



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 22. Februar 2021
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)

A. Der 1972 geborene A._____ meldete sich am 20. Februar 2010 erstmals unter Hinweis auf eine Angststörung und eine Erschöpfungsdepression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle erhob in der Folge den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt. Zudem holte sie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Mai 2011 ein (IV-act. 25). Gestützt hierauf stellte die Verwaltung mit Vorbescheid vom 26. Mai 2011 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 30). Den dagegen erhobenen Einwand vom 18. Juni samt Ergänzung vom 9. Juli 2011 (IV-act. 31 und 36) wies die IV-Stelle mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 3. August 2011 ab (IV-act. 37).

Am 8. Mai 2015 meldete sich A._____ aufgrund seines psychischen Gesundheitszustandes zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 46). Die IV-Stelle tätigte daraufhin medizinische und erwerbliche Erhebungen. Sie gab insbesondere eine bidisziplinäre Expertise in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie bei Dr. C._____ und lic. phil. D._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, in Auftrag, welches am 31. März 2016 erstattet wurde (IV-act. 83 und 84). Mit Mitteilung vom 23. Mai 2016 sprach die Verwaltung A._____ berufliche Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung und der Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten zu (IV-act. 88). Diesbezüglich startete ab 22. August 2016 eine berufliche Abklärung in der E._____ in F._____ (IV-act. 102). Das Pensum begann bei 50 % und sollte alle zwei Wochen um 10 % gesteigert werden (IV-act. 100). Per 21. Oktober 2016 wurde das Pensum wieder auf 50 % reduziert und die berufliche Abklärung schliesslich am 22. November 2016 beendet (IV-act. 111 S. 2). Aufgrund der Diskrepanz zwischen der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit und der während der beruflichen Abklärung gezeigten Leistung holte die IV-Stelle bei lic. phil. D._____ das neuropsychologische Verlaufsgutachten vom 30. Januar 2018 ein (IV-act. 133). Gestützt darauf und auf die Stellungnahme von G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 27. September 2018 (IV-act. 142) zeigte die Verwaltung am 15. November 2018 die beabsichtigte Verneinung eines Rentenanspruchs an (IV-act. 145). Mit Verfügung vom 14. November 2019 (IV-act. 157) wies sie die erhobenen Einwände (IV-act. 150) ab.

B. Beschwerdeweise liess A._____ beantragen, die Verfügung vom 14. November 2019 sei aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, ihm eine Rente gemäss IVG zuzusprechen. Es sei der Anschein der Befangenheit von Dr. C._____

festzustellen und sein Gutachten vom 31. März 2016 aus dem Recht zu weisen. Er sei durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen. Eventualiter sei die Sache zwecks Einholung eines Gutachtens und anschliessender Entscheidung über den Leistungsanspruch an die IV-Stelle zurückzuweisen. Im Übrigen liess er einen Antrag auf unentgeltliche Prozessführung und die Bewilligung einer unentgeltlichen Rechtsbeiständin stellen. Gerügt wurde im Wesentlichen eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, indem keine Neubegutachtung stattgefunden habe. Ferner wurde eine Befangenheit des psychiatrischen Sachverständigen geltend gemacht (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 6. Januar 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 Rechtsanwältin B. _____, Zug, eine unentgeltliche Rechtsbeiständin bei (act. 3).

D. Die IV-Stelle schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (act. 4).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 6 und 8).

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: 14. November 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. 83 ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen

Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 30. Dezember 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 in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). 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 – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 14. November 2019 und ist am 18. November 2019 im Herrschaftsbereich der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eingetroffen. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 30. Dezember 2019 der Schweizerischen Post übergeben und ging am 3. Januar 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG – vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar – als gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine 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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung

zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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 einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Tritt die IV-Stelle auf die Neuanmeldung ein, hat sie abzuklären, ob eine solche (glaubhaft gemachte; vgl. dazu BGer 9C_367/2016 vom 10. August 2016 E. 2.2) Veränderung tatsächlich eingetreten ist. Verneinendenfalls weist sie das Rentengesuch ab (BGE 117 V 198 E. 3a). Die Frage, ob eine erhebliche Tatsachenänderung im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhenden Verfügung (BGer 9C_451/2018 vom 6. November 2018 E. 3).

Im Rahmen einer Neuanmeldung sind die Revisionsregeln analog anwendbar. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die

lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; BGer 9C_496/2018 vom 21. November 2018 E. 4.1).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2, 132 V 93 E. 4).

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung (IV-act. 157) im Wesentlichen auf die bidisziplinäre Expertise von Dr. C. _____ und lic. phil. D. _____ vom 31. März 2016 (IV-act. 84) resp. auf das neuropsychologische Verlaufsgutachten von lic. phil. D. _____ vom 30. Januar 2018 (IV-act. 133) sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärzte G. _____ vom 27. September 2018 (IV-act. 142) und H. _____ vom 12. Juli 2019 (IV-act. 154).

4.1 Laut interdisziplinärem Gutachten vom 31. März 2016 besteht beim Beschwerdeführer als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), wobei die depressive Episode seit mindestens 2014 vorliege. Ohne Auswirkungen verblieben der Status nach Neurasthenie (ICD-10 F48.0), bestehend seit Anfang 2009 bis wahrscheinlich 2013, der Status nach Panikstörung, remittiert (ICD-10 F41.0), bestehend seit Ende 2008/Anfang 2009, und eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1), bestehend seit Adoleszenz. Die Beurteilung der minimalen kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen, wahrscheinlich als

Nebenwirkung der aktuellen Medikation, überliess Dr. C. _____ dem Neuropsychologen (IV-act. 84 S. 21). Dieser erklärte, es sei insbesondere damit zu rechnen, dass der Versicherte aufgrund seiner minimalen kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen bei kognitiv anspruchsvollen Aufgabenstellungen etwas verlangsamt sei. Aus rein neuropsychologischer/kognitiver Sicht sei in der bisherigen Tätigkeit als I. _____ nicht von einer relevanten Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit auszugehen. Es lasse sich auch aus rein neuropsychologischer/kognitiver Sicht auch keine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit in der bisherigen Tätigkeit ableiten. Dem Versicherten seien berufliche Eingliederungsmassnahmen zumutbar. Auch für eine allfällige Verweistätigkeit gelte aus seiner fachspezifischen Warte, dass nicht von einer relevanten Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit und zeitlichen Zumutbarkeit auszugehen sei (IV-act. 84 S. 51 f.). Der psychiatrische Sachverständige führte zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus, aus rein psychiatrischer Sicht liege zufolge der leichten depressiven Episode aktuell eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die psychiatrische als auch die neuropsychologische Komponente beinhalte, könne bei der versicherten Person für die bisher ausgeübten Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht abgestützt werden. Die bisherige Tätigkeit sei weiterhin in einem vollen zeitlichen Pensum zumutbar. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 %, welche seit 2014 gegeben sei (IV-act. 84 S. 28). Er empfehle die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit. Dies könne durchaus therapeutische Effekte haben. Die versicherte Person erhalte dadurch eine Tagesstruktur und mache die Erfahrung einer sinnstiftenden Tätigkeit. Menschen, die keiner Arbeit nachgingen, bekämen kaum Anerkennung und Wertschätzung, was schliesslich ein Gefühl des Nichtmehrgebrauchtwerdens verstärken würde. Dies sollte beim Versicherten vermieden werden (IV-act. 84 S. 27). Im Rahmen einer Reintegration in einen Arbeitsprozess wären folgende Aspekte eines Arbeitsplatzes sinnvoll: Eine vollständige Tagesstruktur am Arbeitsplatz wäre von Vorteil; eine zu hohe quantitative Anforderung an eine Arbeitsleistung wäre für den Versicherten aktuell eine Überforderung; durch die Vorgesetzten sollte der Versicherte Hilfe und Unterstützung erhalten, wobei Lob, Anerkennung, aber auch konstruktive Kritik vermittelt werden sollten; das selbständige Festlegen und Bestimmen schwieriger Arbeitsentscheidungen wären aktuell eine Überforderung. In einer solchen angepassten Tätigkeit sei ein volles Arbeitspensum zumutbar, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % (IV-act. 84 S. 29 f.).

4.2 Im Bericht vom 25. Oktober 2016 führten die zuständigen Personen der E._____ in Bezug auf die berufliche Abklärung aus, in den ersten zwei Monaten der Abklärung sei beobachtet worden, dass der Versicherte grosse Mühe habe, die Pausen einzuhalten. Er diskutiere über die Pausenzeiten hinaus, ohne dies wahrzunehmen. Auch regelmässige Ermahnungen hätten an der Situation nichts geändert. Wenn er im Office umhergelaufen sei, habe er immer jemanden zum Sprechen gefunden und auch dort sei es zu keinem Gesprächsende gekommen. Der pünktliche Arbeitsbeginn sei für ihn schwierig gewesen. Wiederholt sei er erst nach 13.00 Uhr bzw. im zweiten Monat nach 10.00 Uhr erschienen. Anschliessend habe er sich in die Cafeteria begeben und den Arbeitsstart um zehn bis zwanzig Minuten verpasst. Weiterhin sei es ihm nicht gelungen, um 17.00 Uhr Feierabend zu machen. Regelmässig habe er darauf hingewiesen werden müssen, dass er nach Hause gehen könne. Wiederholt sei es vorgekommen, dass er bis um 17.30 Uhr im Office geblieben sei. Am 22. August 2016 sei er gestartet und habe den Auftrag erhalten, einen Informationsordner durchzulesen. Es sei zu beobachten gewesen, dass er im Ordner auf verschiedenste Blätter Post-it-Zettel geklebt und sich Notizen aufgeschrieben habe. Auf Nachfrage hin habe er erklärt, die Rechtschreibung sei nicht korrekt und er habe Verbesserungsvorschläge. Ebenso habe er den Auftrag bekommen, einen kaufmännischen Standorttest auszufüllen, wofür er bis am 2. September 2016 Zeit erhalten habe. Schon bald habe sich gezeigt, dass er sich im Detail verliere. Er schreibe regelmässig Notizen auf und verliere sich im Outlook, wo er sich stundenlang beschäftige. Es gelinge ihm nicht, sich aufs Wesentliche zu konzentrieren. Er wirke zerstreut und nicht fokussiert. Der Aufforderung, einzelne Blätter des Standorttestes kurz vor Feierabend abzugeben, komme er nicht nach. Wiederholt müsse er darauf hingewiesen werden. Obschon er nochmals eine Woche Zeit erhalten habe, sei es ihm nicht gelungen. Es sei auch aufgefallen, dass der Versicherte in Gesprächen sehr ausführlich spreche, aber auch sehr sprunghaft. Er rede von einem Thema, erwähne etwas anderes und finde danach den Anschluss zum besprochenen Inhalt nicht mehr. In den regelmässig stattfindenden Gesprächen mache er sich keine Notizen und könne sich so nicht an Abgemachtes erinnern. Bei der Arbeit gelinge es dem Versicherten nicht, sich über eine längere Zeit zu konzentrieren. Er könne Arbeitsabläufe nicht priorisieren, wirke unkonzentriert und verliere sich im Detail. Dazu schreibe er im Computer umfassende Notizen auf, verliere sich wieder im Detail und könne sich dadurch nicht auf die Arbeit fokussieren. Sein Arbeitsvorgehen wirke unstrukturiert und chaotisch. Eine Arbeitsproduktivität sei seit dem Start nicht gegeben. Die vorgegebene Arbeitspensumssteigerung habe den Versicherten in den letzten Wochen enorm belastet. Als er im Oktober 2016 um 9.00 Uhr hätte beginnen sollen, habe er mit Grippe-symptomen reagiert. Er erscheine täglich zur Arbeit,

allerdings schaffe er es erst um 10.00 Uhr. Aufgrund seines schlechter werdenden Gesundheitszustandes werde der Arbeitsbeginn per 6. Oktober 2016 wieder auf 10.00 Uhr festgelegt. Er habe Stunden mit dem Ausfüllen und eigendynamischen Analysieren seines Stundenrapportes verbracht. Die korrekte Abgabe des Stundenrapportes sei ihm nicht gelungen. Am 13. Oktober 2016 werde der Versicherte von sämtlichen Arbeiten dispensiert. Er erhalte Zeit, um Privates abzuarbeiten. Am Standortgespräch vom 20. Oktober 2016 werde vereinbart, dass das Arbeitspensum per sofort auf 50 % reduziert werde. Aufgrund der gemachten Beobachtungen sei der Versicherte selbst im geschützten Rahmen nicht arbeitsfähig (IV-act. 110 S. 2 f.).

Laut Bericht vom 25. November 2016 habe der Versicherte immer noch Mühe gehabt, die Pausen einzuhalten bzw. sich an zeitliche Strukturen zu halten. Er habe über die Pausenzeiten hinaus diskutiert, ohne dies wahrzunehmen. Auch regelmässige Ermahnungen hätten die Situation nicht verändert. Wenn er im Office umhergelaufen sei, habe er immer jemanden für ausufernde Gespräche gefunden. Der pünktliche Arbeitsbeginn habe auch in den vergangenen Wochen nicht zuverlässig geklappt. Obschon der Arbeitsschluss auf 15.00 Uhr festgelegt worden sei, habe er es nie geschafft, pünktlich nach Hause zu gehen. Er habe erwähnt, dass er die 15 Minuten Pause, welche bis 15.15 Uhr dauere, zwecks sozialer Kontakte gerne im Office verbringen möchte. Dies sei erlaubt worden. Aber auch danach sei es ihm nicht gelungen, nach Hause zu gehen. Der Versicherte habe an einem Fotoscanauftrag gearbeitet. Seit der Pensumsreduktion vom 21. Oktober 2016 habe sich die Arbeitsleistung bzw. Arbeitsquantität (ohne Leistungsdruck) deutlich verbessert. Er arbeite klar nach Vorgaben und sei fokussierter auf seine Tätigkeiten. Nach seinen Angaben sei dieser Fotoscanauftrag eine Arbeit, die ihm zusage, aber kognitiv nicht stark fordere. Nach wie vor komme es aber vor, dass er sich bei der Arbeit im Detail verliere. Er benötige klare Vorgaben und eine enge Begleitung betreffend die Rahmenbedingungen. Die Pensumsreduktion habe zur Beruhigung beigetragen. Der Versicherte wirke ruhiger und konzentrierter. Zum jetzigen Zeitpunkt werde das Arbeitspensum von 50 % als ideal erachtet. Aufgrund der gemachten Beobachtungen genügten seine Arbeitsleistungen jedoch den Anforderungen im ersten Arbeitsmarkt nicht. Die Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen liege nach den Einschätzungen der Verantwortlichen bei 50 %. Seit der Pensumsreduktion auf 50 % habe die Leistungsfähigkeit im geschützten Rahmen qualitativ und quantitativ ohne Leistungsdruck bei etwa 40 % gelegen (IV-act. 111 S. 2).

4.3 Nach der abgebrochenen beruflichen Abklärung holte die Verwaltung bei lic. phil. D. _____ ein Verlaufsgutachten ein. Der Neuropsychologe kam zum Schluss, wie schon bei der Voruntersuchung vom März 2016 hätten sich in der jetzigen neuropsychologischen Untersuchung insgesamt minimale kognitive Funktionsbeeinträchtigungen gezeigt. Vermindert sei einzig eine Aufgabe mit Aspekten der Umstellfähigkeit gewesen. Die restlichen Testleistungen seien normgemäss bis überdurchschnittlich gewesen, so im eigentlichen Gedächtnis, in der Visuokonstruktion, in den meisten Aufmerksamkeitsfunktionen und in den meisten Exekutivfunktionen. Es sei somit insgesamt von einer im Wesentlichen erhaltenen kognitiven Leistungsfähigkeit auszugehen. Im Vergleich zur Voruntersuchung habe sich in einzelnen Testwerten eine gewisse Variabilität gezeigt. So seien dem Versicherten bei der jetzigen Untersuchung das Lernen und dauerhafte Speichern einer Wortliste sowie der dritte Durchgang beim Farbe-Wort-Interferenztest besser gelungen als bei der Voruntersuchung, das Lernen und dauerhafte Speichern von einfachen geometrischen Figuren und der vierte Durchgang beim Farbe-Wort-Interferenztest jedoch weniger gut. Die übrigen Testleistungen seien ähnlich wie bei der Voruntersuchung gewesen. Eine vom behandelnden Psychiater im Juni 2017 postulierte mittelschwere kognitive Störung nach Elektrokrampftherapie (EKT) lasse sich nicht objektivieren. Für eine ebenfalls gemäss dem Psychiater angeblich vorhandene Verschlechterung des Gesundheitszustandes fänden sich keine Hinweise. Das kognitive Befundbild der jetzigen Untersuchung stehe in guter Übereinstimmung mit einer prämorbid sehr guten kognitiven Leistungsfähigkeit (Matura, Studium I. _____). Wie schon bei der Vorbegutachtung ausgeführt, sei jedoch vor dem Hintergrund der massiven Überdosierung mit Venlafaxin 1350mg/d und einer zusätzlichen Medikation mit dem Lithiumpräparat Quilonorm sehr erstaunlich, dass die kognitive Leistungsfähigkeit nicht stärker davon beeinträchtigt sei. Beide Medikamente könnten zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und zu kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen führen. Das kognitive Befundbild der jetzigen Untersuchung stehe in schlechter Übereinstimmung zu den subjektiven Angaben des Versicherten bezüglich seiner kognitiven Leistungsfähigkeit. Es stehe zudem in sehr schlechter Übereinstimmung zu den von der E. _____ berichteten ausgeprägten Leistungseinschränkungen anlässlich einer beruflichen Abklärung vom 22. August bis 21. November 2016. Wie schon bei der Voruntersuchung vom März 2016 habe der Versicherte auch bei der jetzigen Untersuchung nicht depressiv gewirkt, dies bei lebhafter Mimik, Gestik und Stimmfarbe sowie recht häufigem Lächeln (IV-act. 133 S. 10 f.). Der Neuropsychologe führte im Weiteren aus, aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen sei in erster Linie mit einer eingeschränkten Umstellfähigkeit und Flexibilität zu rechnen. Es sei davon auszugehen, dass die kognitiven

Funktionseinschränkungen in erster Linie eine Folge der überdosierten Medikation seien. Eine Rolle könnten auch jeweilige Nachwirkungen der bisher 43-mal jeweils unter Vollnarkose durchgeführten EKT spielen. Eine Aggravation sei nicht vorhanden. Ein Suchtleiden sei nicht bekannt. Die minimalen kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 133 S. 12 f.). Ob die bisherige Therapie lege artis sei, sei durch den Psychiater zu beurteilen, ebenso welche Optionen es gebe. Eine verminderte Therapiekooperation sei nicht bekannt, ebenfalls nicht bei den bisherigen Eingliederungsbemühungen. Die bisherigen Probleme bei der Eingliederung seien auch durch eine seines Erachtens nicht adäquate psychiatrische Behandlung bedingt. Aus rein neuropsychologischer/kognitiver Sicht seien keine Einschränkungen der Zumutbarkeit bezüglich Eingliederungsmassnahmen vorhanden. Allfällige Einschränkungen der Eingliederungsfähigkeit aufgrund einer Psychopathologie sollte aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden. Es gebe eine massive Diskrepanz zwischen den vom behandelnden Psychiater behaupteten kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen, von vom Versicherten berichteten kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen sowie einer massiven Leistungsbeeinträchtigung in einem Arbeitstraining 2016 und lediglich minimalen kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen in den bisherigen neuropsychologischen Untersuchungen. Diese Diskrepanz könne aus neuropsychologischer Sicht nicht erklärt werden (IV-act. 133 S. 14 f.).

4.4 Nach Einholung einer Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie, vom 31. August 2018 (IV-act. 141) erklärte RAD-Arzt G._____, der behandelnde Psychiater kritisiere ausschliesslich die Tatsache, dass der neuropsychologische Gutachter sich kritisch zu den von ihm verordneten Medikamenten geäussert habe. Aus seiner therapeutischen fachärztlichen Sicht möge es legitim sein, wenn er kritisiere, dass sich der Neuropsychologe damit zu Dingen geäussert habe, die nicht seinem Fachgebiet entsprächen. An der neuropsychologischen Befundlage ändere sich dadurch nichts. Der RAD-Arzt sah keine Veranlassung, die Behandlung von Dr. J._____ in Frage zu stellen, auch wenn er aus versicherungspsychiatrischer Sicht dessen Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht teilen könne. Zum aktuellen Gesundheitszustand mache Dr. J._____ keine weiteren Angaben, sodass davon auszugehen sei, dass sich zwischenzeitlich der psychische Zustand nicht wesentlich verändert habe. Damit könne auf das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung abgestellt werden (IV-act. 142).

4.5 Nach Eingang des Einwands nahm auch RAD-Arzt H. _____ Stellung. Eigentlich sei bereits mit der neuropsychologischen Begutachtung aus dem Kalenderjahr 2016 der Beweis erbracht worden, dass durch eine ein Jahr zuvor stattgefundenene EKT-Behandlung keine kognitiven Defizite verursacht worden seien, da keine gravierenden kognitiven Beeinträchtigungen in diesem Zeitpunkt vorhanden gewesen seien. Es sei dennoch eine neuropsychologische Verlaufsabklärung im Kalenderjahr 2018 durchgeführt worden mit der Bestätigung, dass keine gravierenden kognitiven Defizite vorlägen. Damit entfalle das Hauptargument des behandelnden Psychiaters für eine Verschlechterung nach der bidisziplinären Begutachtung im Kalenderjahr 2016. Eine Verschlechterung der depressiven Störung sei auch von Dr. J. _____ nicht behauptet worden und die im 2016 festgestellte leicht depressive Störung habe sich auch anhand des klinischen Eindrucks des Psychologen nicht weiter verschlechtert, sodass gesamthaft ein unveränderter Gesundheitsschaden seit der (psychiatrischen Teil-)Begutachtung im Kalenderjahr 2016 vorliege und damit versicherungsmedizinisch keine andere Beurteilung, wie sie in der Stellungnahme durch den RAD am 10. Mai 2016 dokumentiert sei, möglich sei. Es entfalle damit auch ein logischer Grund für eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung (IV-act. 154).

5.

5.1 Der Beschwerdeführer rügt zunächst im Wesentlichen, im Nachgang zu den Ergebnissen der beruflichen Abklärung, welche gezeigt habe, dass er keine verwertbare Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt zu erbringen vermöge, was dem bidisziplinären Gutachten aber widerspreche, habe nicht auf eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung verzichtet werden dürfen (act. 1 Ziff. 30 ff.).

5.1.1 Zwar obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel

an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (BGer 8C_30/2020 vom 6. Mai 2020 E. 5.2.1, 8C_661/2019 vom 23. Januar 2020 E. 4.2).

5.1.2

5.1.2.1 Der behandelnde Psychiater führte in seinem Bericht vom 23. Oktober 2015 aus, beim Beschwerdeführer lägen als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine langgezogene depressive Episode, aktuell leichte depressive Symptomatik (ICD-10 F32.1) und mittelschwere kognitive Störungen nach EKT (Beginn Januar 2015) vor. Aufgrund dessen bestehe seit mindestens 22. September 2011 eine 100% Arbeitsunfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt. Er bemerkte, bezüglich der weitgehend abgeklungenen depressiven und Angstsymptomatik wäre eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit und schrittweise Wiedereingliederung in den alten Beruf denkbar. Bei den kognitiven Einschränkungen verhalte es sich allerdings anders (IV-act. 69). Mit anderen Worten erachtete Dr. J._____ die kognitiven Störungen als leistungsmindernd. Dies wird durch dessen Angaben im Bericht vom 4. Juni 2017 ausdrücklich bestätigt. Zur Frage, welche Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, erklärte er, aktuell primär die kognitiven Störungen nach EKT (IV-act. 122).

5.1.2.2 Solche kognitiven Störungen konnten indessen vom neuropsychologischen Sachverständigen sowohl im Rahmen der Untersuchung am 23. März 2016 (vgl. IV-act. 83 S. 1) als auch am 29. Januar 2018 (vgl. IV-act. 133 S. 1) in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise verneint werden. Hierzu führte er entsprechende Tests durch. Er hielt zudem fest, eine vom behandelnden Psychiater im Juni 2017 postulierte mittelschwere kognitive Störung nach EKT lasse sich nicht objektivieren. Für eine ebenfalls gemäss Dr. J._____ angeblich vorhandene Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten fänden sich ebenfalls keine Hinweise (IV-act. 133 S. 11). An den Schlussfolgerungen von lic. phil. D._____, wonach minimale kognitive Funktionsbeeinträchtigungen vorlägen, hegt offensichtlich auch Dr. J._____ keine Zweifel. Jedenfalls stellt er die Interpretation des getesteten Funktionsniveaus nicht in Abrede (vgl. IV-act. 141 S. 1). Dass solche minimalen kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen können, jedenfalls nicht in der vom behandelnden Psychiater angegebenen Höhe, liegt auf der Hand. Deswegen äusserte sich lic. phil. D._____ auch dahingehend, dass das kognitive Befundbild der jetzigen Untersuchung in schlechter Übereinstimmung zu den subjektiven Angaben des Versicherten bezüglich seiner kognitiven Leistungsfähigkeit

stehe. Das gleiche gelte für die von der E. _____ berichteten ausgeprägten Leistungseinschränkungen anlässlich der beruflichen Abklärung vom 22. August bis 21. November 2016 (IV-act. 133 S. 11). Aus rein neuropsychologischer/kognitiver Sicht seien in der bisherigen Tätigkeit als I. _____ keine relevanten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und der zeitliche Zumutbarkeit zu postulieren (IV-act. 133 S. 16).

5.1.2.3 Nach der Verlaufsbeurteilung durch lic. phil. D. _____ vom 30. Januar 2018 steht somit fest, dass das vom Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Abklärung bei der E. _____ gezeigte Verhalten nicht erklärbar ist. Erhebliche oder zumindest relevante kognitive Störungen konnten vom Experten auch weiterhin nicht erhoben werden. Angesichts der von ihm festgestellten Befunde brauchte es keine weitere Stellungnahme durch den psychiatrischen Sachverständigen. Wie bereits erwähnt, erachtete auch der behandelnde Psychiater die leichte depressive Episode als nicht die Arbeitsfähigkeit einschränkend. Im Übrigen würde es sich bei den von den Abklärungspersonen erwähnten Problemen des Beschwerdeführers – genannt wurde etwa, dass er Beschwerdeführer sich nicht an zeitliche Strukturen halten könne, viele Gespräche geführt habe, sich im Detail verliere, klare Vorgaben und eine enge Begleitung benötige, sehr sprunghaft spreche, sich nicht aufs Wesentliche konzentrieren könne und zerstreut wie auch nicht fokussiert wirke oder gemäss Dr. J. _____ im Bereich der Gedächtnisleistungen und der Handlungsplanung (vgl. IV-act. 122) – um ebengerade kognitive Beeinträchtigungen handeln, deren Beurteilung im Kompetenzbereich des Neuropsychologen liegt. Angesichts dessen ist weder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der bidisziplinären Beurteilung ausgewiesen noch ist das Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers anlässlich der beruflichen Abklärung medizinisch erklärbar.

5.1.2.4 Eine Stellungnahme seitens Dr. C. _____ konnte auch deshalb ausbleiben, weil sich das depressive Zustandsbild nicht geändert hat. Die IV-Stelle holte im Nachgang zur beruflichen Abklärung beim behandelnden Psychiater eine Stellungnahme ein. Laut dessen Bericht vom 4. Juni 2017 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert, wofür die kognitiven Störungen nach EKT ursächlich seien. Die depressive Episode gab er immer noch mit leichtgradig an (IV-act. 122). Somit ist nicht erkennbar, was Dr. C. _____ noch zusätzlich hätte ergänzen sollen im Vergleich zu dem, was lic. phil. D. _____ bereits festgestellt hat. Wie oben dargetan, gehört es zum Aufgabenbereich des Neuropsychologen, die kognitiven Beeinträchtigungen zu evaluieren und deren funktionellen Auswirkungen zu beurteilen.

Nachdem sich nach nochmaliger Testung keine Änderung der Befunde ergeben hat bzw. eher gar eine Verbesserung, brauchte bei Dr. C. _____ nicht nochmals nachgefragt zu werden, zumal keine weiteren psychischen Diagnosen im Raum stehen. Immerhin nahm der RAD-Psychiater am 12. Juli 2019 Stellung zur Sachlage (IV-act. 154). Dessen Ausführungen kann gefolgt werden. Er hielt fest, nachdem der Neuropsychologe erneut keine gravierenden kognitiven Defizite habe feststellen können, entfalle das Hauptargument des behandelnde Psychiaters für eine Verschlechterung nach der bidisziplinären Begutachtung. Eine Verschlechterung der depressiven Störung sei von Dr. J. _____ nicht behauptet worden und die im 2016 festgestellte leichte depressive Störung habe sich auch anhand des klinischen Eindrucks des Psychologen lic. phil. D. _____ nicht weiter verschlechtert.

5.1.2.5 Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. C. _____ angab, er beschäftige sich mehrere Stunden pro Tag am Computer mit Formulare ausfüllen oder Termine koordinieren. Desgleichen erklärte er, er fahre auch noch mit dem Auto (IV-act. 84 S. 13). Der psychiatrische Experte hielt dazu zutreffend fest, es bestünden zahlreiche Inkonsistenzen zwischen der Schilderung des Alltags bzw. der Alltagsaktivitäten und der klinischen Symptomatik. Weder massive Konzentrations- noch Gedächtnisprobleme konnten festgestellt werden. Als erstaunlich betitelte Dr. C. _____ insbesondere den Umstand, dass der Versicherte trotz der beklagten massiven kognitiven Defizite in der Lage ist, Auto zu fahren (IV-act. 84 S. 22). Die Angaben des Versicherten decken sich mithin nicht mit dem gezeigten Verhalten im Rahmen der beruflichen Abklärung. Es ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb er zu Hause Stunden am Computer verbringen kann, bei der E. _____ demgegenüber viel zu lange Zeit benötigt, um Bilder einzuscannen und zu bearbeiten. Abgesehen davon zeugt das gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers mit sich in endlose Gespräche verwickeln oder Pausen überziehen von einer mangelhaften Arbeitseinstellung. Denn dafür sind die zumindest von ihm geklagten kognitiven Defizite kaum ursächlich.

5.1.3 Insgesamt steht damit fest, dass die gemachten Beobachtungen anlässlich der beruflichen Abklärung bei der E. _____ nicht geeignet sind, die gutachterliche Einschätzung in Frage stellen zu können. Relevante Zweifel werden jedenfalls keine erweckt.

5.2 Sodann bringt der Beschwerdeführer vor, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C. _____ vom 31. März 2016 könne auch deshalb nicht abgestellt werden, da es

nach altem Verfahrensstand erstattet worden sei. Eine retrospektive Prüfung der Expertise auf die für massgeblich erklärten Standardindikatoren erlaube keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (act. 1 Ziff. 37 ff.).

5.2.1

5.2.1.1 Depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur können eine rentenbegründende Invalidität verursachen. Deshalb ist es sach- und systemgerecht, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 409 E. 4.5). Es ist Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; BGer 9C_672/2017 vom 11. Juli 2018 E. 4.2.4.1).

5.2.1.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Kategorie "funktioneller Schweregrad"
 - Komplex "Gesundheitsschädigung"
 - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz
 - Komorbiditäten
 - Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - Komplex "Sozialer Kontext"
- Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)
 - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

5.2.1.3 Äussert sich ein nach altem Verfahrensstandard eingeholtes Gutachten nicht zu den Standardindikatoren, verliert es nicht per se seinen Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten und der erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandene Beweisgrundlage vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob das vorliegende Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit den weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis).

5.2.2 Dem Gutachten und den weiteren medizinischen Akten können ausreichend Anhaltspunkte entnommen werden, um eine Indikatorenprüfung vorzunehmen.

5.2.2.1 Bezüglich der Ausprägung der diagnoserlevanten Befunde erhellt aus dem bidisziplinären Gutachten, dass diese leichtgradig sind. Der Experte konnte lediglich ein leicht depressives Zustandsbild feststellen, namentlich eine leicht deprimierte Stimmung, klinisch höchstens leichte Konzentrationsdefizite, ein leicht eingengtes und etwas verlangsamtes formales Denken, ein zeitweises Grübeln, eine leichte innere Unruhe, eine Ratlosigkeit und eine klinisch höchstens leichte Reduktion des Antriebs (IV-act. 84 S. 22). Der Neuropsychologe fand insgesamt eine minimale kognitive Funktionsbeeinträchtigung, welche aufgrund des geringen Schweregrades der Einschränkungen keine eigentliche ICD-10-Diagnosekategorie erlaubte (IV-act. 84 S. 51).

5.2.2.2 Betreffend die Behandlung ist festzustellen, dass diese kaum lege artis durchgeführt wird. Hierzu erklärte Dr. C. _____, die aktuell etablierte psychopharmakologische Behandlung von 1350 mg Venlafaxin pro Tag sei nicht nachvollziehbar. Es gebe (ausser bei Vorhandensein eines sogenannten ultrarapid- oder rapid metabolizing, also einer schnellen Verstoffwechslung von Medikamenten) keine medizinische Indikation für eine derartige Überdosierung. Gemäss Arzneimittelkompendium könne "in begründeten Einzelfällen bis zu einer maximalen Dosis von 375 mg pro Tag dosiert werden". Der Serumblutspiegel von Venla- und Desmethylvenlafaxin liege mit 12,83 $\mu\text{mol/l}$ weit ausserhalb des Referenzbereiches (Referenzbereich 0,36–1,44 $\mu\text{mol/l}$) und damit gemäss Labor K. _____ im toxischen Bereich, der ab ca. 3,6 $\mu\text{mol/l}$ beginne. Für den Nutzen einer solchen Dosierung gebe es keine gesicherte wissenschaftliche Evidenz. Es könne jederzeit zu einer möglichen fatalen toxischen Wirkung kommen. Zudem fahre der Beschwerdeführer unter einem derart hohen Serumblutspiegel von Venlafaxin mit dem Auto. Es sei nicht auszuschliessen, dass allfällige von der versicherten Person bekundete Gedächtnisstörungen durch das Medikament und seine sehr hohe Dosierung mit ausgelöst werden, was auch lic. phil. D. _____ beschreibe. Es sei auch jederzeit ein Serotonin-Syndrom möglich. Für ihn sei sehr verwunderlich, dass der Versicherte mit einer derart hohen Dosis eines Antidepressivums in Monotherapie behandelt werde und nicht zum Beispiel eine Kombinationstherapie mit einem anderen Antidepressivum eingesetzt werde. Auch der Lithiumspiegel liege mit 1,10 mmol/l ausserhalb des Referenzbereichs. Ebenfalls die Tatsache, dass seit nun 15 Monaten eine EKT angewendet werde, erstaune. Die

Indikationen für eine solche EKT-Behandlung seien in der Regel völlig therapieresistente schwere Depressionen. Selbst unter der Annahme, dass zu Beginn dieser Behandlung ein schwergradig ausgeprägtes depressives Zustandsbild vorhanden gewesen sei, lasse sich aktuell nur noch eine leichte Depression feststellen (IV-act. 84 S. 22 ff.). Aus seiner Sicht stehe die adäquate Behandlung der leichten depressiven Episode im Vordergrund. Er empfehle die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung mit psychopharmakologischen und psychotherapeutisch ausgerichteten Therapiestrategien. Er empfehle auch eine Modifikation der medikamentösen antidepressiven Therapie. Die Venlafaxin-Dosierung sollte unter regelmässiger Blutspiegelkontrolle wieder in einen normalen Dosierungsbereich gebracht werden. Eine Indikation für eine Weiterführung der EKT-Behandlung bestehe nur, wenn wirklich nichts anderes geholfen habe oder trotz guter Wirkung rasch Rückfälle auftreten würden (IV-act. 84 S. 26).

Der Beschwerdeführer nimmt ausweislich der Akten zwar medizinische Hilfe in Anspruch und ist insoweit kooperativ. Allerdings spricht sich der psychiatrische Sachverständige gleich wie der Neuropsychologe gegen die bisherige Therapie aus. Hinzu kommt, dass die Indikation der EKT-Behandlung äusserst zweifelhaft ist. Der Oberarzt des Zentrums L. _____ Dr. med. M. _____ erklärte, er führe als spezialisierter Dienstleister diese Behandlung im Auftrag des Versicherten und des zuweisenden Psychiaters Dr. J. _____ durch. Die wesentliche Beurteilung der Psychopathologie und Entwicklung obliege dem behandelnden Psychiater (IV-act. 127 S. 1 in fine). Dagegen sagte Dr. J. _____ aus, die Indikation der Fortführung der EKT-Behandlungen sei durch den durchführenden Arzt gestellt worden (IV-act. 141 S. 2). Von einer lege artis durchgeführten Behandlung kann somit nicht gesprochen werden, zumal nicht ausgeschlossen werden kann, dass die vom Beschwerdeführer teilweise geklagten Beeinträchtigungen von der Überdosierung herrühren. Demzufolge kann nicht von einer definitiv gescheiterten Therapie gesprochen werden.

5.2.2.3 Was den Eingliederungserfolg bzw. -resistenz anbelangt, so kann das Ergebnis der beruflichen Abklärung bei der E. _____ nicht zu Gunsten des Beschwerdeführers gewertet werden. Wie sich gezeigt hat, vermochte der neuropsychologische Sachverständige das vom Versicherten an den Tag gelegte Verhalten nicht zu erklären. Eine nochmalige Untersuchung ergab weiterhin nur minimale kognitive Beeinträchtigungen, welche sich indessen mit den Beobachtungen der zuständigen Personen der E. _____ nicht decken. Ferner bedarf es einer optimalen Kooperation, was vorliegend aber nicht vollends ersichtlich ist. Wie bereits dargetan, kam der

Beschwerdeführer oft zu spät, überzog oftmals Pausen oder führte ausufernde Gespräche und reagierte auch auf Hinweise nicht, was allerdings mehr eine Frage der Arbeitseinstellung ist als eine kognitive Beeinträchtigung.

5.2.2.4 Hinsichtlich Komorbiditäten ergibt sich nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers. Wenn überhaupt, so ist den minimalen kognitiven Beeinträchtigungen höchstens eine äusserst geringfügige ressourcenhemmende Wirkung beizumessen, da lediglich die Umstellfähigkeit und Flexibilität eingeschränkt sind (IV-act. 133 S. 12). Im Übrigen stellte Dr. C._____ bereits im Rahmen seiner ersten Begutachtung keine Komorbidität mit einer anderen psychischen Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer fest (IV-act. 25 S. 19). Neben der limitierenden leichten depressiven Störung besteht daneben keine anderweitige psychische Diagnose, da die Neurasthenie (ICD-10 F48.0) weggefallen ist. Infolgedessen kann nach wie vor von einer fehlenden relevanten Komorbidität ausgegangen werden.

5.2.2.5 Die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten ist nicht auffällig. Störungen der Persönlichkeit liegen keine vor. Der Gutachter konnte keine Anhaltspunkte für konkrete Befürchtungen, Zwänge, inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen feststellen. Der Beschwerdeführer war zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person vollständig orientiert. Einzig die Konzentrationsfähigkeit und die verbale Merkfähigkeit waren (höchstens) leicht reduziert (IV-act. 84 S. 15). Ferner hielt Dr. C._____ zu den persönlichen Ressourcen fest, beim Beschwerdeführer sei eine Selbstwirksamkeitserwartung vorhanden. Die Kontrollüberzeugung sei zwar eingeschränkt, aber nicht aufgehoben. Es lasse sich zudem eine Offenheit feststellen. Eine Achtsamkeit sei gegeben. Es bestehe zudem ein Gefühl von Hoffnung. Die aktuellen Lebensumstände ermöglichten der versicherten Person die Erfahrung des Geliebt- und Akzeptiertwerdens zu machen und er erfahre dabei auch Geborgenheit (IV-act. 84 S. 26).

5.2.2.6 Zum sozialen Kontext führte Dr. C._____ aus, dass beim Versicherten positive soziale Bindungen bestünden. Er sei in seinem Familiensystem gut eingebettet und erlebe dort Wertschätzung sowie Unterstützung. Von den Bezugspersonen erfahre er sowohl sehr viel praktische als auch emotionale Unterstützung (IV-act. 84 S. 26). Dies lässt auf positive Ressourcen schliessen.

5.2.2.7 Zur Konsistenz bemerkte Dr. C._____, dass die Beschwerdeschilderung seitens des Versicherten, die Schilderung seines Alltags und seiner Alltagsaktivitäten

sowie die aktuelle klinische Symptomatik zahlreiche Inkonsistenzen aufwiesen. So bekunde der Beschwerdeführer zum einen massive Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, die sich klinisch in diesem Ausmass überhaupt nicht bestätigen liessen. Der Sachverständige verwies hierzu auch auf die Feststellungen von lic. phil. D. _____, welcher ebenfalls nur minimale kognitive Funktionsbeeinträchtigungen erheben konnte. Weiter erstaune es sehr, dass der Versicherte angesichts der von ihm beklagten massiven kognitiven Defizite wie auch der von ihm bekundeten Antriebsarmut in der Lage sei, Auto zu fahren. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer trotz seiner als ausgeprägt geschilderten vielfältigen Symptome und Beschwerden in der Lage sei, Auto zu fahren, weise in Anbetracht der enormen motorischen und kognitiven Anforderungen auf erhebliche Ressourcen hin (IV-act. 84 S. 21 f.). Bereits dem ersten Gutachten vom 9. Mai 2011 ist zu entnehmen, dass beim Versicherten eine auffallende deutliche und ausgeprägte Selbstlimitierung vorliege. Er gehe nicht bis an seine Leistungsgrenzen, obwohl dies von physischer wie auch psychischer Seite her durchaus möglich wäre. Bemerkenswert seien vor allem die Unterlagen des Beschwerdeführers mit tabellarisch-graphischen Übersichten von Überlastungssymptomen. Neben der Tatsache, dass diese Tätigkeiten des Versicherten auf grosse Ressourcen aufmerksam machten, denn er sei in der Lage, qualitativ hochstehende und technisch komplexe graphische Darstellungen seiner Symptome zu erstellen, entstehe der Eindruck, dass er gewissermassen seine Krankenrolle als Hauptbeschäftigung ansehe (IV-act. 25 S. 18 f.). Ausweislich der Akten hat sich dies nach wie vor nicht geändert.

5.2.3 Insgesamt ist mit den Sachverständigen einig zu gehen, dass bei Gesamtwürdigung der Diagnosen, der Defizite und der Ressourcen des Versicherten trotz des depressiven Zustandsbildes eine berufliche Tätigkeit zumutbar ist. Insbesondere erscheint die attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % als einleuchtend und nachvollziehbar. Die anderslautende Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. J. _____ vermag daran nichts zu ändern. Er bescheinigt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund von mittelschweren kognitiven Beeinträchtigungen. Solche konnten indessen nach zweimaliger Begutachtung nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung stellt er denn auch selber nicht in Abrede oder zweifelt sie an. Der Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens wird dadurch jedenfalls keineswegs geschmälert.

5.3 Schliesslich moniert der Beschwerdeführer, eine psychiatrische Neubegutachtung dränge sich auch aufgrund des Anscheins der Befangenheit von Dr. C. _____ auf (act. 1 Ziff. 42 ff.). Dieser Vorwurf zielt ins Leere.

5.3.1 Vorliegend ist unbestritten, dass der genannte Gutachter von den IV-Stellen viele Aufträge erhält und damit in ausgedehnter Weise für Sozialversicherungsträger tätig ist. In Anbetracht der Tatsache aber, dass die Auswahl an zertifizierten Versicherungsgutachtern in der deutschsprachigen Schweiz wohl nicht allzu gross sein dürfte, überrascht es nicht, wenn immer wieder dieselben Gutachter von den Sozialversicherungsträgern beauftragt werden und damit auch eine gewisse wirtschaftliche Abhängigkeit zustande kommt bzw. besteht. Sodann versteht es sich von selbst, dass möglichst gute und erfahrene Gutachter für Fälle beigezogen werden, in welchen die entsprechenden Diagnosen und Einschätzungen umstritten sind. Deswegen aber von einer mangelnden Objektivität bzw. Befangenheit zu sprechen, geht nicht an, wie das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung immer wieder festgestellt hat. Unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit führen nach ständiger und weiterhin geltender Rechtsprechung jedenfalls weder der regelmässige Beizug eines Gutachters durch den Versicherungsträger noch die Anzahl der bei diesem Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen zum Ausstand (BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Das Bundesgericht anerkennt zwar, dass eine stark überproportionale Berücksichtigung einzelner Fachärzte im Rahmen von mono- und bidisziplinären Expertisen der Gutachtensakzeptanz abträglich ist. Um die Akzeptanz der von der IV-Stelle eingeholten Gutachten zu erhöhen, ist gemäss Bundesgericht eine ausgewogene Verteilung der Aufträge und die Transparenz über die Auftragsvergabe erwünscht (BGer 9C_57/2018 vom 30. August 2018 E. 4.2). Trotz dessen hält das Bundesgericht an seiner Praxis fest, wonach eine wiederholte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger keinen Befangenheitsgrund darstellt. Selbst dann nicht, wenn der betreffende Gutachter sein Einkommen vollständig durch Gutachtensaufträge der Invalidenversicherung erzielen sollte (BGer 9C_67/2007 vom 28. August 2007 E. 2.4). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die ein Abweichen von der soeben dargelegten, immer wieder bestätigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigen würden. Angesichts dessen ist ungeachtet der Tatsache, dass Dr. C. _____ von den IV-Stellen und insbesondere auch von der Beschwerdegegnerin viele Gutachtensaufträge erhält, ein Ausstandsgrund nicht gegeben.

Selbst ein Anstellungsverhältnis eines Arztes zum Versicherungsträger liesse alleine nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Auch den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen hat die Rechtsprechung stets Beweiswert zuerkannt, sofern keine auch nur geringen Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Wenn Dr. C. _____, wie sinngemäss geltend gemacht wird, sein Einkommen weitgehend durch Gutachtensaufträge der Invalidenversicherung erzielen sollte und insoweit eine wirtschaftliche Abhängigkeit bestünde, so mag dies gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung allenfalls im Rahmen der Beweismwürdigung zu berücksichtigen sein, indem bereits geringe Zweifel genügen könnten, um dem Gutachten von Dr. C. _____ den Beweiswert abzuspochen (vgl. BGer 8C_417/2019 vom 29. Oktober 2019 E. 4.2.2 mit Hinweis auf 8C_354/2016 vom 25. Oktober 2016 E. 5.2).

5.3.2 Des Weiteren geht auch die Rüge des Beschwerdeführers, Dr. C. _____ gehöre zu den restriktivsten und strengsten – bzw. gar einseitigsten – psychiatrischen Gutachtern und er sei dafür bekannt, stark unterdurchschnittlich, möglicherweise sogar nie eine rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, fehl. Zuerst einmal ist nämlich darauf hinzuweisen, dass Gutachtern grundsätzlich keine Fälle unterbreitet werden, in welchen eine versicherte Person offenkundig (vollständig) arbeitsunfähig ist, zumal dies bereits die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD erkennen und entsprechend verfügen würde. Bei Fällen, die einem Gutachter unterbreitet werden, dürfte es sich zum einen um solche handeln, bei welchen die Einschätzungen der behandelnden Ärzte von derjenigen des RAD abweichen, und zum anderen um solche, bei welchen die gesundheitlichen Probleme einer versicherten Person nicht objektiviert werden können, bei welchen aber dennoch – oder gerade deshalb – ein Gutachten zur definitiven Klärung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit eingeholt wird. Letztlich entbehrt es somit nicht einer gewissen Logik, dass in Gutachten nur selten hohe Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden. Dabei ist aber auch darauf hinzuweisen, dass den Versicherten eine Arbeitsfähigkeit regelmässig nur für leidensangepasste Tätigkeiten attestiert wird. Weiter ist festzuhalten, dass es bei – für die versicherte Person – positiven Gutachten grundsätzlich nicht zum Rechtsstreit kommt. Es kann offenkundig nicht der Schluss gezogen werden, dass es überhaupt keine – für die versicherte Person – positiven Gutachten gibt.

5.3.3 Aus den soeben dargelegten Gründen ist schliesslich auch der Antrag des Beschwerdeführers, wonach die Gutachten bzw. eine Übersicht über die attestierten

Arbeitsunfähigkeiten und Diagnosen von Dr. C. _____ zu edieren seien, abzuweisen. Es wird nicht bestritten, dass für die versicherte Person ein gewisses Interesse daran besteht, zu wissen, ob ein gewisser Gutachter eher restriktiv oder eher grosszügig die Arbeitsfähigkeit festlegt. Der Beschwerdeführer übersieht jedoch, dass nicht allein aufgrund von statistischen Erhebungen auf die Befangenheit eines Gutachters geschlossen werden kann. Wie das Bundesgericht dargelegt hat, ist es zwar nicht völlig ausgeschlossen, dass der (Anscheins-)Beweis einer systematischen Voreingenommenheit eines Experten mittels verlässlicher Statistiken über die Gutachtenstätigkeit geführt werden kann. Da jedoch die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall nicht mathematisch exakt vorgenommen werden kann, sondern Ermessenselemente enthält, wäre bei einer Auswertung der Häufigkeitsverteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeiten mit einem gewissen Streubereich zu rechnen; aussagekräftig könnten daher im Vornherein nur starke Abweichungen sein. Wäre nun aber erstellt, dass diese Häufigkeitsverteilung hoch signifikant von den Resultaten anderer Gutachtenspersonen abweicht, so würde dies Fragen aufwerfen. Auch beim Nachweis einer starken Abweichung könnte allerdings gemäss Bundesgericht nicht direkt auf eine Befangenheit der an der Erstellung der Gutachten beteiligten Fachpersonen geschlossen werden; vielmehr müsste zunächst noch überprüft werden, ob die Abweichung nicht durch andere Faktoren besser erklärbar wäre (BGer 8C_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 6.5).

5.3.4 Angesichts des soeben Ausgeführten ist somit nicht ersichtlich, inwiefern mit Angaben betreffend attestierte Arbeitsunfähigkeiten und Diagnosen Rückschlüsse auf die Befangenheit eines Gutachters gezogen werden könnten. Es würde jedenfalls für den vorliegenden Fall keinen relevanten Erkenntnisgewinn bedeuten, wenn bekannt wäre, welche Arbeitsunfähigkeiten der vorgesehene Gutachter für die Beschwerdegegnerin attestiert hat. Diese Zahlen sind für die vorliegend streitigen Belange schliesslich bereits deshalb uninteressant, weil nicht bekannt ist, welche Werte bei einem anderen, aus der Sicht des Beschwerdeführers neutralen Gutachters zu erwarten wären. Ohne Vergleichsdaten sind die Daten eines einzelnen Gutachters nutzlos (vgl. BGer 8C_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 6.6). Somit erübrigen sich Weiterungen hierzu.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. C. _____ und lic. phil. D. _____ vom 31. März 2016 sowie auf die Verlaufsbegutachtung des Neuropsychologen vom 30. Januar 2018 nach wie vor abgestellt werden kann. Eine erneute Untersuchung durch den psychiatrischen Experten war nicht angezeigt. Infolgedessen hat die IV-Stelle zu Recht einen Rentenanspruch des

Versicherten verneint. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

7. Nachdem dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Januar 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, Rechtsanwältin B._____, 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. 2'900.– (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. 2'900.– (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 des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 3 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 22. Februar 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am