzt Dr. med. K. _____ attestierte dem Beschwerdeführer am 7. November 2016 (IV-act. 22) seit der Operation vom 5. Oktober 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit, wobei er unter anderem einen Aortenersatz, eine Ileitis terminalis 2008, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom L4/L5 und einen Status nach dreimaliger Myokarditis festhielt.

4.1.7 Der Facharzt FMH Innere Medizin und Gefässkrankheiten, Dr. med. L. _____, verneinte im Arztbericht vom 22. Februar 2017 (IV-act. 37) das Vorliegen relevanter Einschränkungen betreffend Arbeitsfähigkeit, abgesehen vom Heben von schweren Lasten von über 20 bis 25 kg aufgrund der Diagnose dilatative Arteriopathie mit aktuell stenosefrei perfundierter Rohrprothese und unauffälliger proximaler Anastomose bei Aortenersatz; er erachtete die bisherige wie auch eine adaptierte Tätigkeit ab sofort zu 100 % als zumutbar und attestierte dem Beschwerdeführer in anderen Tätigkeiten eine normale Arbeitsleistung im Alltag, Büro oder Verkauf.

4.1.8 Doktor med. M. _____, Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Geriatrie, Ambulatorium Wiesendamm, erachtete am 27. Februar 2017 (IV-act. 45) sowohl die bisherige wie auch eine angepasste Tätigkeit als nicht zumutbar wegen der Diagnosen Lumboischialgie rechts bei degenerativen LWS-Veränderungen, diffuse Bauchschmerzen bei Nabel-/Bauchwandhernie (Beschwerdezunahme im Sitzen), multilokuläre Gelenkschmerzen wahrscheinlich degenerativer Genese, multifaktorielle Dekonditionierung und depressive Verstimmung. In der bisherigen Tätigkeit, die wechselbelastend sei und bei

welcher der Beschwerdeführer "Mädchen für alles" in einem Buchhaltungs-Büro sowohl für Schreibtischarbeiten als auch für Hauswart- und Botendienste zuständig sei, bestünden die gesundheitsbedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in drei Ursachen: Schmerzen (Wirbelsäulenveränderungen, Bauchwandhernie, Gelenkschmerzen), ein desaströser Trainingszustand (Adipositas, massiver Nikotinabusus, mittlerweile reduziert) und eine depressive Entwicklung. Die derzeitige Arbeitsunfähigkeit sei nicht arbeitsplatzbezogen; die Probleme wären an einem anderen Arbeitsplatz dieselben.

4.1.9 Gemäss Arztbericht von Hausarzt Dr. K. _____ vom 2. Juni 2017 (IV-act. 41) war der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig wegen einer operationsbedürftigen Bauchwandhernie, die sich aufgrund der Operation der Hauptschlagader gebildet habe, eines desolaten Trainingszustands und schmerzender Triggerpunkte am Rücken. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe bis zur Operation der Bauchwandhernie.

4.1.10 Am 14. September 2017 musste sich der Beschwerdeführer am Spital H. _____ der operativen Versorgung der epigastrischen Narbenhernie unterziehen (IV-act. 50 und 54). Danach bescheinigte ihm Hausarzt Dr. K. _____ am 12. Januar 2018 (IV-act. 54) einen verschlechterten Gesundheitszustand und weiterhin eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit.

4.2 Auf Empfehlung von RAD-Arzt Dr. N. _____ vom 18. Januar 2018 (IV-act. 55) und im Auftrag der Vorinstanz (IV-act. 60 ff.) erstattete das C. _____ am 18. September 2018 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 77) mit den Fachrichtungen allgemeininternistisch (Dr. med. O. _____), orthopädisch (Dr. med. P. _____), psychiatrisch (Dr. med. Q. _____), neurologisch (Dr. med. R. _____), angiologisch (Dr. med. S. _____) und kardiologisch (Dr. med. T. _____), in dem folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden:

1. chronisch koronare 2-Gefäss-Erkrankung mit diffuser Sklerose z.T. vom ektatischen Typ (ICD-10 I25.12)
 - St. n. PTCA/RIVA und R. diagonalis 1, Bifurkations-Dilatation mit Implantation zweier Stents am 3. Januar 2017
 - Kontroll-Koronarangiographie am 9. April 2018 (Spital H. _____): keine hämodynamisch relevante Stenosierung (FFR Messung RCX peripher und RIVA), konservatives Procedere

- normale linksventrikuläre Pumpfunktion, eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit in der Fahrrad-Ergometrie 14. Juni 2018, DD bei Dekonditionierung
 - kardiovaskuläre Risikofaktoren
 - anhaltender Nikotinsabusus mit 40-50 py (ICD-10 F17.1)
 - metabolisches Syndrom
 - positive Familienanamnese
2. juxtarenales progredientes Aortenaneurysma mit max. Durchmesser von 5,8 cm (ICD-10 I71.4)
 - Aortenersatz juxtarenal durch Tube-Interponat und Thrombendarteriektomie der Aorta 5. Oktober 2015
 3. leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/32.1)

Die Gutachter hielten sodann folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
2. metabolisches Syndrom
 - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) medikamentös gut eingestellt
 - Hyperlipidämie (ICD-10 E78.2)
 - Übergewicht BMI 30 kg/m²
 - V.a. Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9)
3. anamnestisch beginnende arteriosklerotische Veränderungen der hirnversorgenden Gefäße bislang ohne relevante Stenosen bei multiplen vaskulären Risikofaktoren (ICD-10 I66.9, Z86.7) mit Bulbusatheromatose beidseits ohne Stenosen im Bereich der supraaortalen Arterien
4. intermittierende Lumboischialgien rechts bei beginnendem degenerativem LWS-Syndrom (ICD-10 M54.5) ohne aktuelle radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik
5. Allergie auf Penicillin und Spasmo Cibalgin (ICD-10 T78.4)
6. Status nach Wundrevision der linken Hand am 14. November 1990 bei volarer Fräsenverletzung (ICD-10 T92.8/Z98.8)
7. Status nach Osteosynthese bei Metacarpale V-Fraktur rechts (ICD-10 T92.2/Z98.8)

Interdisziplinär gelangten die Gutachter zu folgender Beurteilung:

Aus Sicht des Bewegungsapparates finde sich ein Zustand nach Wundrevision der linken Hand vom 14. November 1990. Bei molarer Fräsenverletzung sei nach der Metacarpale-

V-Fraktur rechts ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom entstanden. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Büro wie auch für andere körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %.

Aus neurologischer Sicht imponierten anamnestisch beginnende arteriosklerotische Veränderungen der hirnversorgenden Gefässe, bislang ohne relevante Stenosen bei multiplen vaskulären Risikofaktoren, sowie intermittierende Lumboischialgien rechts bei beginnendem degenerativem LWS-Syndrom, ohne Hinweise auf das Vorliegen einer aktuellen radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Büro wie auch andere körperliche nicht rückenbelastende leichte bis intermittierend schwere Tätigkeiten seien dem Exploranden zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar.

Aus kardiologischer Sicht seien dem Exploranden die Tätigkeit als Bauarbeiter wie auch andere körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund der chronisch koronaren 2-Gefäss-Erkrankung mit diffuser Sklerose und Zustand nach juxtarenalem Aortenersatz bei juxtarenalem Aortenaneurysma am 5. Oktober 2015 nicht mehr zumutbar. Dagegen seien die aktuelle Tätigkeit im Büro wie auch andere körperlich nicht belastende Tätigkeiten vollschichtig zumutbar.

Aus angiologischer Sicht bestehe für Tätigkeiten auf dem Bau wie auch für andere körperlich schwere Tätigkeiten eine bleibende Arbeitsunfähigkeit bei Zustand nach Operation eines Aortenaneurysmas. Dagegen sei die Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit im Büro wie auch in anderen körperlich mittelschweren und leichten Tätigkeiten nicht eingeschränkt, wobei das Heben und Tragen schwerer Lasten vermieden werden sollte.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten wie auch in anderen körperlichen Verweistätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % aufgrund einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode.

Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine weiteren Befunde und Diagnosen, die eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten.

Zu Belastungsfaktoren und Ressourcen äusserten sich die Gutachter dahingehend, dass aus Sicht des Bewegungsapparates für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere

Tätigkeiten von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden könne. Aus neurologischer Sicht bestehe insbesondere Handlungsbedarf im Hinblick auf das ungünstige vaskuläre Risikoprofil, speziell beim anhaltenden Nikotinabusus. Aus kardiologischer Sicht bestehe bei Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit mit diffusem iktatischem Befall kurzfristig ein stabiler Verlauf. Aufgrund der vorliegenden Risikofaktoren bestehe die Möglichkeit einer weiteren Progredienz der Erkrankung; die körperliche Leistungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Aus angiologischer Sicht sei das Tragen von Lasten von mehr als 20 kg nicht mehr möglich; weitere Einschränkungen bestünden nicht. Aus psychiatrischer Sicht bestünden Ressourcen mit mehrjähriger Berufserfahrung, auch als selbständig Erwerbender. Es bestünden weiterhin gute soziale Kontakte, auch könne der Explorand seinen Haushalt selbständig erledigen, er gehe auch regelmässig mit seinem Hund spazieren. Früheren Hobbys (Autorennen) könne er jedoch nicht mehr nachgehen. Der Explorand sei deutlich enttäuscht und auch traurig, auch über den kürzlichen Verlust der zweiten Ehefrau aufgrund eines Tumorleidens. Bis in die Kindheit zurück gingen Enttäuschungen, auch in die Zeit der Lehre. Eine deutliche Enttäuschung habe ihm auch der Verlust seines Geschäfts nach erfolgreicher beruflicher Umschulung bedeutet. Es bestünden eine finanzielle Abhängigkeit vom Sozialamt wie auch eine ausgeprägte finanzielle Schuldenlast. Eine anwaltliche Hilfe habe er organisiert. Aus allgemeininternistischer Sicht seien aufgrund des metabolischen Syndroms körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar, auch keine Schichtarbeiten. Bis zum Ausschluss eines OSAS [= obstruktives Schlafapnoesyndrom] sollte das berufsbedingte Führen von Fahrzeugen ebenfalls nicht zugemutet werden. Unter Beachtung dieser Einschränkungen seien Eingliederungsmassnahmen zumutbar.

Zur Konsistenz führten die Gutachter aus, dass aus Sicht des Bewegungsapparates die diffus beklagte Symptomatik durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründet werden könne. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei Fehlhaltung im Sinne eines Hohlrückens und einer deutlichen Protraktion der Schultern, jedoch nicht das als invalidisierend angegebene diffuse Geschehen. Von einer klar nicht-organischen Beschwerdekomponekte müsse ausgegangen werden. Aus neurologischer Sicht seien bei längerer Belastung intermittierende lumbale Wurzelreizungen denkbar. Aus psychiatrischer Sicht spreche das selbständige Autofahren gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen. Aus kardiologischer, angiologischer und allgemeininternistischer Sicht könnten keine Inkonsistenzen eruiert werden.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter interdisziplinär zusammenfassend fest, dass die Tätigkeit auf dem Bau wie auch andere körperlich schwere Tätigkeiten dem Exploranden nicht mehr zumutbar seien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Büro wie auch andere körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten unter geringer Belastung seien ihm jedoch sieben bis acht Stunden zumutbar. Dabei bestehe eine leichte Leistungseinbusse und ein leicht reduziertes Rendement aufgrund der durch die Depression bedingten erhöhten Ermüdbarkeit. Bezogen auf ein 100 %-Pensum betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit insgesamt in der bisherigen Tätigkeit 80 %. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne gemittelt seit Oktober 2015 ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit, bei der es sich um eine körperlich leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung handeln müsste, betrage die mögliche Präsenzzeit sieben bis acht Stunden, wobei keine Schichtarbeiten und kein Heben und Tragen schwerer Lasten möglich seien. Dabei sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen der durch die Depression bedingten erhöhten Ermüdbarkeit zu berücksichtigen. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrage auch hier 80 %.

Da nur quantitative Einschränkungen aus einer Fachrichtung vorlägen, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich additiven oder ergänzenden Effekts. Durch eine kardiale Rehabilitation mit Trainings-Therapie könnte die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert werden. Der Explorand sollte dringend dazu angehalten werden, seinen Nikotinkonsum zu sistieren. Ein OSAS sollte ausgeschlossen werden. Aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung könnten gegenwärtig keine beruflichen Massnahmen erfolgversprechend vorgeschlagen werden.

4.3 In seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2018 empfahl RAD-Arzt Dr. med. N._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, das C._____-Gutachten, das inhaltlich und formal korrekt sei und die an ein medizinisches Gutachten gestellten Qualitätsanforderungen zu erfüllen vermöge, der IV-Stelle als Entscheidungsgrundlage. Die 20%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich mit der psychiatrischen Problematik begründen.

4.4 Am 8. November 2018 teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid mit, dass sein Leistungsbegehren gestützt auf das C._____-Gutachten abgewiesen werde, und hielt fest, dass gemäss den Abklärungen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Vermögensberatung wie auch in jeder anderen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit ausgewiesen sei und damit kein Anspruch auf eine Rente bestehe. Am 14. Dezember

2018 bzw. 11. März 2019 erhob der Beschwerdeführer Einwand (IV-act. 82 und 86 f.), beklagte sich über psychische, kardiologische und Finger-/Handgelenk-Probleme und wies zudem auf eine anstehende neurologische Untersuchung hin. Auf Verlangen der IV-Stelle liess er ihr Berichte von Dr. U. _____, Oberärztin Spital V. _____, vom 27. März 2019, vom Kardiologen Dr. J. _____ vom 9. April 2019, von PD Dr. W. _____ vom Neurozentrum Z. _____ vom 29. April 2019 und von der behandelnden Psychiaterin Dr. X. _____ vom 14. Mai 2019 zukommen (IV-act. 90 ff.).

4.4.1 Im Sprechstundenbericht vom 27. März 2019 an den Hausarzt (IV-act. 90; BF-Beilage 12) hält Dr. U. _____, Fachärztin für Neurologie, nach Zusatzuntersuchungen – ENMG vom 20. März 2019, Schlafentzugs-EEG vom 19. Februar 2019 und neuropsychologische Untersuchung vom 8. März 2019 – im Wesentlichen folgende Diagnosen (ohne Diagnosen anderer Fachgebiete) fest: 1. Unklare Abwesenheitsmomente seit zwei bis drei Jahren, DD epileptisch, DD Basilarismigräne, 2. Migräne ohne Aura, 3. Vd.a. Meralgia parästhetica rechts, Vd.a. Statin-induzierte Myalgien. Betreffend die kurzen Abwesenheitsmomente bleibe die genaue Dauer, die Häufigkeit des Auftretens und auch die genaue Beschreibung unsicher. Laut Patient seien diese Episoden schon vor Einnahme des Tramadols aufgetreten, weswegen ein krampfsenkender Wirkungseffekt des Medikaments nicht alleine postuliert werden könne. Das Auftreten allein während der Migränebeschwerden könnte eine Basilarismigräne am ehesten wahrscheinlich machen. Eine Beschreibung der Tochter könnte jedoch passend zu einem fokal komplexen Anfallsereignis sein. Ereignisse ausserhalb der Migräne könnten nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, da sich der Patient dieser Episoden nicht bewusst sei. Im Schlafentzugs-EEG habe sich ein einmaliges epilepsieverdächtiges Element im Sinne eines Spikes links temporal gezeigt. Empfehlung eines Langzeit EEG-Monitorings bei Dr. W. _____.

Bezüglich der unspezifischen diffusen Schmerzen muskuloskelettal aber auch neurogen hätten eine Polyneuropathie aber auch eine Myopathie mittels ENMG ausgeschlossen werden können. Da der Patient von einer Besserung der Muskelschmerzen nach früherer Reduktion der Statintherapie berichtet habe, sei es Frage an den Hausarzt, ob das Ezetrol gegebenenfalls gestoppt werden könnte bei Verdacht auf Statin-induzierte Myalgie. Da die Brennschmerzen im Bereich des rechten Oberschenkels am ehesten zu einer Meralgia paraesthetica passen würden, werde Dr. Y. _____ von der Anästhesie gebeten, den Patienten für eine diagnostische und therapeutische Infiltration anzubieten und ihn dahingehend zu beraten mit dem Wunsch, das Tramadol deutlich zu reduzieren, wenn nicht sogar vollständig zu substituieren. Es bestehe hierunter eine ausgeprägte Tagesschläfrigkeit,

erkläre zumindest einen Teil der kognitiven Defizite und senke auch die Krampfschwelle. Kardiale Rhythmusstörungen als Ursache für die kurzen Abwesenheitsmomente seien unwahrscheinlich nach unauffälligem 24h-EKG im September 2018 durch den Kardiologen Dr. J._____.

Betreffend die vom Patienten beklagte ausgeprägte Vergesslichkeit sei eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden. Es hätten sich hier gewisse Einschränkungen gezeigt, die jedoch am wahrscheinlichsten im Rahmen einer (schweren) Depression zu sehen seien in Kombination mit möglicherweise Schlafstörungen, ausgeprägter Tagesmüdigkeit und Medikamenteneinfluss. Möglicherweise könnten auch die kleinen vaskulären gliotischen Veränderungen im MRI-Schädel eine zusätzliche Erklärung hierfür bieten. Dringend empfohlen werde jedoch eine psychologisch-psychiatrische Anbindung.

4.4.2 Der Kardiologe Dr. J._____ hielt im Bericht vom 9. April 2019 (IV-act. 92) an die Vorinstanz im Wesentlichen folgende Diagnosen fest: 1. rezidivierende Präkollapszustände mit Schweissausbrüchen offener Ursache, DD rhythmogen, Blutdruckdysregulation, funktionell, 2. koronare Herzkrankheit mit diffuser Sklerose, teilweise vom ektatischen Typ; St.n. PTCA/2x DES Bifurkation RIVA/1. Diagonalast; aktuell: erneute z.T. atypische Angina pectoris Beschwerden, reproduzierbar auf dem Laufbandergometer; Risikofaktoren: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, 3. St.n. juxtarenalem Aortenersatz bei Bauchortenaneurysma 2015, 4. cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit, ausgeprägte rechtsbetonte arteriosklerotische Plaque, 20 % stenosierend, 5. arterielle Hypertonie, 6. Nikotinabusus. Der Patient habe ihn während des Zeitfensters vom 27. Februar bis 26. September 2018 mehrfach wegen Thoraxschmerzen, Präkollapszuständen und ausgeprägten Schweissausbrüchen aufgesucht. Bei bekannter koronarer Herzkrankheit sei ergänzend eine Rekoronarangiographie am 9. April 2018 durchgeführt worden, die glücklicherweise zurzeit keine flussbehindernde Stenosierung gezeigt habe bei bekannter 2-Gefässerkrankung und St.n. Stent-Implantation 2017. Es bestehe jedoch eine ausgeprägte Arteriosklerose teilweise vom ektatischen Typ. Die Beschwerden seien sicherlich mindestens partiell durch die notwendige Polymedikation zu erklären mit starken BD-Schwankungen. Ein klares rhythmologisches Korrelat habe mittels Langzeit-EKG nicht erfasst werden können, was jedoch eine rhythmogene Genese grundsätzlich nicht per se ausschliesse. Prognostisch im Vordergrund stehe aus kardiologischer Sicht die Eindämmung der zahlreichen kardiovaskulären Risikofaktoren bei relevanter kardiologischer Erkrankung, sodass auch diesbezüglich regelmässige Kontrollen notwendig seien.

4.4.3 Vom 29. April bis 2. Mai 2019 war der Beschwerdeführer im Neurozentrum der Klinik Z. _____ zur Durchführung einer Langzeit-Video-/EEG-Telemetrie hospitalisiert. PD Dr. W. _____ hielt dazu im Bericht vom 29. April 2019 (IV-act. 95 - 7-9/18) an Dr. U. _____ unter anderem folgende Diagnosen fest: Schlafattacken bei Hypersomnie und zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung noch unklarer Zuordnung (Verdacht auf Narkolepsie ohne Kataplexie, DD OSAS, DD medikamentös, wobei Schlafattacken anamnestisch wahrscheinlich bereits vor Beginn mit Tramadol vor ca. zwei bis drei Jahren). Das Langzeit-Video-/EEG-Telemetrie habe keinen Anfallsfang ergeben, keine Epilepsiepotentiale, Schlaf deutlich fragmentiert und mit pathologischer Architektur (verzögerte Schlafinduktion und kaum Erreichen des Tiefschlafs); tagsüber erhöhter Schlafdruck mit wiederholtem Erreichen von Tiefschlafphasen; wiederholte SOREM-Phasen sowohl nachts als vereinzelt auch tagsüber; Schnarchen und periodische Beinbewegungen, videographisch aber keine Atempausen erkennbar. Sodann führte PD Dr. W. _____ unter anderem anamnestisch RLS-Beschwerden [Restless Legs Syndrom], Migräne ohne Aura, Verdacht auf Meralgia parästhetica und Polyarthralgien unklarer Genese auf. Unter Beurteilung und Prozedere-Vorschlag ist im Weiteren nachzulesen, dass es keine Hinweise für eine Epilepsie gebe und dass eine Basilaris-Migräne unwahrscheinlich sei. Als klar pathologisch erweise sich das Schlafprofil, das eine deutliche Fragmentierung und aufgehobene Architektur des Nachtschlafs sowie wiederholte SOREM-Phasen aufzeige, nebst auch Schnarchen und periodischen Beinbewegungen. Tagsüber zeige sich ein deutlich erhöhter Schlafdruck mit mehrfachem Erreichen von Tiefschlafphasen und ebenfalls einzelnen SOREM-Phasen. PD Dr. W. _____ führt aus, dass er die seit zwei bis drei Jahren bestehenden "Aussetzer" also als Schlafattacken (Verdrehen der Augen im Sinne eines Bell'schen Phänomens) interpretiere, deren nosologische Zuordnung vorerst unklar bleibe. Anamnestisch, phänomenologisch und elektroenzephalographisch bestünden Symptome/ Zeichen einer Narkolepsie (SOREM, imperativer Schlafdrang, exzessive Tagesmüdigkeit, hypnagoge Halluzinationen, RLS-Symptomatik mit PLMS [Periodic Limb Movement in Sleep bzw. PLMD Periodic Limb Movement Disorder], Kopfschmerzen), wobei die Diagnose einer Narkolepsie bei eigenanamnestisch fehlender Kataplexie und gleichzeitig auch gewissen Verdachtsmomenten für das Vorliegen eines obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms ([OSAS] Risikofaktoren, Schnarchen; aber videographisch keine Atempausen) sowie der bestehenden ZNS-aktiven Medikation eventuell schwierig zu bewerkstelligen sein dürfte bzw. sicher einer weiteren Abklärung mittels MSLT und Polysomnographie bedürfe. Die Verdachtsdiagnose einer Hypersomnie, wahrscheinlich Narkolepsie, DD OSAS, und die in diesem Zusammenhang zu empfehlenden

Verhaltensmassnahmen (Schlafhygiene mit Einhalten eines regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus, fixe Nickerchen tagsüber) seien diskutiert worden; Anpassung der Medikation im Verlauf je nach Resultat der weiteren Schlafabklärung. Die Fahreignung sei bei Schlafattacken und DD Narkolepsie mit grosser Zurückhaltung zu beurteilen. Sicher aber müssten längere Strecken gemieden werden, Fahren nur in ausgeruhtem Zustand, sofortiger Verzicht und Nickerchen bei Müdigkeitszeichen; der Patient sei sich seiner Eigenverantwortlichkeit bewusst.

4.4.4 Im Verlaufsbericht vom 14. Mai 2019 nannte Dr. med. X. _____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher der Beschwerdeführer vom 6. November 2017 bis Oktober 2018 und danach ab Mai 2019 in therapeutischer Behandlung war bzw. ist, folgende Diagnosen: mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) bei Persönlichkeit mit zwanghaften, paranoiden und emotional-instabilen Persönlichkeitszügen; Schlafattacken bei Hypersomnie und zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung noch unklarer Zuordnung; Migräne; Polyarthralgien; juxtarenaler Aortenersatz; koronare 2-Gefässerkrankung; arterielle Hypertonie; Hypercholesterinämie (IV-act. 95 - 1-5/18; BF-Beilage 11). Der Patient fühle sich andauernd müde und erschöpft und könnte tagsüber immer schlafen. In der Nacht hingegen könne er nicht schlafen. Er fühle sich häufig traurig und weine. Häufig denke er dabei an seine zweite Frau oder an seine erste gescheiterte Ehe. Seine heile Welt sei 2005 mit der Trennung von der Kindsmutter zusammengebrochen. Seither habe er sich nie richtig erholt.

Als Befunde beschrieb Dr. X. _____ unter anderem, dass der Patient bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Aufmerksamkeit und Konzentration im Gespräch seien leicht eingeschränkt; im formalen Denken kohärent. Existenzängste und allgemeine frei flottierende Ängste angehend. Keine Anhaltspunkte für psychotische Symptomatik. Im Affekt leicht deprimiert, leicht angespannt. Starke Müdigkeit und Energiemangel angehend. Körperlich stark eingeschränkt. Starke Unzufriedenheit wegen der körperlichen Einschränkung. Sinnfragen angehend. Antriebsmangel vorhanden. Schlafprobleme mit Alpträumen. Latente Suizidalität angehend; er habe daran gedacht, die Tabletten in einer Überdosis zu sich zu nehmen. Das BDI (Beck Depressionsinventar) vom 14. Mai 2019 habe 47 Punkte erbracht, was einem schwer depressiven Zustand entspreche. Der SKID II Beurteilungsbogen zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur vom 14. Mai 2019 erbringe akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften, paranoiden und emotional-instabilen Persönlichkeitszügen.

Wegen der Mehrfachbelastung (als alleinerziehender Vater, Haushalt, Berufsausübung) habe der Patient seit 2013 allmählich und schleichend ein Erschöpfungssyndrom entwickelt. Er brauche psychotherapeutische Unterstützung, um zu lernen, seine Krankheiten zu akzeptieren und mit ihnen umzugehen. Eine Vermittlung von Entspannungsmethoden und eine sinnvolle Tagesstruktur mit Aktivitäten könnten den Patienten gut unterstützen.

Schliesslich attestierte Dr. X. _____ dem Beschwerdeführer im Bereich Buchhaltung oder Vermögensverwaltung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens November 2017 und eine solche von 70 % im geschützten Bereich.

4.5 Am 23. Mai 2019 nahm RAD-Arzt Dr. N. _____ dahingehend Stellung (IV-act. 96), als den umfangreich vorliegenden neu beigebrachten z.T. älteren, andererseits aktuellen Arztberichten der bekannte immer bunter werdende Strauss einer Beschwerdesymptomatik entnommen werden könne, der zu einer Fülle nicht enden wollender Abklärungen/Diagnostiken durch zahlreiche involvierte Fachärzte führe bzw. geführt habe, ohne dass dabei zuletzt auf der objektiven Befundebene neue Erkenntnisse und hieraus resultierende funktionelle Einschränkungen hätten festgestellt/gewonnen werden können, die eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit – gemäss dem Gutachten – zu begründen vermöchten. Bei der Re-Koronarographie vom 9. April 2018 seien keine Anhaltspunkte/Hinweise für eine flussbehindernde Stenosierung gefunden worden; ebenso habe sich kein klares rhythmologisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer beklagte Symptomatik in der Langzeit-EKG-Untersuchung finden lassen. Verschiedene Verdachtsdiagnosen auf neurologischem Fachgebiet liessen sich nicht bestätigen, insbesondere hätten sich zuletzt keine sicheren/wahrscheinlichen Anhaltspunkte/Hinweise für das Vorliegen einer Epilepsie und bzw. oder einer Basilaris-Migräne finden lassen. Die Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung dürfte ursächlich im Kontext der depressiven Symptomatik und einer schlechten Schlaf-Hygiene stehen. RAD-Arzt Dr. N. _____ empfahl, das Dossier auch noch dem RAD-Psychiater AA. _____ zur konsiliarischen Stellungnahme (Verlauf der affektiven Störung seit Begutachtungs-Zeitpunkt bis aktuell) vorzulegen.

4.6 RAD-Psychiater AA. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 5. Juli 2019 aus (IV-act. 97), dass beide Psychiater – Dr. Q. _____ und Dr. X. _____ – den Versicherten im selben Zeitraum exploriert und beurteilt hätten. Ihre dokumentierten psychopathologischen Befunde seien ähnlich und als Hauptsymptome würden neben Freudlosigkeit und Erschöpfung/Antriebsmangel insbesondere Ermüd-

barkeit festgehalten. Es sei somit ein vergleichbarer Gesundheitsschaden fast identisch psychopathologisch beschrieben worden. Lediglich in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit differierten die beiden Psychiater. Während Dr. Q. _____ eine (dauerhafte) 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beurteile, schätze Dr. X. _____ eine komplette (100%ige) Arbeitsunfähigkeit. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Einschätzung des therapiefernen Gutachters realistischer, weil sowohl die Behandlerin als auch der Gutachter eine relativ blande depressive Symptomatik (Affektstörung) beschreiben würden und diese, auch wenn sie mehr mittel- als leichtgradig ausgeprägt wäre, nicht eine komplette Arbeitsunfähigkeit (wie von der Behandlerin beurteilt) zu begründen vermöge. Die Einschätzung, dass die depressive Störung im Längsschnitt eher leicht- als mittelgradig ausgeprägt sei (wie von Gutachter Dr. Q. _____ beurteilt), sei insgesamt plausibler und lasse auch eine weit unter 50%ige dauerhafte Arbeitsunfähigkeit als überwiegend wahrscheinlicher nachvollziehen.

Nach den Angaben von Dr. X. _____ sei das Hauptproblem Müdigkeit neben Antriebsmangel, Freudmangel und Schmerzen. Sie erwähne, dass der Versicherte nach dem Tod der Ehefrau "den Sinn des Lebens verloren" habe. Im dokumentierten relativ unauffälligen psychopathologischen Befund werde festgehalten, dass er in der Konzentration (lediglich) leicht eingeschränkt und im Affekt (auch nur) leicht deprimiert (nicht depressiv) gewesen sei und über Antriebsmangel, Schlafprobleme und latente Suizidalität berichtet habe. Psychiatrisch diagnostiziere sie eine mittelgradige depressive Episode ICD-10 F32.1 bei akzentuierter Persönlichkeit mit psychischer Minderung der Belastbarkeit, Erschöpfung, Antriebs- und Freudlosigkeit und begründe damit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens November 2017.

4.7 Mit Verfügung vom 9. Juli 2019 (IV-act. 98) bestätigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens. Sie führte aus, dass die nachträglich zum C. _____ - Gutachten (mit verschiedenen, einschlägigen Fachrichtungen) eingereichten Berichte weder hinsichtlich der kardialen Problematik noch hinsichtlich der Tagesmüdigkeit bzw. der Schlafstörungen objektive Befunde beschreiben würden, die eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten. Insgesamt sei davon auszugehen, dass auf die Einschätzung der Gutachter im versicherungsmedizinischen Sinn abgestützt werden könne, während den behandelnden Ärzten mit therapieorientiertem Fokus weniger hoher Beweiswert zukomme. Daraus sei zu folgern, dass weiterhin auf das Gutachten, das die richterlichen Regeln für den Beweiswert von medizinischen Berichten vollumfänglich erfülle, abzustellen sei. Das Alter sei grundsätzlich kein medizinischer Grund für die

Attestierung einer Invalidität. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, bei welcher der fehlende Abschluss einer Berufsausbildung grundsätzlich keinen oder nur wenig Einfluss auf die Integration in den Arbeitsmarkt habe. Allerdings müsste die IV-Stelle einen Antrag auf Unterstützung bei der Stellensuche prüfen.

Die Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten, hätten ergeben, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Vermögensberatung und auch in jeder anderen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % ausgewiesen sei. Es bestehe somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.8 Erst nach der Beschwerdeeinreichung wurden vom Beschwerdeführer am 2. September 2019, 2. März 2020 bzw. 9. Juli 2000 unter anderem die folgenden Berichte und ärztlichen Unterlagen nachträglich eingereicht (soweit nicht bereits bei den Akten):

4.8.1 Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht von lic. phil. AB. _____, Neuropsychologin/Verkehrspsychologin, und Dr. med. AC. _____, damals Leitende Ärztin Neurologie am Spital V. _____, vom 18. März 2019 (BF-Beilage 27), der mit dem Auftrag der neuropsychologischen Untersuchung bei subjektiver Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen erstellt wurde, werden als neuropsychologische Diagnose leichte kognitive Minderleistungen (verbal-mnestisch und erhöhte Fehleranfälligkeit) a.e. psychogen festgehalten. Als Beurteilung wurde ausgeführt, dass sich bei dem orientierten und kooperativen, affektiv belastet, aber schwingungsfähig wirkenden Patienten mit formal unauffälliger Spontansprache leichte kognitive Minderleistungen in verbal-mnestischen Funktionen (geringe Lern- und Wiedererkennungslleistung) sowie eine erhöhte Fehleranfälligkeit (Perseverationsfehler 5-Punkte-Test, qualitative Auffälligkeiten Rey-Figur) gezeigt hätten. Ansonsten zeigten sich weitgehend durchschnittliche attentionale, exekutive, figural-mnestische, visuell-räumliche und sprachliche Funktionen. Ein Screeningverfahren zur Symptomvalidierung falle unauffällig aus; es sei somit von validen Testleistungen auszugehen. Gemäss Fragebogen BDI liege eine schwere depressive Symptomatik vor. Eigenanamnestisch werde vor allem die ausgeprägte Ermüdbarkeit berichtet; zudem bestehe seit vielen Jahren eine belastende psychosoziale Situation (alleinerziehender Vater, Burn-Out, operative Eingriffe, überraschender Tod der zweiten Ehefrau) mit depressiver Verstimmung, Schlafstörungen und somatischen Beschwerden (Muskel- und Gelenkschmerzen). Die psychometrisch erfassten Minderleistungen verwiesen auf eine leichte fronto-temporale Funktionseinschränkung linksbetont und seien aus neuropsychologischer Sicht

am ehesten mit der vordergründigen psychischen Belastungssituation mit depressiver Verstimmung, fehlender Tagesstruktur, gestörtem Schlaf, Schmerzen und hohem Schmerzmittelkonsum in Verbindung zu bringen. Die im MRI vom 28. Januar 2019 beschriebenen, unspezifischen, kleinfleckigen FLAIR-Hyperintensitäten frontal/frontobasal betont bds. seien in der Anzahl gering und vermutlich nicht symptomatisch. Es werde dem Patienten daher dringend zur Wiederaufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Intervention geraten. Sollten kognitive Defizite eigen- oder fremdanamnestisch zunehmen bzw. trotz Verbesserung der psychischen Befindlichkeit persistieren, so würde eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung in frühestens sechs Monaten empfohlen.

4.8.2 Im Sprechstundenbericht vom 20. Mai 2019 (BF-Beilage 29) führte Dr. U. _____ aus, dass der Patient zur Besprechung nach erfolgter Langzeit-Video und EEG-Telemetrie im Neurozentrum Z. _____ bei Dr. W. _____ komme. Zudem habe am 16. Mai 2019 die diagnostische und therapeutische Infiltration des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts bei Dr. Y. _____ von der Anästhesie stattgefunden. Initial sei das Bein taub gewesen; jetzt werde es jedoch besser und die Schmerzen seien deutlich gebessert.

Durch das erfolgte Langzeitmonitoring habe eine Epilepsie ausgeschlossen werden können. Doktor W. _____ habe am ehesten Schlafattacken bei Hypersomnie und zirkadianer Schlaf-Wachrhythmusstörung bei Verdacht auf Narkolepsie ohne Kataplexie diagnostiziert. Differenzialdiagnostisch komme ein obstruktives Schlafapnoesyndrom oder eher weniger wahrscheinlich eine medikamentöse Ursache in Frage; er empfehle eine weiterführende Diagnostik mittels MSLT (Multipler Schlaflatenztest) und Polysomnografie (gegebenenfalls Lumbalpunktion zur Bestimmung des Hypokretin) in einem Schlaflabor. Der Patient sei momentan äusserst zurückhaltend und abwehrend betreffend eine erneute Abklärung über Nacht, eine Polygrafie mit Heimmessung wäre jedoch für ihn denkbar und gegebenenfalls werde er sich zu einem späteren Zeitpunkt doch noch zu einer weiteren Abklärung in einem Schlaflabor durchringen, was insbesondere auch für weitergehende therapeutische Möglichkeiten von Wichtigkeit wäre.

Als Diagnosen hielt Dr. U. _____ unter anderem fest: 1. Schlafattacken bei Hypersomnie und zirkadianer Schlaf-Wachrhythmusstörung noch unklarer Zuordnung; 2. anamnestisch RLS-Beschwerden (und videografisch PLMS/ Periodic Limb Movement, PLM); 3. Migräne ohne Aura, starke, meist rechtsseitige pulsierende Schmerzen, begleitet von

Licht- und Lärmempfindlichkeit, Übelkeit und Erbrechen; 4. Vd.a. Meralgia parästhetica rechts, Vd.a. Statin-induzierte Myalgien; 5. Polyarthralgien unklarer Genese;

4.8.3 Am 17. Juni 2019 führte Hausarzt Dr. K. _____ zuhause des Beschwerdeführers aus, dass dieser unter anderem Tramadol Mepha Tropfen 10 ml einnehme (BF-Beilage 3). Sodann bestätigte er dem Beschwerdeführer, dass er Autofahren dürfe. Wegen zahlreicher Arztbesuche sei er auf ein Auto angewiesen; auch nach der neurologischen Untersuchung habe es keinen Anhaltspunkt bezüglich Einschränkung beim Autofahren gegeben. Der Patient sei über die Vorsichtsmassnahmen informiert worden und halte sich strikt daran.

4.9 Am 15. November 2019 nahm RAD-Arzt Dr. N. _____ dahingehend Stellung, als den Neuakten keine Befunde entnommen werden könnten, die eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchten (BG-Beilage zur Vernehmlassung). Eine klare diagnostische Zuordnung der beklagten Schlafprobleme bzw. der in diesem Zusammenhang bestehenden Schlafattacken sei bis dato nicht gelungen, während differentialdiagnostisch an eine Hypersomnie und/oder zirkadiane Schlaf-Wachrhythmusstörung (bei Verdacht auf Narkolepsie) und an ein OSAS (obstruktives Schlaf-Apnoesyndrom, das behandelbar sei, gedacht worden sei. Es sei denn im Kontext eine weiterführende Abklärung (Polysomnografie) empfohlen worden. Das Faktum, dass dem Versicherten zuletzt die Fahrtauglichkeit hausärztlicherseits attestiert worden sei, spreche indes bereits heute gegen eine höhergradigere Einschränkung aufgrund der vom Versicherten beklagten Symptomatik.

4.10 Gemäss Terminbestätigung vom 21. Februar 2020 war eine Abklärung vom 22. bis 24. März 2020 im Schlaflabor mit anschliessendem Tagetest in der Klinik AD. _____ vorgesehen (BF-Beilage 20). Diese Polysomnographie hat dann aber offenbar corona-bedingt nicht stattfinden können (s. Replik Ziff. 9).

5. Diese Berichte gilt es nun nach den in Erw. 3.3 vorstehend aufgeführten Grundsätzen auf ihre Beweiskraft zu prüfen. Zu beachten gilt es, dass grundsätzlich nur der Sachverhalt samt den dazugehörigen Dokumenten bis zum Verfügungszeitpunkt, d.h. bis 9. Juli 2019, berücksichtigt werden können (s. dazu BGer 9C_15/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 2 mit Hinweisen).

5.1 Das polydisziplinäre Gutachten des C._____ vom 18. September 2018 erfüllt alle Kriterien und Anforderungen, die an ein beweiskräftiges Gutachten zu stellen sind. Das Gutachten selbst ist umfassend, basiert auf Kenntnis sämtlicher Vorakten und beruht auf allseitigen Untersuchungen derjenigen ärztlichen Fachrichtungen, die für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in Betracht kommen. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Gutachter haben auch eine einlässliche Prüfung nach dem Indikatorenkatalog vorgenommen.

Mit den bis zur Verfügung vom 9. Juli 2019 zusätzlich eingeholten und eingereichten weiteren Unterlagen und Berichten, die grundsätzlich keine neuen oder abweichenden Ergebnisse zum C._____ -Gutachten aufweisen, ergibt sich offenkundig ein recht umfassendes Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und der seine Arbeitsfähigkeit tangierenden Diagnosen und Beschwerden. Demnach schränken ihn einzig die psychiatrischen Befunde in der Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ein; alle anderen Befunde tangieren die Arbeitsfähigkeit in einer solchen angepassten Tätigkeit nicht. Dies gilt sowohl für die bisherige Tätigkeit als Vermögensverwalter und -berater wie auch für jede andere vergleichbare leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Einzig schwere Tätigkeiten sind insbesondere seit der 1990 erlittenen Fräsverletzung der Hand und aus kardiologischen, orthopädischen und angiologischen Gründen ausgeschlossen und nicht mehr zumutbar. Weitere Abklärungen haben durchgehend neurologisch nur leichte Einschränkungen ergeben, ohne dass daraus eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hätte begründet werden können. Zu den vom Beschwerdeführer im Wesentlichen vorgebrachten Einwendungen gegen diese Einschätzung ist nachstehend das Folgende auszuführen:

5.2 Die abweichende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. X._____, die von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ausgeht, vermag – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht zu überzeugen. Einerseits sind die Einschätzungen der behandelnden Ärzte und insbesondere des behandelnden Psychiaters – wie in E. 3.3 vorstehend erwähnt – mit Vorsicht zu würdigen, da sie aufgrund des Vertrauensverhältnisses zum Patienten die subjektiv geklagten Beschwerden in der Regel unbesehen wiedergeben, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Nicht nachvollziehbar ist jedenfalls, wenn Dr. X._____ wenig schwere Befunde festhält, daraus jedoch eine volle Arbeitsunfähigkeit herleitet. Dass sie dem Beschwerdeführer eine durchgehende 100%ige

Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist wohl nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass sie als behandelnde Psychiaterin mit besonderem Vertrauensverhältnis zum Patienten den geklagten Beschwerden Glauben zu schenken und diese als Fakten hinzunehmen hat (s. Erw. 3.3 vorstehend). Widersprüchlich ist sodann einerseits auch ihre Einschätzung einer mittelgradigen depressiven Episode bei doch recht geringfügigen psychischen Befunden, wenn sie andererseits im BDI (Beck Depressionsinventar), bei dem es sich notabene um eine Selbstbeurteilung durch den Patienten handelt, auf einen schweren depressiven Zustand schliesst. Eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert sie ebenfalls nicht, sondern geht lediglich von Persönlichkeitszügen zwanghafter, paranoider und emotional-instabiler Art aus. Ängste erwähnt sie zwar; allerdings stützt sie sich auch hier auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Dasselbe gilt für die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine "latente" Suizidalität vorliege, die vom C. _____-Gutachter Dr. Q. _____ mit der Erwähnung von passiven Sterbewünschen verneint wurde. Von einer akuten Suizidalität, wie sie der Beschwerdeführer geltend macht, ist weder bei der behandelnden Psychiaterin noch beim C. _____-Gutachter die Rede. Insgesamt kann jedenfalls der Beurteilung von Dr. X. _____ nicht gefolgt werden. Die vom Beschwerdeführer in den Rechtsschriften vorgenommene eigene Diagnostik bezüglich depressiver Symptomatik kann dabei mangels fachlicher Kompetenz nicht berücksichtigt werden. Vielmehr ist auf die Einschätzung des nicht therapierenden psychiatrischen C. _____-Gutachters Dr. Q. _____ abzustellen, der von einer die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausgeht. Beeinträchtigt wird die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit demnach aufgrund der wohl am ehesten durch die Depression bedingten – und in den meisten ärztlichen Berichten erwähnten und seit etlicher Zeit bekannten – erhöhten Ermüdbarkeit.

5.3 Die schnelle Ermüdbarkeit und deren künftige Abklärung als mögliches OSAS wird im C. _____-Gutachten lediglich im Zusammenhang mit der Fahrtüchtigkeit des Beschwerdeführers erwähnt und empfohlen. Dass der Beschwerdeführer trotz der schnellen Ermüdbarkeit und möglichen plötzlichen Einnickens immer noch von ärztlicher Seite als fahrtüchtig eingeschätzt wird, erstaunt doch sehr, falls das unvermittelt einsetzende Einnicken tatsächlich so dramatisch sein sollte wie vom Beschwerdeführer beschrieben. Dass ein plötzliches Einnicken beim Autofahren andere Verteilsteilnehmer und den Beschwerdeführer selber erheblich gefährdet, ist klar und die Fahrerlaubnis müsste in diesem Fall auch tatsächlich überprüft werden; ein verantwortungsbewusstes Fahren – wie von einem Teil der Ärzte beschrieben und auch zugestanden – könnte in einem solchen Fall jedenfalls sicherlich nicht ausreichen. Dass der Beschwerdeführer

nach eigenem Bekunden im Rahmen des C. _____-Gutachtens allein mit dem Auto nach AE. _____ zum Untersuch und wieder nach Hause gefahren ist (IV-act. 77 - 43/82), war jedenfalls mehr als unvernünftig und in hohem Masse gefährlich, wenn jederzeit mit einem Einnicken gerechnet werden musste. Immerhin erscheint es als krass widersprüchlich, wenn einerseits eine Fahrfähigkeit propagiert, andererseits aber auf eine volle Arbeitsunfähigkeit in meist sitzender administrativer Tätigkeit gepocht wird. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist auch, dass die Ursache der schnellen Ermüdbarkeit – wie bereits vorhin erwähnt – mit gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus verschiedentlich in der psychischen Problematik und den eingenommenen Medikamenten vermutet wird. Empfohlen wird dazu eine verbesserte Schlafhygiene, ein Absetzen (opioidhaltiger) Schmerzmedikamente und die Anbindung an eine Psychotherapie. Die weiteren Abklärungen, die nach dem C. _____-Gutachten durchgeführt wurden, vermochten jedenfalls bisher kein OSAS nachzuweisen und es bestand auch lediglich der Verdacht auf eine Narcolepsie, die beide zudem – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – durchaus behandelbar oder einer Behandlung zumindest zugänglich sind. Dass der Beschwerdeführer – wie von ihm moniert und vom Gutachter auch so festgehalten – am Ende der Begutachtung eingenickt ist, lässt sich ohne weiteres damit erklären, dass eine länger andauernde Begutachtungssituation zweifellos anstrengend ist und in nachvollziehbarer Weise bei schneller Ermüdbarkeit auch zu einem solchen Einnicken führen kann. Eine andere Beurteilung lässt sich daraus jedoch keineswegs ableiten. Auch wenn die Genese dieser Schlafattacken und Aussetzer noch nicht feststeht, so drängt sich doch der erhebliche Verdacht auf, dass dies mit der psychischen Problematik und dem Schmerzmittelkonsum zusammenhängt.

5.4 Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Thoraxschmerzen, Präkollapszustände und ausgeprägten Schweissausbrüche, die von den C. _____-Gutachtern nicht berücksichtigt worden sein sollen, waren indessen auch den Gutachtern bekannt. Zudem haben die diesbezüglichen Untersuchungen des Kardiologen Dr. J. _____ keine neuen Erkenntnisse erbracht und insbesondere auch keine Verschlechterung der kardiologischen Situation nachgewiesen. Aus kardiologischer Sicht steht gemäss Dr. J. _____ nach wie vor die Eindämmung der beim Beschwerdeführer bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren (Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) im Vordergrund.

5.5 Soweit der Beschwerdeführer geltend machen lässt, dass im C. _____-Gutachten die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen unzutreffend gewürdigt worden seien, ist er nicht zu hören. Er pflegt offenbar nach eigenen Angaben einen guten Kontakt

zu seinen Kindern, Ziehkindern und Enkeln und auch zu drei Freunden. Auch die regelmässigen Spaziergänge mit seinem Hund macht er offensichtlich gerne, sodass diesbezüglich jedenfalls nicht von einem "spazieren gehen müssen", um nicht gegen das Tierschutzgesetz zu verstossen, gesprochen werden kann und diese Argumentation doch reichlich weit hergeholt erscheint. Auch der vom Beschwerdeführer beschriebene Tagesablauf mit Perioden von nächtlicher Schlaflosigkeit und Müdigkeit tagsüber vermag noch keineswegs für eine unabänderliche Belastung zu sprechen, wird doch von den meisten Ärzten immer wieder auf die mangelnde Schlafhygiene und eine empfohlene Überprüfung des Schmerzmittelkonsums hingewiesen, die angegangen werden müsste. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers sind damit – wie im C._____ - Gutachten abgehandelt – jedenfalls durchaus noch Ressourcen und Fähigkeiten, die der Beschwerdeführer auch in seiner Tätigkeit als Vermögensverwalter/-berater zweifellos angewandt hat, vorhanden und die Belastungen erlauben es insgesamt noch keineswegs, die Fähigkeiten und Ressourcen völlig unberücksichtigt zu lassen.

5.6 Die nach Erstattung des C._____ -Gutachtens bis zum Verfügungszeitpunkt erfolgten ergänzenden Abklärungen haben keine relevanten neuen Befunde, sondern lediglich geringfügige Verdachtsmomente ergeben und vermögen somit auch nichts an der Beweiskraft des Gutachtens zu ändern. Auch die danach durchgeführten, umfangreichen Untersuchungen haben keine verwertbaren neuen Ergebnisse erbracht. Grundsätzlich ist das C._____ -Gutachten mit den bis zum Verfügungszeitpunkt erhobenen Berichten voll beweiswertig, sodass von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in der bisherigen und auch einer vergleichbaren leichten bis mittelschweren Tätigkeit auszugehen ist. Die vom Beschwerdeführer gegen diese Einschätzung vorgebrachten Rügen, Einwendungen und eigenen Beurteilungen sind insgesamt nicht stichhaltig und vermögen am Beweiswert des Gutachtens samt den Ergebnissen der zusätzlichen Abklärungen nichts zu ändern.

6. Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass die IV-Stelle alle notwendigen Abklärungen vorgenommen hat, sodass die Anträge des Beschwerdeführers auf Anordnung eines zusätzlichen Gutachtens abzuweisen sind. Der Beschwerdeführer ist in seiner bisherigen Tätigkeit und jeder vergleichbaren angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Eine volle Arbeitsunfähigkeit lediglich für schwere Tätigkeiten lässt sich hingegen aus kardiologischer, orthopädischer und angiologischer Sicht begründen und solche Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer auch dauerhaft nicht mehr zumutbar. Eine zahlenmässige Berechnung des Invaliditätsgrades durch die IV-Stelle war bei

dieser Sachlage demnach unnötig. Eine Rente der Invalidenversicherung steht dem Beschwerdeführer somit nicht zu. Die Beschwerde erweist sich mithin als vollumfänglich unbegründet und muss abgewiesen werden.

7.

7.1 Dem Beschwerdeführer ist mit Verfügung vom 30. Oktober 2019 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden, weshalb ihm für das vorliegende Verfahren in Abweichung von Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG keine Kosten aufzuerlegen sind.

7.2 Eine Parteientschädigung ist dem Beschwerdeführer nicht zuzusprechen, da er mit seiner Beschwerde vollumfänglich unterliegt (Art. 61 lit. g ATSG). Mit Verfügung vom 15. Mai 2020 ist ihm indessen für das vorliegende Verfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person von RA B. _____ bewilligt worden. Das Honorar des unentgeltlichen Rechtsbeistands ist nach Ermessen auf Fr. 3'100.– (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen und er ist mit diesem Betrag aus der Staatskasse zu entschädigen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

RA lic. iur. B. _____ wird mit Fr. 3'100.– (inkl. Auslagen und MWST) aus der Staatskasse entschädigt.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.

5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 3 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 23. September 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am