



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 29. September 2021
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)

S 2019 150

A. Der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1962, erlitt am 19. Januar 2000 bei der Arbeit als Hilfsschreiner einen Unfall, als ein ca. 100 kg schweres Schiebetürteil über die Brüstung einer Terrasse zu ihm nach unten gereicht werden sollte. Die MDF-Holzplatte mit glatter Oberfläche rutschte dabei dem oben stehenden Mitarbeiter aus den Händen, weswegen sie direkt auf den mit Decken geschützten Boden fiel, von dort wieder aufsprang und dabei den Versicherten im Brust- und Beinbereich touchierte und auch links gegen seinen Kopf schlug (IV-act. 8 S. 4 f.). Aufgrund diverser Beschwerden (Distorsions-Trauma des Gesichtsschädels, HWS-Distorsion, HWS- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Muskelblockaden und Sensibilitätsstörungen in der rechten Hand) meldete er sich im Juli 2001 bei der IV-Stelle Zug zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 6. Januar 2005 sprach die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 79 % ab dem 1. Januar 2002 eine ganze IV-Rente zu (IV-act. 46).

Im Zuge einer im Dezember 2012 eingeleiteten Rentenrevision holte die IV-Stelle vom Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) in Basel ein polydisziplinäres (internistisches, orthopädisches, neurologisches und psychiatrisches) Gutachten ein (IV-act. 92). Gestützt darauf reduzierte sie in der Folge den Rentenanspruch mit Verfügung vom 21. Januar 2015 per 1. März 2015 von einer ganzen auf eine Viertelsrente mit der Begründung, der Gesundheitszustand habe sich im Sinne von Art. 17 ATSG verbessert (IV-act. 103 und 105). Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde (IV-act. 107) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 in dem Sinne gut, als die Verfügung vom 21. Januar 2015 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 115). Das Bundesgericht trat auf eine dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten (IV-act. 113) mit Urteil 9C_950/2015 vom 1. Februar 2016 nicht ein (IV-act. 114).

In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten polydisziplinär (internistisch, neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachten. Gestützt auf das Gutachten des Zentrums für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen (ZIMB) vom 14. Oktober 2016 (IV-act. 130) hob die IV-Stelle den Rentenanspruch schliesslich mit Verfügung vom 10. März 2017 wiedererwägungsweise ab 1. März 2015 auf (IV-act. 140). Die dagegen erhobene Beschwerde (IV-act. 141) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit Urteil S 2017 38 vom 26. April 2018 wiederum in dem Sinne gut, als die Verfügung vom 10. März 2017 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden

Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 152).

Im Nachgang dazu liess die IV-Stelle den Versicherten erneut polydisziplinär (internistisch, neurologisch, psychiatrisch und rheumatologisch) begutachten. Gestützt auf das Gutachten des Begutachtungszentrums BL (BEGAZ) vom 6. März 2019 (IV-act. 183) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 17. Oktober 2019 schliesslich eine ganze Rente ab 1. Januar 2018 zu. Für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 verneinte sie hingegen einen Rentenanspruch (IV-act. 194 und 196).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 28. Oktober 2019 liess A. _____ das Folgende beantragen:

1. Es sei die IV-Stelle anzuweisen, in Abänderung der Verfügung vom 17. Oktober 2019 sowie der Urteile des Verwaltungsgerichtes Zug vom 12. November 2015 und 26. April 2018 die Rentenverfügung vom 6. Januar 2005 (Zusprache einer ganzen IV-Rente ab 1. Januar 2002) zu bestätigen;

Eventualiter sei festzustellen, dass die IV-Verfügung vom 6. Januar 2005 bis zum Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2019 formell rechtskräftig war.

2. Entsprechend sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihm auch für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 eine ganze IV-Rente zu bezahlen.
3. Eventualiter sei ihm in Abänderung der Verfügung vom 17. Oktober 2019 für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 eine Viertelsrente zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Der Rentenanspruch für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 wurde damit begründet, dass bis zum Erlass der neuen Verfügung vom 17. Oktober 2019 die alte Verfügung vom 6. Januar 2005 formell immer noch in Kraft gewesen sei; neue medizinische Erkenntnisse die Diagnose eines multiplen Myeloms und eines Stiff-Man-Syndroms zutage gefördert hätten, die gemäss Gutachten des BEGAZ zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führten und last but not least die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 6. Januar 2005 i.S.v. Art. 53 Abs. 2 ATSG nie gegeben gewesen seien (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 29. Oktober 2019 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 26. November 2019 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 7 und 9). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 17. Oktober 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 28. Oktober 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.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts

des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 17. Oktober 2019. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 28. Oktober 2019 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 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).

3.2 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).

3.3 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (Revision der Invalidenrente) wird, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich ändert, die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 30–31 N 12). Dies beurteilt sich stets durch Vergleich der Sachlagen in zwei unterschiedlichen Zeitpunkten (revisionsrechtlicher Vergleichszeitraum [Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 30–31 N 39]). Dabei ist zu beachten, dass neue Elemente tatsächlicher Natur vorliegen müssen, welche nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten sind und zum damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 17 N 34). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsschadens bzw. Sachverhalts gehört nicht zu den im Rentenrevisionsverfahren massgeblichen, relevanten Änderungen (Kieser, a.a.O., Art. 17 N 31). Gemäss Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist die anspruchsbeeinflussende Änderung, wenn sich die Erwerbsfähigkeit verschlechtert, zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat.

3.4 Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (BGer 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 2 mit weiteren Hinweisen).

3.5 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren geregelter Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (EVG I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

3.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc mit Hinweisen).

4.

4.1 Der Sachverhalt stellt sich vorliegend wie folgt dar: Mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 (IV-act. 115) stellte das Verwaltungsgericht fest, dass die ursprüngliche Verfügung vom 6. Januar 2005 (IV-act. 46), mit welcher dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2002 eine ganze Rente zugesprochen wurde, auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruht habe, weshalb die Verfügung vom 6. Januar 2005 zweifellos unrichtig gewesen und gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise ex nunc et pro futuro aufzuheben sei (E. 6.3 und 7.3 des genannten Urteils). Da keine ausreichende medizinische Grundlage für eine neue Verfügung vorlag – das ABI-Gutachten wurde wegen Nichtprüfung der Foerster-Kriterien als mangelhaft beurteilt (E. 7.2) –, wurde die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden

Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen. Mit Urteil S 2017 38 vom 26. April 2018 (IV-act. 152) bestätigte das Verwaltungsgericht nochmals, dass die ursprüngliche Rentenzusprache auf keiner rechtsgenügenden medizinischen Grundlage beruht habe und die Verfügung vom 6. Januar 2005 zu Recht in Wiedererwägung gezogen worden sei (E. 7.1). Da auch auf das ZIMB-Gutachten nicht abgestellt werden konnte – Grund hierfür war, dass das Gutachten nicht alle erforderlichen Angaben für die Prüfung der Frage enthielt, ob sich ein invalidisierender Gesundheitsschaden anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt (E. 7.2.2) –, wurde die Sache erneut zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zum anschließenden Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen. Im zuletzt genannten Urteil legte das Gericht auch dar, weshalb die Verfügung vom 6. Januar 2005 bereits mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 als aufgehoben zu gelten hat (E. 4.1) und weshalb keine Verletzung des Verbots der *reformatio in peius* vorliegt (E. 4.2). An diese soeben dargelegten Erwägungen der Rückweisungsentscheide S 2015 24 und S 2017 38 ist das hiesige Gericht gebunden, weshalb auf eine erneute Überprüfung derselben Einwände des Beschwerdeführers – Dauer der formellen Rechtskraft der Verfügung vom 6. Januar 2005, Voraussetzungen von Art. 53 Abs. 2 ATSG nicht gegeben und Verletzung des Verbotes der *reformatio in peius* – an dieser Stelle zu verzichten ist und stattdessen auf die zutreffenden Erwägungen verwiesen wird. Dementsprechend ist auf das erste Rechtsbegehren des Beschwerdeführers – Bestätigung der Rentenverfügung vom 6. Januar 2005, eventualiter Feststellung, dass die Verfügung vom 6. Januar 2005 bis zum Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2019 formell rechtskräftig gewesen sei – nicht einzutreten.

4.2 Nach den vorstehenden Ausführungen präsentierte sich die Sachlage im Nachgang zu den beiden Rückweisungsentscheiden des Verwaltungsgerichts also so, dass die ursprüngliche Verfügung vom 6. Januar 2005 wiedererwägungsweise *ex nunc et pro futuro* aufgehoben wurde und über den Rentenanspruch ab 1. März 2015 neu verfügt werden musste. Dies hat die Beschwerdegegnerin mittels angefochtener Verfügung vom 17. Oktober 2019 (IV-act. 194 und 196) nun getan und dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2018 eine unbefristete ganze IV-Rente zugesprochen, für die Zeit vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 einen Rentenanspruch hingegen verneint.

5. Den vorliegenden Akten ist zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

5.1 Mit Gutachten vom 17. Mai 2004 hielten Dr. med. C. _____, Facharzt FMH für Neurologie, und Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der E. _____ Klinik die folgenden Diagnosen fest: belastungsabhängig zunehmendes thorako-zerviko-zephalales Syndrom rechts mehr als links; belastungsabhängig zunehmendes thorako-zerviko-brachiales Syndrom rechts, myofaszial und differentialdiagnostisch radikuläre Komponente bei mehrsegmentalen Diskusprotrusionen zervikal mediolateral rechts bis Herniation C5/6; subjektiv rechts sensiblen inkonstantem paramedian begrenzten Hemisyndrom bei myofaszialer Komponente und Krankheitsverarbeitungsstörung; thorako-lumbo-spondylogenes Syndrom links im Rahmen der Symptomausweitung bei Krankheitsverarbeitungsstörung; Krankheitsverarbeitungsstörung mit unspezifischem, undifferenziertem Schmerzsyndrom (fast Panalgie) mit Schwerpunkt der Beschwerden im Nacken-/Kopfbereich (zerviko-brachiale und zerviko-okzipitale Schmerzen, Spannungskopfschmerzen); psychovegetative Symptome und unspezifische affektive Symptome, auffälliges regressiv-resignatives Verhalten (die psychische Störung sei am ehesten codierbar mit ICD-10 F68.0). Den Antworten zu den Zusatzfragen ist sodann – unter anderem – zu entnehmen, dass Monate nach dem Unfall Konzentrationsstörungen sowie in der Folge auch Reizbarkeit, Affektlabilität und auch eine diagnostizierte leichte reaktive Depression aufgetreten seien, was allerdings auch im Verlauf unspezifisch sei und jede Kontinuität auch in direktem Rückbezug vermissen lasse. Weiter würden beim Versicherten degenerative Veränderungen an der HWS vorliegen, dokumentiert C3/4, C4/5 und C5/6. Diese würden zwar auffallen, seien aber insgesamt doch auch nicht massiv übermässig; auch nicht im Verlauf dargestellt. Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, der Versicherte sei im aktuellen Zustand auch für leichte Arbeiten voll arbeitsunfähig. Grundlage für die Beantwortung dieser Frage seien nicht nur der eigene Eindruck und die Gesamtentwicklung, sondern auch der Bericht und die Details aus der Abklärung im Zentrum für berufliche Abklärungen am Kantonsspital F. _____ vom 6. November 2002 (IV-act. 8).

5.2 Bei den Akten liegt weiter ein Gutachten des ABI vom 22. Juli 2014. Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2); 2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5); 3. Chronische Knieschmerzen links (ICD-10 M79.66/Z98.8); 4. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8); 5. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter

im Übrigen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein Übergewicht mit BMI 28 kg/m² (ICD-10 E66.99) sowie einen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) fest. Bei der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter unter Ziff. 6.2 zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus, dass bei der orthopädischen Untersuchung mindestens vier von fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen seien als Hinweis für eine nicht-organische Beschwerdeursache. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich eine massiv eingeschränkte bis aufgehobene Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte gezeigt, an den oberen und unteren Extremitäten dagegen eine weitgehend freie Beweglichkeit mit Ausnahme einer Einschränkung für Überkopfbewegungen an den Schultern unter in eindrucksvoller Weise aufgebauter Gegenspannung. An den Knien habe der Explorand federnde Bewegungen samt Streckdefizit gezeigt. Radiologisch würden Diskopathien der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule ohne klaren Hinweis für eine Neurokompression vorliegen. Am rechten Kniegelenk würden Meniskusläsionen im Bereich des medialen Hinter- und lateralen Vorderhorns sowie links gleichfalls posteromedial einschliesslich deutlich trochlearer Knorpelschäden bestehen. Zusammenfassend hätten sich die vom Exploranden diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum begründen lassen. Es hätten deutliche Inkonsistenzen und klare Hinweise für eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte bestanden. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die als angestammt anzusehende Tätigkeit als Hilfsschreiner ebenso wie für jede andere körperlich schwere Verrichtung eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten unter wechselnder Belastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis intermittierend 15 kg und ohne die Einnahme kniender oder hockender Positionen, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung habe der Explorand eine ausgeprägte Schwäche und Minderinnervation am rechten Arm gezeigt. Die angegebenen Sensibilitätsstörungen seien insgesamt schwierig abgrenzbar gewesen, sodass sehr wahrscheinlich eine radikuläre Symptomatik aktuell nicht vorliege. Es hätten Hinweise für eine Symptomverdeutlichung bestanden. An den unteren Extremitäten habe ebenfalls eine stark ausgeprägte Minderinnervation mit ruckartigem Nachgeben in allen Muskelgruppen bestanden. Am rechten Bein habe der Explorand eine Sensibilitätsverminderung proximal betont, vorwiegend an der Innenseite des Oberschenkels, aber auch an der Innenseite des Unterschenkels angegeben. Die sensiblen Defizite würden jedoch deutlich über das Versorgungsgebiet des Nervus saphenus hinausgehen. Sie liessen sich weder einem peripheren Nerv noch einem radikulären Syndrom zuordnen. Bei der Prüfung von Stehen und Gehen habe der Versicherte ein dysfunktionelles Verhalten gezeigt, sodass die

Beurteilbarkeit relevant eingeschränkt gewesen sei. Aus neurologischer Sicht könne insgesamt keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass für die vom Exploranden angegebenen körperlichen Beschwerden kein hinreichendes organisches Korrelat habe gefunden werden können. Es müsse von einer subjektiven Schmerzempfindungsstörung ausgegangen werden, welche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen sei. Ausserdem habe sich der Explorand in einem depressiven Zustand präsentiert und es habe eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Insgesamt würden die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss kommen, dass beim Exploranden für die angestammte Tätigkeit als Hilfsschreiner ebenso wie für jede andere körperlich schwer belastende Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit vorliege. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (ganztags verwertbar mit erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement; IV-act. 92).

5.3 In Nachachtung des Urteils des Verwaltungsgerichts vom 12. November 2015 liess die IV-Stelle den Versicherten durch das ZIMB polydisziplinär (internistisch, neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachten. Das Gutachten datiert vom 14. Oktober 2016. Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Medial betonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose im Bereich des linken Kniegelenkes mit einer Chondropathie Grad II bzw. III nach Kellgren mit/bei: Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie, Teilsynovektomie und Resektion einer Plica infrapatellaris links am 10. September 2012; 2. Chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom mit/bei: degenerativen Veränderungen der HWS (MRI vom 27. Mai 2014), aktuell ohne Radikulopathie; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: degenerativen Veränderungen der LWS (MRI vom 17. März 2014), aktuell ohne Radikulopathie. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter im Übrigen Folgendes fest: 1. Initiale, medial betonte Gonarthrose im Bereich des rechten Kniegelenks mit einer Chondropathie Grad I nach Kellgren; 2. Beginnender Knick-Senk-Spreizfuss beidseits; 3. Status nach Kopftrauma 19. Januar 2000 mit HWS-Distorsion mit/bei: Status nach möglicher leichter Commotio cerebri, kein Hinweis auf eine traumatische hirnorganische Schädigung oder sonstige persistierende unfallbedingte

Läsion nervaler Strukturen; 4. Arterielle Hypertonie mit/bei: normal dimensionierter linker Ventrikel mit konzentrischem Remodelling als Vorstufe einer linksventrikulären Hypertrophie (Echokardiographie vom 27. Mai 2015); 5. Obstruktives Schlafapnoesyndrom, unter CPAP-Therapie gut eingestellt; 6. Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00). Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte aus rein somatischer Sicht aufgrund seiner funktionellen Einschränkungen im Bereich des linken Kniegelenkes bei medial und femorotibial betonter Gonarthrose als auch aufgrund der Funktionseinschränkungen durch das chronische zervikozephal und chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsschreiner nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden, leichten Tätigkeit ohne das körpernahe Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das körperferne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe, ohne Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern oder Hocken, ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das Gehen auf unebenem Gelände, ohne das Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, ohne das mehr als gelegentliche Treppensteigen, ohne Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung, ohne Tätigkeiten ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie ohne Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund, ohne Überkopfarbeiten (Hyperlordosierung der HWS) sowie ohne das mehr als gelegentliche Verrichten von Tätigkeiten in kniender Position sowie im Hocksitz bestehe bezogen auf ein volles Pensum eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus fachneurologischer Sicht bestehe bei dem Status nach Kopftrauma vom 19. Januar 2000 mit HWS-Distorsion mit einer möglichen leichten Commotio cerebri, aber ohne Hinweis auf eine traumatische hirnorganische Schädigung oder sonstige persistierende unfallbedingte Läsion nervaler Strukturen und ohne radikuläre Ausfallsymptomatik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen dieses interdisziplinären Gutachtens würden die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdenuvalidierung erhebliche Inkonsistenzen und Unplausibilitäten auf eine negative Antwortverzerrung bei dem Versicherten hinweisen und insbesondere keine Wertung der formal in verschiedenen Bereichen weit unterdurchschnittlichen Ergebnisse zulassen. Aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe die Diagnose einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom, welche aber keinen limitierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten habe. Aus interdisziplinärer Sicht gingen die Gutachter demzufolge für eine dem orthopädischen Leiden optimal angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 130).

5.4 Nachdem das Verwaltungsgericht auch die darauffolgende Verfügung der IV-Stelle mit Urteil S 2017 38 vom 26. April 2018 aufgehoben hatte, gab die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung in Auftrag. Das polydisziplinäre Gutachten des BEGAZ datiert vom 6. März 2019. Die Gutachter gingen dabei von folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus: 1. Verdacht auf Stiff-Man-Syndrom (ED Juli 2018): wahrscheinlich paraneoplastisch bei multiplen Myelom (ED April 2018), chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, Status nach Arbeitsunfall vom 19. Januar 2000, chronisches cervico-vertebrales Schmerzsyndrom, Status nach Kopfkontusion am 19. Januar 2000, Diskusprotrusionen HWK3 bis HWK6 mit Foraminalstenosen rechtsbetont (MRI der HWS vom 31. Mai 2018), multisegmentale degenerative HWS-Veränderungen insbesondere mit Diskopathie C5/6, chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom bds., Diskusprotrusionen LWK3/4 und LWK5/S1 (MRI der LWS vom 17. März 2014); 2. Medial betonte Gonarthrose links: Status nach arthroskopischer medialer Teilmenishektomie am 10. September 2012, radiologisch Meniskusriss im Bereich des medialen Hinterhornes gemäss MRI vom 16. August 2013, Femoropatellararthrose links und 3. Chronische Knieschmerzen rechts: Status nach Kniearthroskopie ca. 1997, degenerative Meniskusläsion im Bereich des medialen Hinterhornes und kleine Ruptur am lateralen Vorderhorn gemäss MRI vom 28. April 2014, initiale mediale Gonarthrose rechts. Unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Folgenden genannt: 4. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel rechtsbetont (Trapezius, rechts mehr als links und Rhomboidei rechts und am Beckengürtel [Knieflexoren bds.]); 5. Beginnende Heberden-Arthrosen am rechten Kleinfinger und am linken Zeigefinger; 6. Leichte depressive Störung möglich (ICD-10 F32.0) und 7. Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0). Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit unverändert von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Betreffend Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde darauf hingewiesen, dass aus rheumatologischer Sicht bezüglich des Bewegungsapparates keine objektiven neuen Befunde bestünden, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründen würden. Sowohl aus rheumatologischer Sicht als auch in der orthopädischen Beurteilung im ABI- und ZIMB-Gutachten sei dem Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit mit leichten Gewichtsbelastungen bis zehn Kilogramm und wechselbelastenden Tätigkeiten ohne stereotype repetitive Bewegungsabläufe und ohne spezifische Belastung der Wirbelsäule und der Kniegelenke jeweils eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert worden. Dies gelte weiterhin. Unter Berücksichtigung der neu gestellten Diagnosen eines multiplen Myeloms beziehungsweise eines damit assoziierten Stiff-Man-Syndroms müsse jedoch aktuell aus

somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten leichten Tätigkeiten attestiert werden. Es bestehe daher zurzeit auch in einer adaptierten leichten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Der Beginn dieser Einschränkung sei retrospektiv schwierig festzulegen; arbiträr könne er ab dem Zeitpunkt der in G. _____ vorgenommenen Abklärungen im Oktober 2017 angenommen werden, wo mit dem pathologischen Liquorbefund erstmals die zur aktuellen Diagnose führende Erkrankung des Immunsystems festgestellt worden sei (IV-act. 183).

6. Diese medizinischen Unterlagen gilt es nachfolgend nach dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung zu werten, d.h. der Richter ist grundsätzlich an keine förmlichen Beweisregeln gebunden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass der Sozialversicherungsrichter bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen darf, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. 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 therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welcher die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

7.

7.1 Unbestrittenermassen leidet der Beschwerdeführer unter multisegmentalen degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen, welche eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts zur Folge haben. Dementsprechend gingen bereits die Vorgutachter (ABI und ZIMB) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich schweren Tätigkeit und damit auch in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers aus (IV-act. 92 S. 29 und 130 S. 128). Daran hat sich gemäss der Begutachtung durch das BEGAZ nichts geändert. Es ist weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 183 S. 11), was auch die Beschwerdegegnerin anerkennt.

Die neueren medizinischen Unterlagen ergaben sodann, dass der Beschwerdeführer unter einem multiplen Myelom und einem damit assoziierten Stiff-Man-Syndrom (Synonym Stiff-Person-Syndrom) leidet. Die Diagnose eines multiplen Myeloms wurde durch PD Dr. med. H._____, Facharzt FMH Innere Medizin und Hämatologie, im April 2018 gestellt (IV-act. 157) und Dr. med. I._____, FMH Neurologie, bestätigte im Januar 2019 die bereits im Juli 2018 (IV-act. 161) und August 2018 (IV-act. 164) gestellte Verdachtsdiagnose eines Stiff-Person-Syndroms (IV-act. 181). Diese Diagnose wurde auch aus Sicht des neurologischen Gutachters bestätigt (IV-act. 183 S. 98 f.). Infolge der mit dieser Krankheitsdiagnose grundsätzlich plausibilisierbaren Symptomen wie Ganzkörperschmerzen, intermittierende starke Krämpfe, Gangunsicherheiten sowie ausgeprägter Müdigkeit ist der Beschwerdeführer gemäss dem BEGAZ-Gutachter auch in alltäglichen, nicht arbeitsbezogenen Aktivitäten erheblich eingeschränkt (IV-act. 183 S. 102). Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass infolgedessen auch für körperlich leichte Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht, die in neurologischer

Hinsicht begründet ist (IV-act. 183 S. 104). Diese für sämtliche Tätigkeiten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit wird von der Beschwerdegegnerin akzeptiert und führt dazu, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat.

7.2 Umstritten ist hingegen die Frage, ab welchem Zeitpunkt von dieser 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Während sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Berichte von Dr. I. _____ auf den Standpunkt stellt, das Stiff-Man-Syndrom habe sich bereits im Jahre 2000 manifestiert, weshalb die gemäss BEGAZ-Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bereits seit diesem Zeitpunkt ausgewiesen sei, schliesst sich die Beschwerdegegnerin der Ansicht des neurologischen Gutachters Dr. med. J. _____, Facharzt FMH für Neurologie, an, welcher einen Krankheitsbeginn erst im Oktober 2017, als mit dem pathologischen Liquorbefund die Erkrankung erstmals festgestellt wurde, annimmt und ab diesem Zeitpunkt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht.

7.2.1 Sowohl Dr. I. _____ als auch Dr. J. _____ gehen von einem paraneoplastisch bedingten Stiff-Man-Syndrom aus (IV-act. 161 und 183 S. 100). Die Diagnose eines multiplen Myeloms wurde im April 2018 gestellt (IV-act. 157). Soweit Dr. J. _____ als diagnostisch hierfür wegweisender Befund die Liquorentnahme in der Klinik G. _____ vom Oktober 2017 annimmt (IV-act. 183 S. 101 und 104), kann ihm nicht gefolgt werden. Es trifft zwar zu, dass die Lumbalpunktion vom 3. Oktober 2017 einen pathologischen Liquorbefund ergab, woraufhin der Verdacht einer systematischen Immunaktivierung und einer monoklonalen Gammopathie geäussert wurde (IV-act. 146 S. 1). Doktor J. _____ übersieht in seiner Argumentation jedoch, dass bereits der Laborbefund vom 10. Januar 2017 auf eine monoklonale Gammopathie hinwies (IV-act. 149). Diese Laborwerte lagen dem Gutachter vor (IV-act. 183 S. 24). Weshalb Dr. J. _____ in seiner Argumentationsweise dennoch nicht weiter darauf eingegangen ist, erschliesst sich dem Gericht nicht. Insbesondere trifft es in Anbetracht der im Januar 2017 durchgeführten Laboruntersuchungen aber gerade nicht zu, dass die zur aktuellen Diagnose führende Erkrankung des Immunsystems erstmals im Oktober 2017 festgestellt wurde. Dementsprechend kann dem neurologischen Sachverständigen auch nicht gefolgt werden, als der Beginn der 100%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erst auf Oktober 2017 festgelegt werden soll. Angesichts der Tatsache, dass der Laborbefund vom 10. Januar 2017 bereits auf eine monoklonale Gammopathie hinwies, rechtfertigt es sich schon aus diesem Grund, von einer früheren Manifestation der Krankheit auszugehen.

7.2.2 Hinzu kommt, dass es sich beim Stiff-Man-Syndrom um eine sich schleichend entwickelnde neurologische Erkrankung handelt, was dazu führt, dass sich der genaue Beginn der Erkrankung im Nachhinein nur schwierig feststellen lässt. Davon geht auch Dr. J. _____ aus, hält er doch explizit fest, dass der Beginn der Einschränkung retrospektiv schwierig festzulegen sei (IV-act. 183 S. 100 und 104 f.). Dementsprechend handelt es sich bei dem von ihm angenommenen Beginn der Arbeitsunfähigkeit seinen eigenen Ausführungen nach denn auch nur um eine arbiträre Einschätzung. Dabei kann dem neurologischen Sachverständigen insofern gefolgt werden, als eine Manifestation der Krankheit vor fast 20 Jahren nicht sehr wahrscheinlich erscheint, sodass eher von einem Krankheitsbeginn in den letzten Jahren auszugehen ist. Wann genau sich die Krankheit manifestiert hat, kann letztendlich aber offenbleiben; dies einerseits deshalb, weil es vorliegend lediglich noch um den Rentenanspruch ab 1. März 2015 geht, während die Periode vom 1. Januar 2002 bis Ende Februar 2015 als abschliessend beurteilt zu gelten hat, und der Beschwerdeführer andererseits in den für die vorliegende Beschwerde massgebenden Jahre ab 2015 bereits unter Gangstörungen, Schmerzen am ganzen Körper, Muskelspasmen, Müdigkeit etc. litt. In den doch sehr umfangreichen IV-Akten werden die soeben aufgezählten Beschwerden in zahlreichen Arztberichten umschrieben. Während es zum damaligen Zeitpunkt noch keine plausible Erklärung für diese Beschwerden gab, konnte mit der neuen Diagnose eines Stiff-Man-Syndroms nun eine medizinische Erklärung für die Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers gefunden werden. Gemäss Dr. J. _____ kann damit das präsentierte Beschwerdebild jedenfalls zu massgeblichen Teilen erklärt werden (IV-act. 183 S. 101 und 105). Insbesondere die Symptome der Ganzkörperschmerzen, intermittierend starken Krämpfe, Gangunsicherheiten sowie der ausgeprägten Müdigkeit sind nach Auffassung des neurologischen Experten mit dem Stiff-Man-Syndrom vereinbar und damit erklärbar (IV-act. 183 S. 102). Wie der Beschwerdeführer richtigerweise festgestellt hat, handelt es sich dabei aber im Wesentlichen um die gleichen Symptome, die bereits in den umfangreichen Vorakten wiederholt beschrieben wurden. Die insbesondere auch in den Jahren 2015 bis 2017 bestehende Beschwerdesymptomatik deckt sich somit weitgehend mit der zum Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung geklagten und der neuen Diagnose eines Stiff-Man-Syndroms zugerechneten Symptomatik. Angesichts dessen erscheint es auch in Anbetracht der gleichen Beschwerdesymptomatik überwiegend wahrscheinlich, dass sich die Erkrankung des Stiff-Man-Syndroms zu einem früheren Zeitpunkt manifestiert hat als von Dr. J. _____ angenommen.

7.2.3 Unter Berücksichtigung des soeben Ausgeführten ist festzuhalten, dass sich der genaue Beginn der Stiff-Man-Erkrankung und der damit einhergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Nachhinein nicht mehr feststellen lässt. Als erstellt gilt aber immerhin, dass bereits die Laborresultate vom Januar 2017 auf eine monoklonale Gammopathie hinwiesen und der Beschwerdeführer schon in den Jahren zuvor über typische dem Stiff-Man-Syndrom zuordenbare Beschwerden klagte. Angesichts dessen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Stiff-Man-Syndrom schon damals massgebenden Einfluss hatte. Für das Gericht erscheint es jedenfalls überwiegend wahrscheinlich, dass sich die Krankheit im Jahre 2015 bereits manifestiert hatte. Daraus folgt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin zumindest schon zu diesem Zeitpunkt verschlechtert hatte, sodass der Beschwerdeführer auch für den Zeitraum ab März 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

7.3 Angesichts der in neurologischer Hinsicht für sämtliche Tätigkeiten ausgewiesenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit kann schlussendlich offenbleiben, ob das psychiatrische Teilgutachten zu überzeugen vermag oder nicht. Eine Auseinandersetzung mit den vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang vorgebrachten Einwände kann daher unterbleiben.

8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer auch für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Insofern erweist sich seine Verwaltungsgerichtsbeschwerde als begründet und ist gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist.

9. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens von der Beschwerdegegnerin zu tragen ist.

Dem Beschwerdeführer ist zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'800.– (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als der Beschwerdeführer in Abänderung der Verfügung vom 17. Oktober 2019 auch für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.
2. Der Beschwerdegegnerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 29. September 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am