



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 2. Mai 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2020 166

A. Der Versicherte, Jahrgang 1969, meldete sich am 12. Mai 2014 unter Hinweis auf Kniearthrose beidseits, Fehlbildung rechter Fuss, Herzinfarkt 2012 und psychische Probleme bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 11). Die IV-Stelle holte daraufhin bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein, legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor und gewährte berufliche Eingliederungsmassnahmen, welche jedoch nicht zielführend durchgeführt werden konnten. Nach Abschluss der Arbeitsvermittlung prüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch, wozu sie auf Empfehlung des RAD-Arztes C._____ eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gab. Das Gutachten der SMAB AG (Swiss Medical Assessment- and Business-Center) datiert vom 6. November 2018. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass der Versicherte gesundheitsbedingt nicht mehr als Küchenhilfe und Chef Produktion arbeiten könne. In einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende, vorwiegend sitzende, zeitweise stehend-gehende Tätigkeit) sei er hingegen seit September 2015 zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 97). In Abweichung davon ging RAD-Arzt C._____ davon aus, dass der Versicherte von Juli 2017 bis September 2018 für sämtliche Tätigkeiten vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei (IV-act. 98). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 27. November 2018 eine befristete ganze Rente vom 1. Juli 2017 bis 30. November 2018 in Aussicht (IV-act. 99). Am 1. Februar 2019 stürzte der Versicherte und verletzte sich dabei an der linken Schulter. Aufgrund der Schulterverletzung korrigierte die IV-Stelle den Vorbescheid insofern, als sie dem Versicherten mit Verfügung vom 12. November 2020 nicht nur für den Zeitraum vom 1. Juli 2017 bis 30. November 2018, sondern auch für denjenigen vom 1. Mai 2019 bis 31. Juli 2020 eine ganze Rente zusprach (IV-act. 136 und 142).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 14. Dezember 2020 liess der Versicherte beantragen, die Verfügung vom 12. November 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine unbefristete Invalidenrente, zu gewähren. Eventualiter sei ein verwaltungsexternes medizinisches (Gerichts-)Gutachten durchzuführen. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine verwaltungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht wurde die unentgeltliche Prozessführung und in der Person der Unterzeichnenden eine unentgeltliche Rechtsvertreterin verlangt. Materiell wurde im Wesentlichen die Verwertbarkeit des SMAB Gutachtens und der versicherungsinternen RAD-Stellungnahme

sowie der von der IV-Stelle gewährte leidensbedingte Abzug in der Höhe von 10 % gerügt (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 16. Dezember 2020 bewilligte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und stellte ihm für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in der Person von RA MLaw B. _____ eine unentgeltliche Rechtsbeiständin bei (act. 2).

D. Mit Vernehmlassung vom 22. Januar 2021 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 3).

E. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest (act. 6 und 8). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

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. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehaltlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen). Die hier angefochtene Verfügung erging am 12. November 2020; die zu beurteilende Beschwerde wurde am 14. Dezember 2020 der Post übergeben. Anwendbar sind demnach die bis zum 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Art. 82a ATSG

(Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Juni 2019), der ebenfalls vorsieht, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 12. November 2020. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 14. Dezember 2020 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist ist somit unter Berücksichtigung von Art. 38 Abs. 3 ATSG eingehalten. 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

3.3 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). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente. 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 verfügungsweise geregelten 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).

3.4 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

3.5 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 weiteren Hinweisen). 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 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 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 zugunsten 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).

4. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Im polydisziplinären (internistischen, orthopädischen, psychiatrischen und kardiologischen) SMAB-Gutachten vom 6. November 2018 führten die Sachverständigen im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung aus, dass der Versicherte bereits im Jahre 2015 aufgrund der bestehenden beidseitigen Kniegelenksarthrosen und einer residuellen Fussdeformität rechts für überwiegend stehende Tätigkeiten als nicht mehr leidensgerecht erachtet worden sei. Orthopädisch weise er eine Restdeformierung nach Fussbehandlung in der Kindheit auf. Es werde klinisch ein Pes adductus mit Supinationsneigung bei deutlichen Rückfussvarus festgestellt, der durch eine orthopädische Schuhversorgung gut kompensiert werde. Das Gangbild mit Schuh erfolge somit ohne wesentliche Beeinträchtigung. Im Bereich der Kniegelenke seien die Konturen leicht vergrößert, ein aktivierter Reizzustand im Sinne eines Ergusses bei varischer Beinachse könne jedoch nicht festgestellt werden. Die radiologische Kontrolluntersuchung zeige eine mediale und retropatellar betonte Gonarthrose beidseits. In der heutigen Untersuchung könne ein Fortschreiten der Gonarthrose nicht festgestellt werden. Seitens der Wirbelsäule stelle sich eine statisch ungünstige Hyperlordose der Halswirbelsäule und eine verstärkte Kyphose der Brustwirbelsäule bei gleichzeitiger Protraktion beider Schultergelenke dar. Aus orthopädischer Sicht seien Tätigkeiten überwiegend oder ständig stehend und gehend als nicht mehr leidensadaptiert anzusehen.

Internistisch und kardiologisch bestehe ein Status nach inferiorem STEMI bei koronarer Eingefässerkrankung mit erfolgter Rekanalisierung eines medialen RCA-Verschluss mit Implantation eines DES am 26. Juli 2012. Die später vorhandenen Thoraxschmerzen würden in den Akten als atypische Thoraxschmerzen bezeichnet. An kardiovaskulären Risikofaktoren würden sich aktuell eine behandelte Fettstoffwechselstörung, eine behandelte arterielle Hypertonie und eine positive Familienanamnese finden. Der Nikotinkonsum sei nach Angaben des Versicherten seit Jahren sistiert. Die klinische Herz-Kreislaufuntersuchung sei im Wesentlichen unauffällig. Kardiopulmonale

Insuffizienzzeichen liessen sich nicht finden. Insgesamt dürfe man festhalten, dass die kardiale Situation gegenwärtig als stabil einzuschätzen sei. Hinweise für eine Progredienz liessen sich aus den vorliegenden Unterlagen nicht ableiten. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei aus kardiologischer und internistischer Sicht nicht eingeschränkt.

Psychiatrisch habe nach dem Herzinfarkt im Jahre 2012 keine relevante Anpassungsstörung in der Folgezeit nachgewiesen werden können. Heute erlebe sich der Versicherte vor dem Hintergrund der Arbeitslosigkeit und anhaltender Schmerzen an den unteren Extremitäten in einer schwierigen Situation. Er reagiere darauf besorgt und ängstlich verunsichert, aber auch mit einer zunehmend pessimistischen Zukunftssicht. Der Versicherte weise einzelne Merkmale einer depressiven Symptomatik auf. Die diagnostischen Kriterien einer leichten, mittelschweren oder gar schweren depressiven Episode seien aber nicht erfüllt. Am ehesten müsse man heute noch von einer Anpassungsstörung vor dem Hintergrund einer Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren ausgehen. Eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit könne daher aus psychiatrischer Sicht nicht gestellt werden.

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Sachverständigen folgende fest: mittelgradige Pangenarthrosen beidseits, eine orthopädisch gut versorgte Vorfus deformierung bei Rückfussvarus und Pes adductus ohne funktionelle Einschränkung der Fussabwicklung beim Gehen und eine koronare Eingefässerkrankung.

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Arbeitsschwere aus orthopädisch-traumatologischer Sicht aufgrund der bestehenden beidseitigen medialen und retropatellar betonten Gonarthrosen eingeschränkt sei. Hierdurch sei eine überwiegend oder dauernd stehende Tätigkeit nicht möglich. Unter Ausschluss des Herz-Kreislaufleidens bestünden im allgemein-internistischen Bereich keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das Gleiche gelte aus psychiatrischer Sicht. Kardiologisch seien insbesondere Tätigkeiten begrenzt durch Tätigkeiten mit permanentem Zeit- und Termindruck und schwere Tätigkeiten über 25 kg.

Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe sahen die Sachverständigen als aufgehoben an, da der Versicherte nicht mehr in der Lage sei, überwiegend oder vollständig gänzlich im Stehen zu arbeiten. Hingegen gingen sie in einer leidensangepassten Tätigkeit – körperlich leichte, wechselbelastende, jedoch

überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen auszuübende Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis max. 10 kg – seit dem 29. September 2015 (Bericht Orthopädie des Kantonsspitals D._____) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 97).

4.2 Am 13. November 2018 nahm RAD-Arzt C._____, Facharzt für Allgemeinmedizin (D), Stellung und führte aus, mit dem Gutachten der SMAB AG liege eine umfassende und abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes und der beruflichen Leistungsfähigkeit vor, auf die in allen wesentlichen Punkten abgestellt werden könne. Von den Gutachtern werde nachvollziehbar festgehalten, dass dem Versicherten die angestammte und zuletzt ausgeübte rein stehend-gehende Tätigkeit als Küchenhilfe/Chef Produktion dauerhaft nicht mehr zumutbar sei. In einer körperlich angepassten Tätigkeit (bis zu mittelschwer, vorwiegend sitzend, zeitweise stehend-gehend) könne dagegen seit September 2015 vollständige Leistungsfähigkeit angenommen werden. Abweichend vom Gutachten müsse allerdings festgehalten werden, dass vorübergehend vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Juli 2017 angenommen worden sei, so dass die Einschätzung der SMAB Gutachter erst mit dem Zeitpunkt ihrer Untersuchung im September 2018 Gültigkeit habe (IV-act. 98).

4.3 Im Nachgang zum polydisziplinären Gutachten wurde der Versicherte von seinem Hausarzt an Dr. med. univ. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, überwiesen. Doktor F._____ hat den Versicherten in der Folge im Beisein eines Dolmetschers untersucht und gleichzeitig zum polydisziplinären Gutachten Stellung genommen. Der psychiatrischen Stellungnahme vom 4. Februar 2019 ist dabei zu entnehmen, dass Hinweise auf eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) sowie auf eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) bestünden. Gleichzeitig wies Dr. F._____ aber auch daraufhin, dass eine abschliessende diagnostische Beurteilung erst nach erfolgter neuropsychologischer Testung vor allem hinsichtlich Aggravationsverhalten und kognitiven Einschränkungen erfolgen könne. Am polydisziplinären Gutachten bemängelte Dr. F._____, dass keinerlei Testverfahren wie z.B. der Selbstbeurteilungsfragebogen Beck-Depressions-Inventar (BDI) oder der Fremdbeurteilungsskala von Hamilton gemacht worden seien. Weshalb es im Psychostatus und dadurch in den Diagnosen zwischen ihren Untersuchungsbefunden und jenen im Gutachten so starke Differenzen gebe, sei unklar und könne eventuell durch die neuropsychologische Testung erklärt werden. Da der Versicherte sehr wenig Auskunft gebe und nur mit Nachdruck Symptome beschreibe, zudem auch überzeugt davon sei,

nicht psychisch krank zu sein, könnte es sein, dass er die Symptome in der Gutachtensuntersuchung nicht genannt oder er aber bei ihr in der Untersuchung deutlich mehr aggraviert habe. Der Versicherte zeige sich sehr stark leidend, weise immer wieder auf seine somatischen Probleme hin, jammere, weine, stehe rezidivierend auf, huste, stöhne, sacke im Sessel zusammen etc. Der Gutachter habe dies mit einem aggravierenden Verhalten begründet, er habe dies jedoch nicht neuropsychologisch testen lassen. Ob wirklich ein Aggravationsverhalten vorliege, könne nur mittels Testung wirklich bestätigt werden. Auffallend sei des Weiteren, dass der Patient auch in seiner Muttersprache sehr wenig spreche. Er gebe kaum Auskunft über seine psychischen Beschwerden. Eigentlich erkenne er nicht, dass er auch psychische Probleme habe, dies würden ihm nur seine Verwandten und der Hausarzt sagen. Aus ihrer Sicht entspreche dies einer fehlenden Krankheitsüberzeugung und nicht dem Nichtvorhandensein von psychischen Symptomen. Abschliessend wies Dr. F. _____ darauf hin, dass eine fundierte medikamentöse Einstellung, eine psychiatrische stationäre Therapie und eine langfristige psychiatrisch-psychotherapeutische ambulante Behandlung dringend indiziert seien (IV-act. 109 S. 3 ff.).

4.4 Die neuropsychologische Untersuchung fand schliesslich am 1. März 2019 im Kantonsspital D. _____ statt. Im entsprechenden Untersuchungsbericht wurde ausgeführt, der Patient habe in der Untersuchungssituation eine schwere Depression und ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom gezeigt. Bei Vorliegen einer schweren Depression sei ein teilweise auch sehr stark reduziertes kognitives Leistungsvermögen im Rahmen der affektiven Erkrankung zu erklären. Die Kooperationsfähigkeit sei krankheitsbedingt vermindert. Auf eine Symptomvalidierung sei verzichtet worden, da der Patient aufgrund der Depression seine kognitiven Ressourcen nicht über einen längeren Zeitraum habe ausschöpfen können. Unter "Neuropsychologische Diagnose" wurde angemerkt, dass die Befunde insgesamt mit einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionseinschränkung vereinbar seien. Die möglichen Ursachen für das Störungsbild seien am ehesten im Rahmen der affektiven Erkrankung und der Schmerzsymptomatik zu sehen. Sowohl im Beruf als auch im Alltag sei der Patient arbeitsunfähig (IV-act. 113).

4.5 Im Sprechstundenbericht des Kantonsspitals D. _____ vom 18. März 2019 wurde einleitend darauf hingewiesen, dass sich die Anamneseerhebung bei Fremdsprachigkeit erschwert gestalte. Ein Dolmetscher sei nicht anwesend. Beurteilend wurde ausgeführt, beim Patienten bestehe ein komplexes Beschwerdebild, wobei subjektiv aktuell die Schmerzen im Vordergrund stünden. In der klinisch-neurologischen

Untersuchung finde sich ein antriebsgemindert wirkender Patient mit hinkendem Gangbild bei vorbestehender Fussdeformität rechts. Die bereits im Vorfeld durchgeführte neuropsychologische Testung habe eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung objektivieren können, welche mit einer schweren Depression vereinbar sei. Bis zu einer stationären psychiatrischen Behandlung wäre eine schmerzdistanzierende und gleichzeitig stimmungsstabilisierende Therapie einzuleiten. Da bei eingeschränkter Anamnesekompetenz bei Fremdsprachigkeit aktuell nicht ganz klar sei, ob sich der Zustand seit der letzten cerebralen Bildgebung im Jahr 2013 weiterhin verschlechtert habe, könne die cerebrale Bildgebung zum Ausschluss einer sekundären Genese wiederholt werden (IV-act. 114).

4.6 Mit Stellungnahme vom 26. September 2019 führte RAD-Arzt E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der psychiatrische Teilgutachter Dr. G._____ habe im psychopathologischen Befund keine gravierende depressive Symptomatik feststellen können. Dazu hätten auch die anamnestischen Angaben des Versicherten, wonach er keinen Leidensdruck oder Lebensüberdruß wegen psychischer Beschwerden habe, er Schlafstörungen allenfalls wegen Schmerzen habe, die vita sexualis nicht beeinträchtigt sei und kein sozialer Rückzug bestehe (gehe regelmässig spazieren, unternehme ausserhäusliche Aktivitäten mit den Kindern und nehme auch ansonsten am Familienleben teil), gepasst. In der neuropsychologischen Abklärung durch das Kantonsspital D._____ seien die anamnestisch erhobenen Auffälligkeiten als Ausdruck einer schwergradig ausgeprägten depressiven Störung interpretiert worden. Auf einen Dolmetscher sei verzichtet worden, wobei kritisch angemerkt werden müsse, dass eine Beurteilung von kognitiven Defiziten überwiegend mit sprachlich gebundenen Testverfahren durchgeführt werde und damit die Validität der vorliegenden neuropsychologischen Testung grundsätzlich in Frage gestellt werden müsse. Zudem sei auf eine Symptomvalidierung aufgrund der subjektiven Angaben des Versicherten mit fehlender fremdanamnestischer Validierung verzichtet worden. Gemäss Dr. F._____ hätte es bei der neuropsychologischen Testung insbesondere um eine Konsistenzprüfung und Objektivierung von kognitiven Beeinträchtigungen gehen sollen. Insofern habe die vorliegende neuropsychologische Testung ihre Zielvorgabe letztendlich nicht erfüllt. Die beauftragte Psychiaterin Dr. F._____ habe in ihrer Stellungnahme betont, dass sie aufgrund der anamnestischen Angaben (subjektiv vorgetragenen Beschwerden) von einer depressiven Störung mit (sogar) psychotischen Symptomen (berichtete Halluzinationen) ausgehe, aber nicht entscheiden könne, inwiefern die Angaben des Versicherten valid seien (vom Versicherten aggraviert würden). Anamnestische Angaben, welche den

dokumentierten psychopathologischen Befund und das Funktionsniveau gemäss Mini-ICF-APP erläutern und plausibel nachvollziehbar machen, würden in ihrer Stellungnahme fehlen. Würdigend kam der RAD-Arzt zum Schluss, die Beurteilungen der neuropsychologischen Testung des Kantonsspitals D. _____ und die Ausführungen von Dr. F. _____ würden aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht überzeugen. Der psychiatrische Gutachter Dr. G. _____ habe den Versicherten nur knapp drei Monate zuvor gesehen und anhand seiner gezielten Anamneseerhebung nachvollziehbar dargelegt, dass keine depressive Störung im Sinne der ICD-10 Diagnosekriterien vorliege und auch eine sonstige psychiatrische Beeinträchtigung (mangels entsprechender Symptome) habe objektiviert werden können. Insofern seien die vorgelegten (Partei)-Beurteilungen von Dr. F. _____ und dem Kantonsspital D. _____ allenfalls als eine andere (unbewiesene) Darstellung des gleichen medizinischen Sachverhaltes zu sehen, welche nicht plausibel nachvollziehbar seien (IV-act. 125).

4.7 Den diversen Operations- und Sprechstundenberichten von Dr. med. H. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kann entnommen werden, dass der Versicherte am 1. Februar 2019 stürzte und sich dabei eine Rotatorenmanschettenruptur links zuzog, die am 30. August 2019 operativ versorgt wurde. Dem Versicherten wurden daraufhin bis zum 3. Mai 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die letzte Sprechstunde bei Dr. H. _____ fand deswegen am 18. März 2020 statt (IV-act. 126, 127 S. 4 ff., 131 und 135).

5.

5.1 Aus den soeben dargelegten medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer an beidseitigen medialen und retropatellar betonten Gonarthrosen leidet und er im Juli 2012 einen Herzinfarkt erlitt. Aufgrund der orthopädischen und kardiologischen Befunde gehen die Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer nicht mehr überwiegend oder ausschliesslich stehend arbeiten und keine Tätigkeiten mit permanentem Zeit- und Termindruck sowie schwere Tätigkeiten mit Lasten von über 25 kg ausüben kann (IV-act. 97 S. 8). Angesichts dessen ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe nicht mehr zumutbar ist. In einer leidens-angepassten Tätigkeit – körperlich leichte, wechselbelastende, jedoch überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen auszuübende Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis max. 10 kg – sehen die Gutachter den Beschwerdeführer demgegenüber als 100 % arbeitsfähig (IV-act. 97 S. 8 f.). Inwiefern dem Beschwerdeführer, dessen kardiale Situation als stabil bezeichnet werden muss, eine

leidensangepasste Tätigkeit – jedenfalls aus somatischer Hinsicht – nicht zu 100 % zumutbar sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht und wird seitens des Beschwerdeführers denn auch gar nicht geltend gemacht. In somatischer Hinsicht ist somit grundsätzlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Etwas anderes hat nur für den Zeitraum vom 1. Februar 2019 bis 3. Mai 2020 zu gelten, ist für diese Zeit doch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit infolge eines Sturzes und damit zusammenhängender Schulterverletzung aktenkundig (IV-act. 126, 127 S. 4 ff. und 131). Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartezeit steht dem Beschwerdeführer somit unbestrittenermassen vom 1. Mai 2019 bis 31. Juli 2020 eine ganze Rente zu.

5.2 In psychiatrischer Hinsicht ist eine akute psychische Krise mit Verdacht auf Selbstgefährdung und notfallmässiger Krisenintervention in der Sprechstunde des Hausarztes Dr. med. I. _____, Facharzt Innere Medizin FMH, im Juli 2017 aktenkundig. Offenbar ist es aufgrund des Verlustes der langjährigen Arbeitsstelle und des damit zusammenhängenden finanziellen Drucks zu einer psychischen Dekompensation des Beschwerdeführers gekommen, weshalb ihm ab Anfang Juli 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch den Hausarzt attestiert wurde (IV-act. 71 und 85). Dies führte dazu, dass dem Beschwerdeführer auch für die Zeit ab Juli 2017 eine ganze Rente zugesprochen wurde. Für die Zeit ab September 2018 stellte die Beschwerdegegnerin hingegen auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der SMAB-Gutachter ab und hob den Rentenanspruch nach einer dreimonatigen Wartefrist per 30. November 2018 wiederum auf, was seitens des Beschwerdeführers beanstandet wird.

5.2.1 Vorliegend stellt sich somit die Frage, ob dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Beweiskraft zukommt. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten umfassend ist, auf Kenntnis der Vorakten basiert und auf einer eingehenden psychiatrischen Abklärung beruht. Zudem enthält das Teilgutachten anamnestische Angaben, es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und vermittelt ein vollständiges Bild seines Gesundheitszustandes. Unter Ziff. 6 seines Gutachtens setzte sich Dr. G. _____ sodann eingehend mit möglichen Diagnosen auseinander und kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer einzelne Merkmale einer depressiven Symptomatik aufweise, die diagnostischen Kriterien einer leichten, mittelschweren oder gar schweren depressiven Episode jedoch nicht erfüllt seien. Am ehesten müsse man heute noch von einer Anpassungsstörung vor dem Hintergrund einer Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren ausgehen. Die depressive Symptomatik sei dabei subsyndromal, ohne dass sie die

Kriterien für eine depressive Episode entsprechend den Merkmalen des ICD-10 erfülle. Im Lichte der nicht detektierbaren Analgetikamedikation sowie dem Verhalten des Versicherten und seiner Körpersprache würden sich auch die Angaben zu den Schmerzen relativieren. Die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht hinlänglich erfüllt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 25. September 2018 konnte der Sachverständige somit keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (IV-act. 97 S. 61). Die in der Vergangenheit diagnostizierte Depression sah er als remittiert an (IV-act. 97 S. 62). Unter Berücksichtigung des im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung erhobenen klinischen Befunds (IV-act. 97 S. 59 f.) erscheint dies einleuchtend und nachvollziehbar. Es trifft sicherlich zu, dass beim Beschwerdeführer, dem es nicht gelingt, eine neue Perspektive zu entwickeln, einzelne Merkmale einer depressiven Symptomatik erfüllt sind. Nicht unberücksichtigt bleiben darf aber auch, dass beim Beschwerdeführer die Fähigkeit zu Freude unbeeinträchtigt ist und weder ein vollständiger Interesseverlust noch ein sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen feststellbar war. Eine Verminderung der Konzentration konnte der Sachverständige ebenso wenig feststellen wie aussergewöhnliche Schuldgefühle, eine Antriebsminderung von Krankheitswert oder eine depressionstypische Inappetenz. Im psychopathologischen Befund konnte somit keine gravierende depressive Symptomatik festgestellt werden. Der Beschwerdegegnerin ist dementsprechend zuzustimmen, dass sich dem psychiatrischen Teilgutachter ein völlig anderes Bild präsentierte als noch im Juli 2017, als es zur psychischen Dekompensation des Beschwerdeführers kam. Insofern ist es nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung (September 2018) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auch in psychiatrischer Hinsicht ausgegangen ist.

5.2.2 Wie das Nachfolgende zeigt, vermögen daran auch die fachärztlichen Berichte von Dr. F. _____ (IV-act. 109 S. 3 ff.) und dem Kantonsspital D. _____ (IV-act. 113 f.) keine konkreten Zweifel zu erwecken.

5.2.2.1 Soweit der Beschwerdeführer zunächst vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe sich mit den soeben genannten Berichten nicht rechtsgenügend auseinandergesetzt, kann ihm nicht gefolgt werden. Aktenkundig ist, dass die IV-Stelle sowohl die Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 4. Februar 2019 als auch die Berichte der Neurologie des Kantonsspitals D. _____ vom 1. und 18. März 2019 dem RAD zur Beurteilung vorlegte. RAD-Arzt Dr. E. _____ setzte sich in seiner Stellungnahme vom 26. September 2019 (IV-act. 125) mit den genannten Berichten eingehend auseinander und zeigte auf, weshalb

die Beurteilungen nicht zu überzeugen vermögen und darauf nicht abgestellt werden kann. Davon, dass sich der RAD-Arzt "pauschal" gegen die Verwertbarkeit der eingereichten Berichte ausgesprochen hätte, kann jedenfalls keine Rede sein.

5.2.2.2 Sodann trifft es zwar zu, dass es zwischen den Untersuchungsbefunden von Dr. F. _____ und denjenigen des SMAB-Gutachters hinsichtlich Psychostatus und Diagnosen einige Differenzen gibt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers konnte sich Dr. F. _____ diese Unterschiede im erhobenen Psychostatus und den angenommenen Diagnosen jedoch gerade nicht hinlänglich erklären. Vielmehr merkte sie an, dass es unklar sei, weshalb es so starke Differenzen gebe. Eine Erklärung hierfür könne entweder in der fehlenden Krankheitseinsicht *oder* im Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers gesehen werden. Da die Psychiaterin nicht entscheiden konnte, inwiefern die Angaben des Beschwerdeführers valide waren, hielt sie eine neuropsychologische Testung für unumgänglich, um eine fundierte psychiatrische Beurteilung zu gewährleisten. Die Arbeitsfähigkeit könne erst nach erfolgter neuropsychologischer Testung und abschliessender Diagnosestellung beurteilt werden (IV-act. 109 S. 7). Der Beschwerdegegnerin ist somit Recht zu geben, dass die neuropsychologische Abklärung der Konsistenzprüfung und Objektivierung kognitiver Beeinträchtigungen hätte dienen sollen. Wie sich aus dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 1. März 2019 ergibt, wurde auf eine Symptomvalidierung anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung indes gerade verzichtet (IV-act. 113 S. 5), wodurch die Abklärung ihre Zielvorgabe letztendlich nicht erfüllt hat. Insofern kann weiterhin nicht gesagt werden, inwiefern die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. F. _____ valide waren oder von ihm aggraviert wurden. Wie Dr. F. _____ selbst angemerkt hat, kann ohne neuropsychologische Testung nun aber nicht von einer fundierten psychiatrischen Beurteilung ihrerseits gesprochen werden. Dies führt dazu, dass ihre Ausführungen nicht geeignet sind, konkrete Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten zu erwecken, zumal es sich lediglich um eine vorläufige diagnostische Beurteilung gehandelt hat, die nach erfolgter neuropsychologischer Testung hätte überdacht werden müssen.

5.2.2.3 Nicht beigespflichtet werden kann Dr. F. _____, soweit sie das psychiatrische Teilgutachten insofern bemängelt, als im Rahmen der Untersuchung kein Test zur Erfassung der depressiven Symptomatik (wie z.B. das Beck Depressionsinventar oder die Hamilton Depressionsskala) durchgeführt worden sei. Ihre Kritik am Vorgehen des Gutachters verfängt schon deshalb nicht, weil die klinische Untersuchung mit

Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und den angesprochenen Testverfahren im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (BGer 9C_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3). Ob und gegebenenfalls welche Testverfahren sie durchführen will, liegt im Ermessen der medizinischen Fachperson (BGer 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1). Aus diesen Gründen ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht abträglich, wenn es nicht mit Ergebnissen aus Testungen unterlegt wurde.

5.2.2.4 Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht angemerkt, dass in der Stellungnahme von Dr. F._____ anamnestische Angaben fehlen, welche den dokumentierten psychopathologischen Befund und das Funktionsniveau gemäss Mini-ICF-APP erläutern und plausibel nachvollziehbar machen würden.

5.2.2.5 Soweit sich der Beschwerdeführer im Weiteren auf den Standpunkt stellt, mit der Stellungnahme von Dr. F._____ sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes für den Zeitpunkt nach der Begutachtung durch die SMAB AG nachgewiesen, kann ihm ebenso wenig gefolgt werden. Wie sich aus der genannten Stellungnahme der Psychiaterin ergibt, werden die Differenzen zwischen den erhobenen Untersuchungsbefunden im Psychostatus und der Diagnosestellung denn auch weder pauschal mit einer seitherigen Verschlimmerung begründet noch aufgezeigt, wie sich das depressive Geschehen zwischen den beiden Untersuchungen verändert haben sollte. Vielmehr konnte sich Dr. F._____ die Differenzen auch selbst nicht erklären und dachte dabei eher an fehlende Krankheitseinsicht oder Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers. Anhaltspunkte für eine nach der Begutachtung durch die SMAB AG eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben sich aus der Stellungnahme vom 4. Februar 2019 jedenfalls gerade nicht. Insofern ist dem RAD-Arzt Recht zu geben, dass es sich vielmehr um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Sachverhalts handelt.

5.2.2.6 Was die Berichte der Neurologie des Kantonsspitals D._____ vom 1. und 18. März 2019 anbelangt, ist einleitend noch einmal daran zu erinnern, dass eine aussagekräftige neuropsychologische Beurteilung eine Beschwerdevalidierung mittels entsprechender Tests voraussetzt, welche bei der am 1. März 2019 im Kantonsspital D._____ vorgenommenen neuropsychologischen Untersuchung gerade nicht durchgeführt wurde. Unzutreffend ist zwar die Feststellung des RAD-Arztes, auf den Beizug eines Dolmetschers sei verzichtet worden. Dies fällt vorliegend jedoch nicht ins

Gewicht, da der neuropsychologische Untersuchungsbericht nicht wegen des Fehlens eines Dolmetschers, sondern u.a. wegen der nicht durchgeführten Beschwerdvalidierung angezweifelt wird. Was sodann die Diagnosestellung anbelangt, ist auf die zutreffende Feststellungen der Beschwerdegegnerin zu verweisen, wonach die Diagnose der schweren Depression einerseits nicht von einem Psychiater gestellt wurde und zum anderen im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und dem BDI-Wert von 48, mithin auf einem reinen Selbstbeurteilungsverfahren, beruhte. Wie die Beschwerdegegnerin darüber hinaus zutreffend aufgezeigt hat, enthält der neuropsychologische Untersuchungsbericht vom 1. März 2019 auch diverse widersprüchliche Angaben des Beschwerdeführers im Verhältnis zum Bericht von Dr. F. _____.

5.2.2.7 Zu guter Letzt ist anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt in fachärztlich psychiatrische Behandlung begeben und er nach dem Absetzen des im Juli 2017 (Zeitpunkt der psychischen Dekompensation) verschriebenen Remeron auch keine antidepressive Therapie mehr aufgenommen hat. Dies lässt auf einen wenig ausgeprägten Leidensdruck im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bzw. einen geringeren Schweregrad der postulierten depressiven Störung schliessen.

5.2.2.8 Nach dem soeben Dargelegten ist festzustellen, dass die Ausführungen von Dr. F. _____ sowie der Neurologen des Kantonsspitals D. _____ nicht geeignet sind, die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens der SMAB AG in Frage zu stellen. Die im Nachgang zur polydisziplinären Begutachtung eingereichten Stellungnahmen bzw. medizinischen Berichte führten jedenfalls nicht dazu, dass konkrete Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens erweckt wurden.

5.3 Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers erstellten die Gutachter auch ein negatives Anforderungsprofil für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und ein positives Anforderungsprofil für eine angepasste Arbeitstätigkeit. Sie führten konkret aus, aufgrund der bestehenden beidseitigen medialen und retropatellar betonten Gonarthrosen sei eine überwiegend oder dauernd stehende Tätigkeit nicht mehr möglich. Ebenfalls nicht mehr zumutbar seien schwere Tätigkeiten über 25 kg sowie Tätigkeiten mit permanentem Zeit- und Termindruck. Angesichts dessen gingen die Gutachter in der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die leidensangepasste Tätigkeit umschrieben die Gutachter schliesslich als körperlich leichte, wechselbelastende, jedoch

überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen auszuübende Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis max. 10 kg. Sodann wiesen sie darauf hin, dass der Anteil sitzender Tätigkeit mindestens 40 % betragen sollte. Der Versicherte sei in der Lage, jegliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Dabei könne er Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringen Verantwortungsbereichen und ohne besondere Anforderung an die Team- und Konfliktfähigkeit ausüben. Eine solch angepasste Tätigkeit erachteten die Gutachter zu 100 % als zumutbar (IV-act. 97 S. 8 f.). Im Rahmen der angefochtenen Verfügung wies die Beschwerdegegnerin sodann darauf hin, dass betreffend leidensangepasste Tätigkeit z.B. an eine mehrheitlich sitzende Montagetätigkeit oder eine Kontrolltätigkeit zu denken sei (IV-act. 136 S. 2). Angesichts des soeben Ausgeführten erschliesst sich dem Gericht nicht, inwiefern das noch zumutbare Belastungsprofil ungenügend diskutiert bzw. beschrieben sein sollte. Im Übrigen schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den seitens des Beschwerdeführers genannten Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vor, stellen diese doch lediglich eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachpersonen dar (BGer 8C_772/2018 vom 19. März 2019 E. 6.2).

5.4 Was schliesslich den Vorwurf anbelangt, die Gutachter hätten sich nicht mit den Resultaten der beruflichen Eingliederungsmassnahmen befasst, ist zunächst anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin der Gutachterstelle mit Gutachtensauftrag vom 27. Juli 2018 zusammen mit einer Fallzusammenfassung, in der explizit die Ergebnisse der Eingliederung erwähnt wurden (IV-act. 92 S. 3), sämtliche IV-Akten zur Verfügung gestellt hat (IV-act. 93). Die Erkenntnisse der beruflichen Eingliederung wurden in der Aktenzusammenfassung der jeweiligen Teilgutachten denn auch aufgeführt. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass beim Beschwerdeführer weder ein Belastbarkeitstraining noch ein Arbeitsversuch durchgeführt wurde, sondern lediglich mehrere Gespräche stattfanden. Eigentliche Resultate von beruflichen Massnahmen, mit denen sich die Sachverständigen hätten auseinandersetzen können bzw. müssen, sind vorliegend somit gar nicht aktenkundig. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang zudem darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit rechtsprechungsgemäss primär gestützt auf ärztliche Befunde zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus folgenden körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen festzulegen ist (BGer 9C_187/2018 vom 18. Mai 2018 E. 3.2). Dass es beim Beschwerdeführer im Juli 2017 zu einer psychischen Dekompensation kam, war dem psychiatrischen Teilgutachter schliesslich durchaus

bewusst, setzte er sich damit doch insofern auseinander, als er diesbezüglich anmerkte, die in der Vergangenheit attestierte Depression sei im Lichte der hier erhobenen Befunde weitgehend remittiert (IV-act. 97 S. 62). Davon, dass sich die Gutachter mit den Vorakten ungenügend auseinandergesetzt hätten, kann somit keine Rede sein. Ebenfalls keinen Abbruch tut der Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens schliesslich der Umstand, dass die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum von Juli 2017 bis September 2018 durch den RAD korrigiert werden musste.

5.5 Zusammenfassend ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das genannte Gutachten vom 6. November 2018 als beweiskräftig angesehen und für die Zeit ab dem Untersuchungsdatum darauf abgestellt hat. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer – abgesehen von der Zeit vom 1. Juli 2017 bis 25. September 2018 und vom 1. Februar 2019 bis 3. Mai 2020 – in einer leidensangepassten Tätigkeit als 100 % arbeitsfähig zu gelten hat.

6.

6.1 Betreffend die Berechnung des Invaliditätsgrades ist anzumerken, dass das von der IV-Stelle angenommene Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 58'499.– einer summarischen Überprüfung seitens des Gerichts standhält und die Berechnung im Übrigen auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wird, sodass sich Weiterungen hierzu erübrigen.

6.2

6.2.1 Bezüglich des Invalideneinkommens rügt der Beschwerdeführer, es sei anstatt auf den Medianwert auf das unterste Quartil der LSE abzustellen. Zudem sei aufgrund seiner Einschränkungen in somatischer, psychiatrischer und kognitiver Hinsicht sowie dem Umstand, dass er selbst bei Ausübung einer angepassten Tätigkeit vermehrt abwesend sein werde, ein Leidensabzug von 20 % und zusätzlich ein solcher von 25 % vorzunehmen. Zur Untermauerung seines Standpunktes verweist er auf das BASS-Gutachten vom 8. Januar 2021 und das Rechtsgutachten "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung" vom 22. Januar 2021. Mit BGer 8C_256/2021 vom 9. März 2022 hat das Bundesgericht entschieden, dass keine ernsthaften sachlichen Gründe für eine Änderung der bisherigen Rechtsprechung zur Ermittlung des Invalideneinkommens anhand statistischer Werte vorliegen. Betreffend Fälle, welche – wie vorliegend – nach der bisherigen Rechtslage zu beurteilen sind, hält

das Bundesgericht somit ausdrücklich an der Anwendbarkeit der LSE-Tabellen fest, weshalb der Beschwerdeführer mit seinen diesbezüglichen Einwänden nicht zu hören ist.

6.2.2 Was die beantragte Erhöhung des gewährten Leidensabzugs von 10 % anbelangt, ist zunächst zu bedenken, dass die Höhe des Abzuges – im Gegensatz zur Frage, ob überhaupt ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist – eine Ermessensfrage darstellt und das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzt (BGE 126 V 75 E. 6). Des Weiteren ist festzustellen, dass die gesundheitlichen Beschwerden Gegenstand der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht bilden und von den Ärzten bereits berücksichtigt wurden. Mit dem gewährten Abzug von 10 % hat die Beschwerdegegnerin sodann insbesondere der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ausüben kann, mithin das Zumutbarkeitsprofil gewisse besondere Bedingungen vorsieht. Dass das zumutbare Arbeitsprofil darüber hinaus zusätzlich durch erhebliche psychische oder kognitive Beeinträchtigungen eingeschränkt wäre, ergibt sich, wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassend zutreffend angemerkt hat, aus dem Gutachten der SMAB AG hingegen nicht. Zu berücksichtigen ist sodann, dass Stellen des Kompetenzniveaus 1 grundsätzlich unbesehen von Alter, Nationalität und Dienstjahren vergeben werden. Dementsprechend besteht kein Anlass, in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal selbst bei Berücksichtigung des maximalen Leidensabzugs von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde. Damit erübrigen sich weitere Ausführungen hierzu. Dementsprechend ist auch das von der Beschwerdegegnerin errechnete Invalideneinkommen von Fr. 55'678.– nicht zu beanstanden.

6.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 58'499.– und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'678.– ergibt sich ein Minderverdienst von Fr. 2'821.– und somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 5 %. Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % besteht nach einer Wartezeit von jeweils drei Monaten per 30. November 2018 bzw. 31. Juli 2020 kein Rentenanspruch mehr. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer nur für die Zeit vom 1. Juli 2017 bis 30. November 2018 und vom 1. Mai 2019 bis 31. Juli 2020 eine ganze Rente zugesprochen hat. Dementsprechend erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen.

7. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

Mit dem voll beweiskräftigen Gutachten der SMAB AG vom 6. November 2018 ist der medizinische Sachverhalt umfassend geklärt und von einer weiteren Begutachtung des Beschwerdeführers sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass der diesbezügliche Antrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen ist. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG vorgehalten werden kann.

8. Nachdem dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Dezember 2020 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, sind ihm für das vorliegende Verfahren keine Kosten aufzuerlegen. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht auszurichten. Die vom Beschwerdeführer beigezogene Rechtsvertreterin ist für ihren Aufwand ausgehend von einem Stundenansatz für Rechtsanwälte von Fr. 220.– und in Berücksichtigung des Umstandes, dass nur der notwendige Aufwand verrechnet werden kann, ermessensweise mit Fr. 2'700.– (inkl. Barauslagen und MWST) 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.

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wird für das Beschwerdeverfahren mit Fr. 2'700.– (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 die Rechtsvertreterin 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, 2. Mai 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am