



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
Dr. iur. Matthias Suter und Ersatzrichterin lic. iur. Judith Fischer
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

U R T E I L vom 8. September 2023 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
vertreten durch RA lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2021 138

A. Der Versicherte, A. _____, beantragte im Februar 2008 mit Hinweis auf ein Burn-Out und Narkolepsie erstmals IV-Leistungen (IV-act. 3). In der Folge liess die IV-Stelle Zug den Versicherten psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 9. März 2009, IV-act. 35). Gestützt auf das Gutachten verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (Verfügung vom 27. November 2009, IV-act. 43); das Verwaltungsgericht wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 25. Juni 2010 ab (Urteil VG ZG S 2009 190, IV-act. 49). Am 24. Januar 2018 beantragte der Versicherte mit Hinweis auf muskuläre Einschränkungen, Schmerzen, Fibromyalgie und Schlafapnoe erneut Leistungen der Invalidenversicherung (IV-act. 59). In der Folge tätigte die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen; im Rahmen des Vorbescheidverfahrens liess sie den Versicherten neuropsychologisch begutachten (Gutachten vom 1. Oktober 2020, IV-act. 116). Mit Verfügung vom 9. September 2021 verneinte sie einen Rentenanspruch des Versicherten (BF-act. 2).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 7. Oktober 2021 verlangt der Beschwerdeführer namentlich die Aufhebung der Verfügung vom 9. September 2021 und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab Juli 2018 (act. 1). Den von ihm verlangten Kostenvorschuss von Fr. 800.– beglich er fristgerecht (act. 2 f.).

C. Die IV-Stelle Zug beantragt mit Vernehmlassung vom 4. November 2021 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

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: 9. September 2021) 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).

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil

des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] 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. Die Verfügung datiert vom 9. September 2021. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 7. Oktober 2021 der Schweizerischen Post übergeben, womit die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG als gewahrt gilt. 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. Verneint sie dies, 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. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2; 130 V 343 E. 3.5; 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1; 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (BGer 8C_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; BGer 8C_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen).

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. 3.2; 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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 8C_119/2012 vom 30. März 2012 E. 4 und 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.1). Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (statt vieler: BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 122 V 157 E. 1d S. 162; BGer 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.3).

3.5 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder

dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Als Experte im Sinne von Art. 44 ATSG ist derjenige zu verstehen, der (als beauftragtes Subjekt) ein Gutachten erstellt und dafür verantwortlich zeichnet. Es handelt sich zum einen um das mit der Begutachtung beauftragte Subjekt und zum anderen die natürliche Person, die das Gutachten erarbeitet. Als Auftraggeber hat der Versicherungsträger Anspruch darauf, dass die Begutachtung durch die beauftragte Person durchgeführt wird. Die Substitution oder Weitergabe (selbst eines Teils) des Auftrags an einen anderen Sachverständigen setzt grundsätzlich die Einwilligung des Auftraggebers voraus. Die persönliche Leistungspflicht des Beauftragten schliesst jedoch nicht aus, dass der Experte die Unterstützung einer Hilfsperson in Anspruch nimmt, die unter seiner Anleitung und Aufsicht handelt, um gewisse untergeordnete Hilfsarbeiten auszuführen, zum Beispiel technische Aufgaben (Analysen) oder Recherchier-, Schreib-, Kopier- oder Kontrollarbeiten. Eine solche durch einen qualifizierten Dritten vorgenommene Unterstützung für untergeordnete Hilfsarbeiten ist zulässig, ohne dass darin eine zustimmungsbedürftige Substitution zu sehen ist, solange die Verantwortung für die Expertise, insbesondere die Begründung und die Schlussfolgerungen sowie die Beantwortung der Gutachterfragen, in den Händen des beauftragten Experten bleiben. Es ist wichtig, dass der beauftragte Gutachter die grundlegenden Aufgaben im Rahmen einer medizinischen Expertise im Sozialversicherungsrecht persönlich erfüllt, da er genau aufgrund seines Fachwissens, seiner besonderen wissenschaftlichen Fähigkeiten und seiner Unabhängigkeit beauftragt wurde. Zu diesen Aufgaben, die nicht delegiert werden können, gehören insbesondere die Kenntnisnahme vom Dossier in seiner Gesamtheit und dessen kritische Analyse, die Untersuchung der zu begutachtenden Person oder die Gedankenarbeit hinsichtlich der Beurteilung des Falles und der Schlussfolgerungen, die gezogen werden können, wenn nötig im Rahmen einer interdisziplinären Diskussion. Im Zusammenhang mit Art. 44 ATSG resultiert aus dem Gesagten, dass die Verpflichtung, den Namen der mit der Begutachtung beauftragten Mediziner im Voraus zu kommunizieren, respektive das Recht des Versicherten, diesen Namen zu kennen, diejenige Person betrifft, die durch die Invalidenversicherung mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt wurde. Diese Verpflichtung erstreckt sich nicht auf den Namen von Dritten, die den Experten mit Hilfsarbeiten unterstützen (vgl. zum Ganzen: BGE 146 V 9 E. 4.2.1 ff. mit Hinweisen).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die neuerliche Ablehnung eines Rentenanspruchs zusammengefasst damit, dass ausgehend von den medizinischen Akten und den Stellungnahmen des RAD aus versicherungsmedizinischer Sicht gegenüber dem Zeitpunkt der ersten Verfügung (27. November 2009) keine wesentliche und dauerhafte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (BF-act. 2 S. 4).

4.2 Der Beschwerdeführer macht dagegen eine wesentliche Verschlechterung des (somatischen und psychosomatischen) Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 27. November 2009 geltend (act. 1 Ziff. 29 ff.). Ausserdem verneint er die Verwertbarkeit des im Verwaltungsverfahren eingeholten neuropsychologischen Gutachtens; dieses sei durch eine nicht adäquat ausgebildete Person erstellt worden, welche ihm nicht vorgängig mitgeteilt worden sei. Daneben bemängelt er eine mangelhafte Durchführung der Tests (act. 1 Ziff. 43 ff.). Schliesslich sieht er sein Akteneinsichtsrecht verletzt, da ihm die Verwaltung die Feststellungsblätter nicht herausgegeben habe (act. 1 Ziff. 71 ff.).

5. Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 9. September 2021.

6.

6.1 Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. Juni 2010 wurde die rentenanspruchsverneinende Verfügung vom 27. November 2009 bestätigt. Darin wurde ausgeführt, die Schmerzproblematik (Finger-/Hand- und Fuss-/Zehengelenke) des Beschwerdeführers sei unbestrittenermassen nicht objektivierbar und stehe gemäss übereinstimmender ärztlicher Ansicht auch nicht im Vordergrund, sondern sei klar der psychiatrischen Seite zuzuordnen; die IV-Stelle Zug habe den Beschwerdeführer zu Recht nur noch psychiatrisch abklären lassen. Das entsprechende Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sei beweiskräftig und es sei darauf abzustellen (IV-act. 49/15 ff.).

Im Gutachten vom 9. März 2009 kam Dr. C. _____ zu folgender Diagnosestellung: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) – anamnestic multiple Beschwerden wie Müdigkeit, Leistungsschwäche, Muskelschmerzen, Schwindelgefühle, Konzentrationsstörungen, etc. – initial Beginn im Rahmen eines Burn-out-Syndroms (ICD-10 Z73.0) (bestehend seit 2005) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1) aktuell gering, bis höchstens mittelgradig ausgeprägt (beste-

hend seit 2006). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) (Symptomatik habe im Jahr 2007 bestanden). Die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne er indes bei den weiteren Diagnosen wie der Coxarthrose, rechts mehr als links, des Status nach Appendektomie sowie des anamnestischen Asthma bronchiale nicht beurteilen. Bei der Beurteilung und Prognose gelangte Dr. C. _____ zum Ergebnis, dass der Explorand lernen müsse, seine dysfunktionalen Überzeugungs- und Verhaltensmuster zu überwinden und zu neuen Erfahrungen zu kommen. Er empfehle aus psychiatrischer Sicht die Weiterführung der bisher gut etablierten Arbeitstätigkeit als therapeutische Massnahme. Menschen, die keiner Arbeit nachgingen, bekämen kaum Anerkennung und Wertschätzung, was schliesslich das Gefühl des Nichtmehrgebrauchtwerdens verstärken würde. Dies solle beim Exploranden vermieden werden. Bei Durchführung der für den Exploranden zumutbaren therapeutischen Massnahmen könne mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Insgesamt bestehe beim Exploranden aus psychiatrischer Sicht aktuell durch die Neurasthenie und durch die Agoraphobie mit Panikstörung eine höchstens mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auf Grund der kognitiven Einschränkungen ergebe sich beim Exploranden eine erhöhte Fehleranfälligkeit im Arbeitsprozess, vor allem bei Hektik und bei grossem zeitlichem Druck. Der Explorand weise einen erhöhten Pausenbedarf auf. Bei Stress könne es bei ihm zu einer Reduktion des Arbeitstempos und auch zu Blockierungen im Arbeitsprozess kommen. Der Explorand sei durch die von ihm als invalidisierend erlebte Schmerzproblematik beeinträchtigt, wobei ihm die notwendige Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen aus psychiatrischer Sicht in jedem Fall zugemutet werden könne. Die bisherige Tätigkeit sei dem Exploranden im Rahmen von sieben Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von höchstens 25 %. Seit 2006 sei der Grad der Arbeitsfähigkeit wechselnd gewesen. Aus seiner Sicht stehe eine adäquate Behandlung der Neurasthenie und der Agoraphobie mit Panikstörung im Vordergrund. Eine ambulante psychiatrische Behandlung mit psychopharmakologischen und kognitiv-behavioralen Therapiestrategien sei zu empfehlen. Es seien dem Exploranden im gleichen Masse auch andere Tätigkeiten zumutbar. Sofern eine Reintegration in einen Arbeitsprozess vorgenommen werde, so seien folgende Aspekte eines Arbeitsplatzes zu berücksichtigen: Vermeidung von Arbeitssituationen in Bezug auf sehr enge Räumlichkeiten oder Arbeiten in Menschenansammlungen; gute Einführung in Arbeitsprozesse sowie gute Arbeitsanleitung; regelmässige Arbeitszeiten; Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzten, wobei Lob, Anerkennung aber auch konstruktive Kritik vermittelt werden sollten; Schaffung von Möglichkeiten für den Ex-

ploranden, am Arbeitsplatz eigene kognitive Kontrollüberzeugungen, ein Kohärenzerleben, Optimismus, die eigene Kontaktfähigkeit sowie ein Erleben von Selbstwirksamkeit auf- und auszubauen; Schaffung einer Zeitelastizität sowie einer zeitlichen Regulierbarkeit der Arbeitstätigkeit des Exploranden, z.B. im Sinne des Schaffens von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten (IV-act. 35).

6.2 Im Zusammenhang mit der Neuanmeldung vom Januar 2018 und dem späteren Vorbescheidverfahren liegen im Wesentlichen die folgenden (medizinischen) Berichte vor:

6.2.1 Vom 21. Juli bis 10. August 2015 absolvierte der Beschwerdeführer eine stationäre muskuloskeletale Reha in der D. _____. Die Klinik-Ärzte diagnostizierten ein chronisches Fibromyalgiesyndrom (ED 2007) mit ansatztendinotischen Schmerzen der Extremitäten und paravertebral mit schubförmigen Myo- und Arthralgien. Als Nebendiagnosen wurden Zustand nach HWS-Distorsionstrauma nach Autounfall 1996, Fingerpolyarthrosen, degeneratives Panvertebralsyndrom mit Coxarthrosen beidseits, chronische Depression mit Panikattacken und Somatisierung bei Zustand nach langfristiger SSRI-Therapie und psychiatrischer Behandlung und Zustand nach wiederholten Erschöpfungszuständen und obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ED 2009 mit vorübergehender CPAP-Therapie) angegeben. In der klinischen Austrittsuntersuchung hätten sich zahlreiche Fortschritte und Verbesserungen gezeigt. Der Patient habe sein Körpergewicht auf 90 kg reduzieren können. Der toracolumbale Hartspann im Bereich der Wirbelsäule sei nicht mehr vorhanden. Die minimalen Abstände AC-Gelenke zu Kinn seien kleiner geworden, rechts 8 cm, links 13 cm. Die Seitenneigung der HWS sei weniger eingeschränkt, links überhaupt nicht mehr und rechts noch zu 1/3. Ebenso seien die Rotationen in der HWS weniger eingeschränkt, links 1/3 und rechts überhaupt nicht mehr. Die Seitenneigungen in der Wirbelsäule seien nun vollständig möglich. Insbesondere sei hervorzuheben, dass nun auch der Fersengang problemlos vorführbar sei. Auch neurologisch hätten sich deutliche Verbesserungen gezeigt. Die Kraft in den Segmenten L4 bis S1 sei deutlich verbessert. Einzig im Segment L3 (Hüftbeugung) sei die Kraft weiterhin leicht reduziert. Insgesamt sei der Patient bei Austritt zufrieden mit den erreichten Therapieergebnissen und könne mit einem verbesserten Allgemein- und Lokalbefinden entlassen werden. Schliesslich empfahlen die Ärzte die Fortführung der Physiotherapie im ambulanten Setting sowie das regelmässige Ausführen des erlernten Heimprogramms mit funktionellen Bewegungsübungen und Rumpfkraftigungsübungen. Um auch in Zukunft die erworbenen muskuloskelettalen und neurologischen Fortschritte beizubehalten und idealerweise weiter auszubauen, werde empfohlen, die statio-

näre Reha mindestens einmal jährlich zu wiederholen (Bericht vom 7. August 2015, IV-act. 61/3 ff.).

6.2.2 Im Bericht vom 27. September 2016 gab Physiotherapeut E. _____ an, der Patient sei im März 2016 bei starken chronischen Verspannungen und Schmerzen um die ganze Wirbelsäule und ausstrahlend bis in die Finger in die Therapie gekommen. Vom Beginn der Therapie bis jetzt seien die Schmerzen etwas weniger geworden und die Basisbelastbarkeit habe sich verbessert. Jedoch würden immer wieder Schmerzen eintreten, wenn die Belastung auf der Arbeit oder im Alltag zu hoch sei. Als therapeutische Massnahme wurde eine aktive Trainingstherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit und Haltung, kombiniert mit manueller Lockerung der Muskulatur angegeben. Das Ziel wäre es, die aktive Therapie mit Medizinische Trainings Therapie (MTT) zu kombinieren, um den Patienten strukturell mit dem Training begleiten zu können (IV-act. 61/2).

6.2.3 Professor Dr. med. F. _____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Plausibilisierungsabklärung vom 26. Januar 2017 zuhanden des Krankentaggeld-Versicherers beurteilend aus, die diversen Aspekte der Beschwerden des Patienten könnten zweifellos durch die nicht behandelte Schlafapnoe erklärt werden. Da der Patient die CPAP-Maske wegen Angststörung nicht toleriere, was durchaus authentisch töne, könnte eine Therapie mit der nasalen Kanüle versucht werden. Darüber hinaus bestehe offensichtlich bei einer bereits in der Jugendzeit sich angedeuteten Ängstlichkeit eine Angststörung im Sinne von Panikattacken mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01). Anamnestisch hätten auch depressive Phasen bestanden, wobei depressive Störungen oft komorbid mit den Angststörungen vorkämen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung könne keine depressive Stimmung nachgewiesen werden. Es bestehe darüber hinaus eine grosse Anzahl von somatischen Beschwerden. Diese könnten zumindest teilweise (allerdings nicht in vollem Umfang – offenbar seien auch strukturelle Pathologien am Bewegungsapparat objektiviert) als Ausdruck einer Somatisierung im Zusammenhang mit der offensichtlichen affektiven Problematik interpretiert werden. Ein Teil der Beschwerden (zumal muskuläre Verspannungen, der angegebene Hypertonus, insbesondere unter dem Einfluss der kalten Temperaturen) imponierten als neuromuskuläre Beschwerden und sollten allenfalls neurologisch abgeklärt werden. Die Abklärung sollte insbesondere im Hinblick auf eine negative Rückkopplung zwischen somatischen und psychischen Beschwerden erfolgen, welche aufgrund der Anamnese seit längerer Zeit vermutet werden dürfe. Zum aktuellen Zeitpunkt präsentiere sich der Patient nicht in einem psychopathologisch auffälligen Zustand, wobei bei Angststörungen (welche im Vordergrund des psychiatrischen Krankheitsbildes stän-

den) eine relevante Psychopathologie nicht kontinuierlich nachgewiesen werden müsse. Wenn man die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich vor dem Hintergrund des aktuellen psychopathologischen Befundes beurteilen würde, müsste diese relativ hoch beurteilt werden. Gehe man jedoch davon aus, dass es sich um eine chronifizierte Störung handle und Angst bzw. affektive Störungen insgesamt unter Belastungen eskalieren könnten, dann dürfe (rein psychiatrisch) von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen und in einer anderen Tätigkeit) ausgegangen werden. Inwiefern die somatischen Beschwerden zusätzlich die Arbeitsleistung beeinträchtigten, werde hier nicht diskutiert. Dabei müsse hervorgehoben werden, dass insbesondere eine nicht behandelte Schlafapnoe die wesentlichen Funktionen beeinträchtigen könne, was zu einer relevant höheren Arbeitsunfähigkeit führen könne. Wegen dieser Störung empfehle sich eine CPAP-Maske. Deren mangelnde Akzeptanz wegen Agoraphobie leuchte ein. Doch sei diese mit einer gezielten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung therapierbar, was auch wegen anderer potenziell negativer Folgen der Schlafapnoe dringend zu empfehlen sei. Als (Arbeits-) Diagnose gab Dr. F. _____ Folgendes an: Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.01); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert (ICD-10 F33.4); darüber hinaus (nicht psychiatrisch) Verdacht auf schwere Schlafapnoe-Syndrom (dringend behandlungsbedürftig); Verdacht auf Refluxkrankheit. Zur Therapie und zum Prozedere gab er an, die medikamentöse Behandlung schein adäquat. Immerhin habe mit dieser eine weitgehende Remission der (aktenkundigen) rezidivierenden depressiven Störung erreicht werden können. Inwiefern eine spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung durchgeführt worden sei, könne anhand der Dokumentation nicht beurteilt werden. Allerdings würden vom Patienten keine Elemente einer solchen Therapie angegeben. Wenn eine solche Therapie nicht durchgeführt wurde, sollte diese versucht werden. Dringend angezeigt sei eine Behandlung der Schlafapnoe, wobei auch diesbezüglich eine spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung versucht werden sollte. Eine Prognose könne in Unkenntnis der tatsächlich durchgeführten Behandlung nicht gemacht werden, wobei die Prognose von affektiven Störungen (Angst und depressive Störung) bei einer spezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung grundsätzlich positiv sei, zumal in Kombination mit Medikation (IV-act. 69/113 ff.).

6.2.4 Dem Bericht des Pneumologen Dr. med. G. _____ vom 11. Mai 2017 ist zu entnehmen, dass die aktuelle Polygraphie eine Zunahme der obstruktiven Ereignisse mit einem AHI von 70/h zeige. Der Patient sei motiviert, die CPAP-Therapie nochmals zu versuchen (IV-act. 94/8 f.).

6.2.5 Am 19. Juni 2017 habe der Patient berichtet, die CPAP-Therapie habe initial Mühe bereitet, mittlerweile habe er sich aber daran gewöhnt. Er müsse aber abends eine halbe Tablette Dormicum zum Schlafen nehmen. Er merke, dass er tagsüber deutlich weniger müde sei. Im Gerätedownload habe sich eine Nutzung an 70 % der Nächte mit einer durchschnittlichen nächtlichen Nutzung von vier Stunden gezeigt. Der geräteseitig gemessene Rest-AHI betrage vier Stunden. Somit scheine die Therapie gut eingestellt zu sein, werde auch relativ konsequent genutzt (Bericht von Dr. G. _____ vom 20. Juni 2017, IV-act. 94/6 f.).

6.2.6 Nach Durchführung eines MRI anlässlich einer Erstkonsultation Anfang August 2017 bei Verdacht auf idiopathischen Gesichtsschmerz rechts hielt Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, im Bericht vom 23. August 2017 fest, dass keine nachweisbare Pathologie gefunden worden sei, welche die klinische Symptomatik erkläre (IV-act. 98/1 ff.).

6.2.7 Im Bericht vom 6. Dezember 2017 gab Dr. G. _____ an, der Patient berichte von Problemen mit der CPAP-Therapie. Im Gerätedownload zeige sich eine Nutzung an praktisch 100 % der Nächte mit einer durchschnittlichen Nutzung von 4,5 Stunden. Der geräteseitig gemessene Rest-AHI betrage drei Stunden. Die Therapie scheine gut eingestellt zu sein und werde zwar regelmässig benutzt, jedoch pro Nacht etwas zu knapp. Er habe dem Patienten empfohlen, den Befeuchter etwas hoch zu stellen. Zudem sei sicher eine HNO-Standortbestimmung indiziert, da auch ein upper Airway cough Syndrom vorhanden sein könne. Das Pulmicort solle er für 2–4 Wochen einnehmen; falls der Husten dann nicht verschwinden sollte, könne er sich gerne wieder melden. Ansonsten sei eine reguläre Verlaufskontrolle der CPAP-Therapie in 12 Monaten geplant (IV-act. 94/4 f.).

6.2.8 Doktor med. I. _____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, gab im Bericht vom 13. Dezember 2017 folgenden Diagnosen an:

- teilweise erosive Heberden-Arthrosen
 - DD Psoriasisarthropathie
- Fibromyalgiesyndrom
- Polyarthralgien der Hände und Füsse und plantare Fersenschmerzen beidseits
 - DD Psoriasisarthropathie
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom
- Coxarthrosen beidseits linksbetont

- Chronische Depression mit Panikattacken/Somatisierung
- Chronisches obstruktives Schlafapnoesyndrom
- Idiopathische Gesichtsschmerzen rechts
- Hypertonie

In der Anamnese wurde ausgeführt, seit ca. 15 Jahren beständen skelettale und artikuläre Beschwerden, vor allem Gelenkschmerzen im Bereich der Hände und Füsse und lumbale und cervikale Rückenschmerzen, mit im Verlauf subjektiv zunehmenden Bewegungseinschränkungen mit Blockaden in den betroffenen Gelenken und am Rücken. 2007 sei in Leukerbad ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden, 2008 Polyarthrosen. Subjektiv bestehe eine zunehmende Funktionseinschränkung im Bereich der Hände mit Schmerzen beim Faustschluss und Kraftverlust, Morgensteifigkeit bis 15 Minuten in den Händen, mit Besserung durch Wärme. Daneben auch Bewegungsschmerzen in den Schultergelenken rechts mehr als links, mit Einschränkung im Schürzengriff. Beurteilend gab Dr. I. _____ an, zu einem Fibromyalgiesyndrom passend beständen chronische multifokale Polyarthralgien der Hände und Füsse, mit Myalgien und multifokalen Ansatz-tendinopathien, mit mässiger Bewegungseinschränkung am Achsenskelett lumbal und cervical bei radiologisch nachweisbaren, teilweise erosiven Heberden-Arthrosen sowie Coxarthrosen beidseits und weiteren klinischen muskulären Beschwerden. Wegen teilweise erosiver/produktiver Veränderung im DIP-Gelenk III rechts sowie auffälligen Verknöcherungen im Bereich des Längsbandes lumbal, bei erhaltenen Bandscheibenzwischenräumen, Veränderungen, welche an Syndesmophyten/Parasyndesmophyten erinnerten, wäre differenzialdiagnostisch noch eine Psoriasisarthropathie in Betracht zu ziehen. Da das ISG in der konventionellen Beckenröntgenaufnahme nicht konklusiv beurteilbar sei, habe er noch eine MRT-Untersuchung veranlasst. Am Integument finde man keine sicheren Hinweise für eine Psoriasis. Therapeutisch könnte man noch eine Antiarthrosebehandlung mit Chondroprotektiva versuchen, daneben Weiterführung einer regelmässigen mobilisierenden und stabilisierenden Gymnastik sowie regelmässige Fingergymnastikübungen mit einem Schaumstoffball (IV-act. 60/5 ff.).

6.2.9 Bezugnehmend auf den Bericht vom 13. Dezember 2017 gab Dr. I. _____ im Bericht vom 10. Januar 2018 folgenden Diagnosen an:

- teilweise erosive Heberden-Arthrosen
- Fibromyalgiesyndrom
- Polyarthralgien der Hände und Füsse und plantare Fersenschmerzen beidseits
 - DD Psoriasisarthropathie

- Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei
 - Chondrose und Diskusprotrusion L4/5, kleine mediane Diskushernie L5/S1
- Coxarthrosen beidseits linksbetont
- Chronische Depression mit Panikattacken/Somatisierung
- Chronisches obstruktives Schlafapnoesyndrom
- Idiopathische Gesichtsschmerzen rechts
- Hypertonie
- Plantarer Fersensporn beidseits

Die MRI-Untersuchung habe lediglich degenerative Veränderungen und Diskusprotrusionen gezeigt, aber keine Hinweise für eine Spondyloarthropathie oder ISG-Arthritis. Unter der eingeleiteten Behandlung mit Vimovo sei es zwischenzeitlich zu einer 30-40%igen Schmerzlinderung gekommen, vor allem weniger Kreuzschmerzen und weniger Schmerzen in den Füßen. Der Patient werde diese Behandlung weiterführen; evtl. könne man die Dosis auf eine Tablette täglich reduzieren. Daneben seien weiterhin regelmässige und stabilisierende Gymnastikübungen indiziert (IV-act. 60/2 f.).

6.2.10 Doktor med. J. _____, Innere Medizin FMH, bestätigte dem Beschwerdeführer mit Zeugnis vom 15. Januar 2018, dass sich sein Gesundheitszustand, insbesondere im muskuloskelettalen Bereich, in den letzten Jahren (seit 2008) verschlechtert habe (IV-act. 60/1).

6.2.11 Doktor med. K. _____, Facharzt Psychiatrie FMH, gab im Arzzeugnis vom 27. Januar 2018 an, der Patient sei seit 2009 in unregelmässigen Abständen bei ihm in psychiatrischer Behandlung. Während den letzten zwei Jahren habe er zusehen können, wie es dem Patienten somatisch und psychisch immer schlechter gegangen sei. Trotz intensiver schulmedizinischer und paramedizinischer Therapien habe das Zustandsbild nicht verbessert werden können. Objektiv sichtbar seien bei jeder Sitzung die zunehmend geschwollenen und geröteten Finger und Fussgelenke und der einschränkte Gang. Beim Händegeben jucke er vor Schmerz kurz zusammen und berichte, dass er durch die Gelenkbeschwerden sowohl im privaten Bereich (Haushalt machen, sportliche Betätigung) wie auch im beruflichen (am Computer schreiben, schwerere Sachen tragen) immer mehr Einschränkungen in Kauf nehmen müsse. Dazu komme aufgrund des schweren Apnoe-Syndroms eine wiederkehrende Tagesmüdigkeit mit Verminderung des Aufnahmevermögens, des Gedächtnisses, der Konzentration, und es kämen neu auch Versprecher oder Wortfindungsstörungen bei der Kundenberatung hinzu. Das nächtliche Tragen der CPAP-

Maske sei fast unmöglich, da der Patient trotz intensiver Verhaltenstherapie bei der Atemtherapeutin immer wieder in Panik gerate, nicht schlafen könne oder die Maske im Schlaf wegreise. Alle diese somatischen Beeinträchtigungen hätten zu einem therapieresistenten chronischen psychophysischen Erschöpfungszustand mit Mangel an Freude, Interesse, Motivation, Lust und Energie geführt, starker innerer Anspannung und Nervosität mit Stressintoleranz und folglich zu einer Verminderung der Leistung am Arbeitsplatz. Ein weiterer Punkt, der die Befindlichkeit stark beeinträchtigt, sei der sich mehrende Tinnitus. Medikamentös sei vieles ausprobiert worden, ohne jedoch eine erfolgreiche Verbesserung erzielen zu können (IV-act. 61/1).

6.2.12 RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, fasste in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2018 die Neuakten zusammen und kam zum Schluss, dass diesen im Wesentlichen dieselben bzw. ähnliche Beschwerden/Symptome wie zum Zeitpunkt der letzten Verfügung entnommen werden könnten. Vordergründig beklage der Versicherte Schmerzen v.a. im Bereich der Hände und Füße beidseits sowie lumbale und zervikale Rückenschmerzen mit subjektiv im Verlauf zunehmenden Bewegungseinschränkungen. Schmerzassoziiert werde auch über Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme berichtet und diese zudem mit der Schlaf-Apnoe-Problematik begründet. Über die fachärztlich rheumatologisch erhobenen hinausgehende Befunde liessen sich den Berichten indes nicht entnehmen. Eine zwischenzeitlich wieder erfolgte Gewichtszunahme erkläre einen der Teil der vom Versicherten beklagten Symptomatik und begünstige insbesondere die an sich behandelbare Schlaf-Apnoe-Symptomatik. Die unstrittigen degenerativen Veränderungen tieflumbal, im Bereich der Hüftgelenke und der Fingergelenke bedingten eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass dem Versicherten körperlich schwere und überwiegend mittelschwere ebenso wie überwiegend gehend/stehende Tätigkeiten nicht zumutbar seien. Bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Versicherungsberater ergebe sich hieraus indes keine über die bisherige hinausgehende Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit; dies nicht zuletzt auch unter Berücksichtigung, dass zwischenzeitlich unter der eingeleiteten Analgetika-Behandlung eine 30-40%ige Schmerzreduktion eingetreten sei. Auf psychiatrischem Fachgebiet werde behandlerseitig mit subjektiven Angaben bzw. Äusserungen argumentiert, ohne dass ein detaillierter psychopathologischer Befund und eine ICD-10-gestützte Diagnose gestellt werde. Die bereits früher beklagten multiplen Beschwerden im Sinne von Müdigkeit, Leistungsschwäche, Muskelschmerzen, Konzentrationsstörungen, etc. seien im gleichen Kontext der Neurasthenie zu erklären, wie dies bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C. _____ der Fall gewesen sei. Dass

die degenerativen Veränderungen (distale LWS, Hüftgelenke, Fingerend-Gelenke) zwischenzeitlich progredient waren, werde nicht bestritten, während hiervon jedoch bezogen auf die zuletzt ausgeübte, körperlich leichte und potenziell wechselbelastende Tätigkeit keine über die bisherige hinausgehende Einschränkung zu erwarten sei (IV-act. 62).

6.2.13 Doktor K. _____ gab im Fragebogen vom 19. April 2018 an, der Patient sei bei ihm seit 2009 in psychiatrischer Behandlung; erste Anzeichen der somatischen und psychischen Störung (rezidivierendes angstdepressives Zustandsbild mit Mangel an Freude, Lust, Energie, Interesse und Motivation, innerer Unruhe und Anspannung, Konzentrationsstörungen mit vermindertem Aufnahmevermögen, Grübeln und Sorgedenken, Schlafstörungen, Muskelverkrampfungen, Herzklopfen und zurzeit starker Tinnitus; dazu extreme Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit, auf viele Jahre bestehendes Apnoe-Syndrom zurückzuführen) beständen seit ca. 2006. Die CPAP-Maske trage er nachts maximal zwei Stunden, aus panischer Angst vor Ersticken reisse er diese automatisch wieder herunter. Als Hauptursache für die rezidivierenden depressiven Verstimmungen seien aktuell v.a. die polyarthrotischen Veränderungen der Finger und das degenerative Panvertebralsyndrom mit Coxarthrosen beidseits zu betrachten. Die Schmerzschübe und Schwellungen an den Fingergelenken und den unteren Extremitäten würden den Patienten sowohl beim Arbeiten am Computer wie auch in den alltäglichen Aufgaben sehr behindern. Die Einschränkungen seien zeitweise schon bei einfachen Handhabungen zu sehen wie z.B. Mühe, eine Flasche zu öffnen, oder sich den Hintern zu putzen. Er habe z.T. extreme Beschwerden beim Gehen und könne zeitweise den Kopf kaum mehr drehen. Einschränkend seien in der Folge starke Muskelverspannungen im Hals-Nackengebiet, die je nach Schmerzen zunähmen. Der Patient sei wegen dieser Symptomatik mehr oder weniger immer in Therapie (Atem-, Massage- und Physiotherapie). Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei wie folgt: Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 5. April 2016 bis auf weiteres; Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 1. September 2016 bis 4. April 2016 [recte wohl: 2018]. Zum Befund führte Dr. K. _____ Folgendes aus: Konzentration und Aufmerksamkeit leicht vermindert; Gedächtnisleistungen unauffällig: keine Anzeichen für Wahrnehmungs- oder Denkstörungen; Gefühlsstimmung bedrückt, Mangel an Freude, Motivation und Antrieb. Häufig negatives Gedankenreisen, aktuell verstärkt durch Kündigung. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Arzt ein Schlafapnoe-Syndrom, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), Panikattacken (ICD-10 F41.0) sowie ein muskulo-skelettales Beschwerdebild bei polyarthrotischen Veränderungen. Zur Prognose betreffend Arbeitsfähigkeit gab Dr. K. _____ an, der Patient möchte 50 % erreichen; es komme darauf an, ob sich die somatischen Leiden verbesser-

ten; in einer leidensangepassten Tätigkeit seien 3-4 Stunden pro Tag, vielleicht eine 50%ige Arbeitsleistung möglich. Faktoren seien die polyarthrotischen Veränderungen mit muskuloskelettalen Störungen und das schwere Apnoesyndrom mit Tagesmüdigkeit (IV-act. 76).

6.2.14 In der Stellungnahme vom 11. Juni 2018 führte RAD-Arzt Dr. L. _____ aus, die behandlerseitig attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % werde mit polyarthralgischen Beschwerden, einer ängstlich-depressiven Störung und einem Schlaf-Apnoe-Syndrom begründet. Die Behandlung der Schlaf-Apnoe werde einerseits durch eine zuletzt neuerliche Gewichtszunahme und eine im Kontext der Angststörung vorhandene Maskenintoleranz kompliziert bzw. verunmöglicht, während gleichzeitig von Prof. F. _____ darauf hingewiesen worden sei, dass dies durch eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung behoben werden könne. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Exploration im Januar 2017 habe sich der Versicherte psychopathologisch unauffällig präsentiert, weshalb dann gleichwohl eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werde, leuchte aus internistischer Sicht nicht ein. Auch Dr. K. _____ sei zuletzt von einer höchstens leichtgradigen depressiven Störung ausgegangen. Dieser komme angesichts der chronischen Schmerzsituation indes kein eigenständiger Krankheitswert zu, sondern sei im Kontext der zuletzt mit Degenerationen erklärbaren muskuloskelettalen Beschwerden durchwegs erklärbar. Die Degenerationen ihrerseits bedingten bezogen auf die zuletzt ausgeübte körperlich leichte, potenziell wechselbelastende Tätigkeit keine funktionellen Einschränkungen. Zusammenfassend hielt der RAD-Arzt fest, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. die postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % werde überwiegend mit psychischen Problemkreisen begründet, was für den Allgemeinmediziner nicht nachvollziehbar sei, weshalb das Dossier RAD-Arzt M. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vorzulegen sei (IV-act. 77).

6.2.15 RAD-Arzt M. _____ hielt in der Stellungnahme vom 14. Juni 2018 fest, Dr. K. _____ habe im Bericht vom 27. Januar 2018 keine ICD-10-Diagnose gestellt; am 19. April 2018 spreche er dann von einem rezidivierenden angstdepressiven Zustandsbild und diagnostiziere dieses dann in Kombination mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode ICD-10 F33.0 mit Panikattacken F41.0. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit attestiere er 3-4 Stunden mit einer Arbeitsleistung von 50 %, eingliederungseinschränkende Faktoren seien dann aber ausschliesslich somatische. Doktor F. _____ sehe einen wesentlichen Teil der psychischen Beschwerden im Zusammenhang mit dem Schlaf-Apnoe-Syndrom, welches aufgrund einer Angstsymptomatik (Agoraphobie mit Pa-

nikattacken F40.01) nur unzureichend behandelt werden könne; eine als rezidivierend eingeschätzte depressive Symptomatik sei zum Zeitpunkt der Untersuchung als remittiert angesehen worden; trotz weitgehend fehlender psychopathologischer Befunde attestierte Dr. F. _____ aufgrund der Dauer der Angstproblematik und der Möglichkeit einer Verschlechterung unter Belastung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 %; neben der medikamentösen Behandlung empfehle der Untersucher eine spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie.

Hinsichtlich der beschriebenen depressiven Störung könne eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden; hinsichtlich Angstkomponente, welche offenbar auch die Behandlung der Schlaf-Apnoe erschwere, sei soweit erkennbar die Empfehlung von Dr. F. _____ betr. kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie nicht umgesetzt worden; aufgrund der bestehenden psychischen Problematik erscheine allenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20–30 % gerechtfertigt, womit die aktuelle Situation weitgehend derjenigen von 2009 entspreche, als Dr. C. _____ das gesamte psychische Zustandsbild als eine Kombination von einer Neurasthenie mit einer Agoraphobie mit Panikstörung interpretiert habe (IV-act. 78).

6.2.16 Im Bericht vom 15. März 2019 gab Dr. G. _____ an, der Patient berichte von grosser Mühe mit der CPAP-Therapie; er sei zu unruhig und toleriere die Maske nicht; die Situation habe sich seit der letzten Kontrolle verschlechtert. Im Gerätedownload zeige sich eine entsprechend schlechte Nutzung in lediglich knapp 50 % der Nächte mit einer durchschnittlichen nächtlichen Nutzung von knapp zwei Stunden. Der geräteseitig gemessene Rest-AHI betrage vier Stunden. Somit wäre die Therapie wahrscheinlich gut eingestellt, werde jedoch kaum genutzt. Ob Müdigkeit allein aufgrund des Schlafapnoe beginne, sei fraglich; vermutlich habe die Depression auch einen grossen Anteil; der Patient müsse seine Gesamtsituation in den Griff bekommen, damit die CPAP-Therapie funktioniere (IV-act. 98/4 f.)

6.2.17 In der Stellungnahme vom 19. März 2019 hielt RAD-Arzt Dr. L. _____ fest, den Neuakten könnten faktisch auf der Befundebene keine Informationen entnommen werden, welche eine von der bisherigen abweichende Einschätzung zu begründen vermögen. Zumal die beklagten Probleme (affektive Störung, Neurasthenie, Schmerzen, Tinnitus, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom) und die damit assoziierten Beschwerden auf der funktionellen Ebene und bezogen auf die angestammte, körperlich leichte, jedoch kognitiv anspruchsvolle Tätigkeit als Versicherungsberater potenziell mit vordergründigen, neuroko-

gnitiven Defiziten verbunden seien, wären diese mittels einer neuropsychologischen Testung zu objektivieren, wobei zwingend geeignete Tests zur Symptom- bzw. Beschwerdevalidierung zur Anwendung kommen sollten. Ob darüber hinausgehend vertiefte Abklärungen auf den Fachgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin, Rheumatologie, Neurologie, HNO, Pneumologie, Psychiatrie zu tätigen wären, wäre gegebenenfalls von den erhobenen Ergebnissen der neuropsychologischen Testung/Begutachtung (Validität der Ergebnisse) abhängig zu machen (IV-act. 95).

6.2.18 Doktor med. N._____, FMH ORL, diagnostizierte im Bericht vom 27. März 2019 u.a. einen dekompensierten Tinnitus beidseitig, rechtsbetont, und führte aus, beim Patienten komme es bei kombinierter rechtsbetonter Schwerhörigkeit zur verstärkten Wahrnehmung des rechtsbetonten Tinnitus. Die subjektive Wahrnehmung fluktuiere stark und führe teilweise zu Dekompensationen. Bekannterweise exazerbiere die Symptomatik des dekompensierenden Tinnitus im Rahmen von Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich. Beim bekannten chronischen degenerativen Panvertebralsyndrom zeige der Patient druckdolente Triggerstellen im Bereich der Muskulatur und der Muskelansätze an der Schädelbasis. Eine Exazerbation der subjektiven Wahrnehmung des vorhandenen Tinnitus sei mit dieser Konstellation offensichtlich und werde regelmässig beobachtet. Aus pharmakologischer Sicht sei man leider am Anschlag, was die Behandlung des Tinnitus angehe (IV-act. 100).

6.2.19 Nach Würdigung der Neuakten kam RAD-Arzt L._____ am 18. April 2019 zum Schluss, vordergründig verblieben zahlreiche subjektive Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Angst, Tinnitus, etc., welche sich schlecht objektivieren bzw. messen liessen, während deren funktionellen Auswirkungen auf die Kognition sehr wohl mittels neuropsychologischer Testung objektiviert werden könnte, vorausgesetzt, dass dabei valide Untersuchungsergebnisse erhoben werden könnten (IV-act. 101).

6.2.20 Im Neuropsychologischen Fachgutachten vom 1. Oktober 2020 wurden keine neuropsychologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt; als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine wahrscheinliche Aggravation kognitiver Defizite und psychischer Beeinträchtigungen angegeben (IV-act. 116/25).

6.2.21 In der Stellungnahme vom 16. Oktober 2020 gab Dr. L._____ an, das Gutachten sei inhaltlich und formal korrekt und vermöge die an ein medizinisches Gutachten gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen; es sei eine Aktenaktualisierung betref-

fend die somatischen Leiden (Rheumatologie, Neurologie, Pneumologie, Psychiatrie) vorzunehmen, gegebenenfalls zudem eine interdisziplinäre Fallbesprechung zwecks Festlegung der weiteren Fallstrategie (IV-act. 118).

6.2.22 Doktor K. _____ gab im Verlaufsbericht vom 6. November 2020 an, der Gesundheitszustand des Patienten habe sich verschlechtert. Als Diagnosen nannte er ein Schlafapnoe-Syndrom, rezidivierende depressive Episoden mit schwerem psychophysischem Erschöpfungszustand bei chronisch zunehmenden muskuloskelettalen Beschwerden und massiver Zunahme der Gelenksschmerzen an Händen, Fingern und Füßen und Panikattacken. Seit dem letzten Bericht hätten die physischen und psychischen Beschwerden eine derartiges Ausmass angenommen, dass sich die Belastbarkeit des Patienten enorm stark reduziert habe. Schon geringe körperliche Aktivitäten führten zu einer Erschöpfung und Schmerzen, sodass der Patient, wenn er sich hinlegen könne, sofort einschlafe. Ebenso seien die kognitive Konzentrationsfähigkeit und das Aufnahmevermögen stark abgesunken. Mehrere Versuche, die Arbeitsleistung zu steigern, seien aufgrund der chronischen psychophysischen Erschöpfbarkeit gescheitert. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20–30 %; oft bestehe auch eine völlige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 124).

6.2.23 RAD-Arzt Dr. L. _____ hielt am 24. November 2020 fest, den im Rahmen der Aktenaktualisierung beigebrachten medizinischen Neuakten könnten auf der objektiven Befundebene (somatisch und psychopathologisch) keine neuen Informationen entnommen werden, welche eine von der bisherigen abweichende Beurteilung zu begründen vermögen. Nebst der fortgeführten fachärztlich psychiatrischen Behandlung fänden sich keine Hinweise auf zeitnah stattgehabte fachärztliche Diagnostiken/Behandlungen auf somatischem Fachgebiet (IV-act. 127).

6.2.24 Die Neurologen des Kantonsspitals O. _____ gaben im Bericht vom 15. Januar 2020 an, die beim Patienten seit 2008 bestehenden und über die Jahre zunehmenden krampfartigen und mit einer erhöhten Verspannung einhergehenden muskulären Schmerzen seien nicht auf eine neuromuskuläre Erkrankung zurückzuführen. Deren Ursache bleibe ungeklärt. Die Hyperästhesie/Dysästhesie im Bereich der Füße sei mit einer prädiabetischen Polyneuropathie vereinbar. Eine Schwäche der Fusshebung bei Angabe eines Hängenbleibens des linken Fusses habe sich in der klinischen Untersuchung nicht darstellen lassen. Bei einer in der Untersuchung auffallenden Steifigkeit beim Gehen, sei eine rheumatologische Erkrankung im Sinne einer Polymyalgia rheumatica diskutiert worden. Differentialdiagnostisch komme eine Leistungsintoleranzerkrankung, auch als chronisches

Fatigue Syndrom, in Frage, insbesondere in Zusammenschau der berichteten begleitenden Symptome wie erhöhte Ermüdbarkeit, trotz Anwendung der CPAP-Maske bei schwerem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Therapeutisch werde ein pragmatischer Ansatz empfohlen; bei Angabe einer Besserung der Müdigkeit und der Schmerzen unter Einnahme von CBD-Tropfen und einer deutlichen Besserung der Verspannung der Muskulatur unter Einnahme von Sirdalud in der Vergangenheit wurde der Ausbau der Therapie mit CBD-Öl und die Wiederaufnahme der Therapie mit Sirdalud besprochen (IV-act. 135).

6.2.25 In der Stellungnahme vom 25. Februar 2021 hielt RAD-Arzt Dr. L. _____ fest, den Neuakten liessen sich auf der objektiven Befundebene keine neuen Informationen entnehmen, welche eine von den bisherigen abweichende Beurteilung zu begründen vermögen. Zur Festlegung der weiteren Fallstrategie erachte er die Durchführung einer interdisziplinären Fallbesprechung weiterhin als angezeigt/sinnvoll (IV-act. 137).

7.

7.1 Zu prüfen ist zunächst, ob den Neuakten eine revisionsrelevante wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 27. November 2009 zu entnehmen ist. Die Beschwerdegegnerin verneinte dies gestützt auf die medizinischen Akten und die Stellungnahmen des RAD.

7.2 Der Beschwerdeführer bestreitet zu Recht nicht, dass die ("sehr starke") Einschränkung durch die Müdigkeit bereits bei der Erstanmeldung im Jahr 2008 Thema war. Wenn er nun geltend macht, dieses Leiden sei damals im Zusammenhang mit dem Burn-Out bzw. im Kontext der Diagnosen Narkolepsie und nichtorganische Insomnie resp. Neurasthenie gesehen worden, wohingegen mittlerweile klar sei, dass dieses auf die Schlafapnoe zurückzuführen sei, so ist er darauf hinzuweisen, dass eine andere diagnostische Einschätzung bekannter Befunde und Symptome revisionsrechtlich gerade nicht beachtlich ist (E. 3.3). Offen bleiben kann daher, ob die beschwerdeführerische Ansicht bzgl. unterschiedlicher Diagnostik in den medizinischen Akten – insbesondere in den Arztberichten des Pneumologen Dr. G. _____ – überhaupt eine hinreichende Stütze findet, merkte dieser im Bericht vom 15. März 2019 doch an, dass fraglich sei, ob die Müdigkeit allein aufgrund der Schlafapnoe beginne (IV-act. 98/4 f.).

Der Rheumatologe Dr. I. _____ ordnete die Heberden-Arthrosen dem bereits im Jahre 2007 diagnostizierten Fibromyalgiesyndrom zu. In therapeutischer Hinsicht zog er eine An-

tiarthrosebehandlung mit Chondoprotektiva in Betracht, daneben regelmässige Finger-
gymnastikübungen mit einem Schaumstoffball. Ausgehend von einer MRI-Untersuchung
ging er von lediglich degenerativen Veränderungen und Diskusprotrusionen aus; Hinweise
für eine Spondyloarthropathie oder ISG-Arthritis fand er nicht. Vor diesem Hintergrund
leuchtet die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. L. _____ vom 5. Februar 2018 ein, wonach
im Vergleich zum Zeitpunkt der Erstverfügung bezogen auf die Beschwerden an den Hän-
den bzw. Fingern und am Rücken keine wesentliche Veränderung resp. Verschlechterung
mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei.

Auch hinsichtlich der psychischen Beschwerden ist ausweislich der Akten nicht von einer
deutlichen Verschlechterung auszugehen. Professor F. _____ ging im Januar 2017
namentlich von der bekannten Diagnose einer Agoraphobie mit Panikattacken aus; die re-
zidivierende depressive Störung erachtete er als weitgehend remittiert. Der Beschwerdeführer
habe sich psychopathologisch unauffällig gezeigt. Ausgehend vom psychopathologischen
Befund beurteilte er die Arbeitsfähigkeit als relativ hoch. RAD-Arzt Dr. L. _____
hielt im Februar 2018 sodann zu Recht fest, dass der behandelnde Psychiater zunächst
(Bericht vom 27. Januar 2018) keinerlei Diagnosen nach ICD-10 gestellt habe und sich
das Beschwerdebild weitgehend im Kontext der bereits von Dr. C. _____ diagnostizier-
ten Neurasthenie erklären lasse. Im Bericht vom 19. April 2018 ging Dr. K. _____ so-
dann (auch) von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode
(ICD-10 F33.0), aus, wobei die Einschätzung des RAD, wonach dieser angesichts der
chronischen Schmerzsituation kein eigenständiger Krankheitswert zukomme, einleuchtet,
zumal auch Dr. K. _____ zur Prognose der Arbeitsfähigkeit ausführte, es komme dar-
auf an, ob sich die somatischen Leiden verbesserten.

Dem Bericht von Dr. N. _____ ist schliesslich nicht zu entnehmen, dass sich der Tinni-
tus wesentlich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführer auswirkt.

In Anbetracht der zahlreichen subjektiven Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit, Erschöp-
fung, Angst und Tinnitus liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf Anraten
des RAD zwecks Evaluierung der funktionellen Auswirkungen auf die Kognition sodann
neuropsychologisch begutachten. Der Beschwerdeführer bestreitet die Verwertbarkeit des
entsprechenden Gutachtens.

7.3

7.3.1 Nachdem der Beschwerdeführer im verwaltungsinternen Verfahren geltend gemacht hatte, das Gutachten sei u.a. darum nicht verwertbar, weil es entgegen der Ankündigung nicht durch Dr. P. _____, sondern durch den (dannzumal) unzureichend qualifizierten M.Sc. Q. _____ erstellt worden sei, forderte die Beschwerdegegnerin Dr. P. _____ mit Verweis auf vom Beschwerdeführer formulierte Fragen zur Stellungnahme auf (IV-act. 136; 140).

In der Stellungnahme vom 28. Mai 2021 gab Dr. P. _____ an, ihr persönlicher Aufwand habe im Aktenstudium, der Planung der Untersuchung inklusive Auswahl der eingesetzten Testverfahren, der Durchführung wesentlicher Teile der Exploration, der fortlaufenden Supervision, dem Gegenlesen sowie Korrektur und Ergänzung des Gutachtensentwurfs (bis und mit Punkt fünf des Gutachtens), der Datenauswertung und -interpretation sowie Befunddarstellung der Resultate aus der Performanz- und Beschwerdevalidierung (Punkt 4.3.3 des Gutachtens [Testbefunde]), der Diagnosestellung und Beurteilung (Punkte sieben und acht des Gutachtens) sowie der Literaturrecherche und dem Literaturstudium bestanden. Schon rein zeitlich sei sie in massgebender Weise, also mindestens hälftig, an der Begutachtung des Versicherten beteiligt gewesen. Die inhaltliche Interpretation und gutachterliche Beurteilung und deren schriftliche Ausgestaltung erfolge grundsätzlich durch sie, wenn sie als Gutachterin benannt werde. Sie habe den Versicherten 1,5 Stunden zu Untersuchungsbeginn sowie weitere 20 Minuten gesehen; ob sie noch als Beobachterin während eins bis zwei Testverfahren zugegen gewesen sei, sei ihr nicht mehr sicher erinnerlich (IV-act. 142 S 1 f.).

7.3.2 Die Beschwerdegegnerin beauftragte Dr. phil. P. _____ mit der Begutachtung des Beschwerdeführers (IV-act. 103). Entsprechend wurde auch der Beschwerdeführer orientiert (IV-act. 102).

Die beauftragte Gutachterin gibt selbst an, das Gutachten zusammen mit M.Sc. Q. _____ erstellt zu haben (siehe E. 7.3.1 vorstehend). Daneben lassen auch einige formelle Aspekte des Gutachtens keine Zweifel daran aufkommen, dass M.Sc. Q. _____ als Gutachter fungierte: Unter "Angaben zum Gutachter" sind sowohl Dr. P. _____ als auch M.Sc. Q. _____ vermerkt (IV-act. 116/2); unter "Eigene Untersuchungen und Befunde" wurde aufgeführt, die neuropsychologische Untersuchung sei durch M.Sc. Q. _____ und Dr. P. _____ erfolgt (IV-act. 116/3); bei der Beantwortung der Fragen wurde grundsätzlich die Wir-Form verwendet (vgl. etwa: IV-act. 116/5 unten);

das Gutachten ist sowohl von M.Sc. Q. _____ als auch Dr. P. _____ unterschrieben (IV-act. 116/39).

Als Zwischenergebnis ist deshalb festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer auch der Name von M.Sc. Q. _____ vor der Begutachtung hätte mitgeteilt werden müssen. Dies führt indes nicht ohne Weiteres zur Unverwertbarkeit der Expertise (vgl. BGer 9C_525/2020 vom 29. April 2021 E. 5.2), zumal auch die Beschwerdegegnerin erst im Nachhinein von der (gutachterlichen) Mitwirkung von M.Sc. Q. _____ erfuhr.

Wie der Beschwerdeführer korrekt darauf hingewiesen hat (act. 1 Ziff. 54), muss ein als Hauptgutachter an einem neuropsychologischen Gutachten mitwirkender Experte über eine der im IV-Rundschreiben Nr. 367 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 21. August 2017 (IV-Rundschreiben Nr. 367) alternativ aufgeführten fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. BGer 9C_525/2020 vom 29. April 2021 E. 5.1); diese lauten folgendermassen: Eidgenössisch anerkannter Abschluss in Psychologie und privatrechtlicher Fachtitel in Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP (a) oder eine gemäss Tarifvertrag zwischen H+ und SVNP sowie BSV (IV), MTK (UVG) und BAMV (MV) vom Dezember 2003 zugelassene äquivalente Aus- und Weiterbildung (b) oder eidgenössisch anerkannter Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie gemäss dem Psychologieberufegesetz (c).

Gutachter M. Sc. Q. _____ verfügte im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung unbestrittenmassen (nur) über den Fachtitel "Klinischer Neuropsychologe GNP" der Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (D) (IV-act. 142/8). Der Stellungnahme von Dr. P. _____ ist zu entnehmen, dass M.Sc. Q. _____ das Äquivalenzprüfungsverfahren für die Anerkennung ausländisches Diplome zur Erlangung des Titels "Eidgenössisch Anerkannter Neuropsychologe (EAN)" nicht durchlief. Den Fachtitel "Neuropsychologe FSP" erwarb M.Sc. Q. _____ erst im Jahre 2021 (vgl. Profil auf der Homepage von Dr. phil. P. _____, abrufbar unter: https://www._____) Der (Mit-)Gutachter erfüllte im Zeitpunkt der Begutachtung die nach IV-Rundschreiben Nr. 367 verlangten Anforderungen nicht. Dem neuropsychologischen Gutachten vom 1. Oktober 2020 kann demnach keine formelle Beweiskraft zugemessen werden. Daher erübrigen sich Weiterungen zur Frage, ob der Expertise materiell Beweiskraft zuerkannt werden kann.

7.4 Bei dieser Ausgangslage ist der Beschwerdeführer erneut neuropsychologisch abzuklären, wozu die Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen ist. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde.

7.5 Im Übrigen ist eine Verletzung des Akteneinsichtsrechts mit Blick auf die höchststrichterliche Rechtsprechung, wonach keine Einsicht in verwaltungsinterne Akten – d.h. Unterlagen, denen für die Behandlung des Falles kein Beweischarakter zukommt, sondern – wie hier – vielmehr der verwaltungsinternen Meinungsbildung dienen und somit für den verwaltungsinternen Gebrauch bestimmt sind (z.B. Entwürfe, Anträge, Notizen, Mitberichte, Hilfsbelege usw. [vgl. BGE 125 II 473 E. 4a mit zahlreichen Hinweisen]) – zu gewähren ist, zu verneinen. Ferner kann der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Begründungspflicht (vgl. BGE 142 II 49 E. 9.2) vorgeworfen werden, führte sie in der angefochtenen Verfügung doch ausgehend von den einwandweise vorgebrachten Rügen (und entsprechend auch beziehend auf das Gutachten von Dr. P. _____) aus, weshalb sie einen Rentenanspruch verneinte.

8. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens von der Beschwerdegegnerin zu tragen ist. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss in nämlicher Höhe zurückzuerstatten. Praxisgemäss wird die Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zusteht. Dem Beschwerdeführer ist zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt wird.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 9. September 2021 aufgehoben wird und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, welche der Beschwerdegegnerin auferlegt wird. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, sowie zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung Zug.

Zug, 8. September 2023

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am