



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

URTEIL vom 2. März 2023 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2021 48

A. Nachdem sich der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1960, bereits 2008 unter Angabe einer Speiseröhrentzündung, eines Zwerchfellbruchs, chronischer Magenschmerzen und eines Tinnitus bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte (IV-act. 1), im Rahmen dessen unter anderem auch ein interdisziplinäres Gutachten bei der asim Begutachtungsstelle eingeholt worden war (IV-act. 59), erfolgte am 8. April 2014 eine neuerliche Leistungsanmeldung. Dabei gab der Versicherte eine ACBP vom 8. Januar 2014, chronische epigastrische Abdominalbeschwerden, ein unklares vorderes Schulterinstabilitätsgefühl rechts, einen Status nach PTCA und Stenting einer RCX-Stenose nach subakutem Myokardinfarkt sowie psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren als gesundheitliche Einschränkungen an (IV-act. 73). Nach Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (Belastbarkeits-/Aufbautraining bei der D. _____) und Einholung diverser Arztberichte liess die IV-Stelle den Versicherten durch die SMAB AG St. Gallen polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie und Psychiatrie) begutachten. Dabei stellten die Gutachter diverse Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest und attestierten dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % (IV-act. 118). Nach damaliger Meinung des RAD konnte nicht auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachter abgestellt werden. In Abweichung dazu legte er eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 119). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 30. Mai 2017 ab (IV-act. 130). Die dagegen erhobene Beschwerde vom 29. Juni 2017 (IV-act. 136) wurde vom Verwaltungsgericht mit Urteil S 2017 90 vom 20. Dezember 2018 insofern gutgeheissen, als es die Verfügung aufhob und die Angelegenheit zur Ergänzung der gutachterlichen Ausführungen an die IV-Stelle zurückwies (IV-act. 141). In der Folge forderte die IV-Stelle die SMAB AG zur Stellungnahme auf, welche mit Datum vom 12. März 2019 erging (IV-act. 142). Dazu nahm der RAD am 28. März 2019 Stellung (IV-act. 143). Nachdem die ergänzende Stellungnahme dem Versicherten im Rahmen des rechtlichen Gehörs zugestellt worden war (IV-act. 145), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 24. November 2020 erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 153). Am 4. März 2021 verfügte die IV-Stelle wie vorbeschieden (IV-act. 159).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 15. April 2021 liess A. _____ beantragen, die Verfügung vom 4. März 2021 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente nach Gesetz zuzusprechen. Eventualiter sei er durch das Gericht medizinisch zu begutachten und subeventualiter sei die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Ent-

schädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In materieller Hinsicht stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, die SMAB-Gutachter hätten sich nachvollziehbar und umfassend zur Kritik an ihrer Expertise geäußert und ausführlich erklärt, aus welchen Gründen an der ursprünglich attestierten Arbeitsunfähigkeit festzuhalten sei. Damit bestünden keine Indizien mehr, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden, weshalb darauf abzustellen sei (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 16. April 2021 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 4. Juni 2021 beantragte die IV-Stelle 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: 4. März 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 146 V 364 E. 7.1).

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten dieser IVG-Änderung datiert, finden die bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des IVG auf den vorliegenden Fall Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungs-

gerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 4. März 2021; diese ging tags darauf bei der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 15. April 2021 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Unter Berücksichtigung von Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG wurde die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist somit gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der

Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc). 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 mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welcher die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüt-

tern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

4. In der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2021 verneinte die IV-Stelle Zug einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und wies sein Leistungsbegehren ab. Umstritten und zu prüfen ist insbesondere, ob die IV-Stelle gestützt auf die RAD-Aktenbeurteilungen die versicherungsmedizinische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des SMAB-Gutachtens als nicht schlüssig bezeichnen darf. Aus den vorliegenden Akten ergibt sich im Wesentlichen das Folgende:

4.1 Dem polydisziplinären Gutachten der SMAB AG vom 1. Juli 2016 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen:

1. Koronare Dreifässerkrankung mit
 - Status nach PCI/2x DES-Stent RCX bei infero-posterolateralem Myokardinfarkt 1998
 - Status nach PCI/2x DES-Stent bei Instent-Stenose RCX und subakutem NSTEMI 6. Oktober 2013
 - Status nach vierfacher AC-Bypassoperation am 8. Januar 2014: (LIMA-RIVA, Sequentieller Venen-jumpgraft auf RIVA und RCX. Venengraft auf RIVP)
 - Postoperativ transientes Vorhofflimmern
 - Erhaltene linksventrikuläre Globalfunktion mit EF 55 % (Echokardiographie 24. Juni 2014);
2. Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Short Barrett-Ösophagus und Hiatushernie (letzte Ösophago-gastroduodenoskopie 2013) unter hoch dosierter PPI-Therapie
3. Schwere Ösophagus Dysmotilität mit schlechter ösophagealer Clearance
4. Chronische Abdominalbeschwerden bei Status nach offener Sigmaresektion wegen rezidivierender Divertikulitis 2001 und Narbenhernienrepair 2005
5. Diabetes mellitus II ED 2015

Die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind auf Seite 19 des Gutachtens aufgeführt. Beurteilend führten die Gutachter aus, beim Versicherten würden seit vielen Jahren multiple gesundheitliche Probleme bestehen, welche ab 2006 zu immer häufigeren Ausfällen am Arbeitsplatz und Ende 2008 zu einem Verlust des Arbeitsplatzes als EDV-Systemberater führten. Im Vordergrund stünden Beschwerden von Seiten des Gastrointestinaltraktes sowie ein Zustand nach Herzinfarkt. Dazu gesellten sich weitere internistische Probleme. Die Situation werde von den Gutachtern folgendermassen eingeschätzt:

Der Kardiologe weise auf die lange Vorgeschichte mit zwei Herzinfarkten und wiederholten invasiven Eingriffen hin. Dank diesen jeweils rasch ausgeführten und adäquaten Behand-

lungen dürfe die kardiale Situation derzeit als grundsätzlich günstig beurteilt werden. So bestünden derzeit keine Hinweise auf eine residuelle oder neuerliche Belastungsischämie und/oder auf eine Herzinsuffizienz, welche die vom Versicherten beklagte übermässige Erschöpfbarkeit und Leistungsminderung erklären könnten. Dennoch erscheine die körperliche Belastbarkeit derzeit glaubhaft stark vermindert, was der Kardiologe auf ein Zusammenspiel mehrerer, vornehmlich extrakardialer Faktoren zurückführe. Vor dem Hintergrund der zwar gut eingestellten und kompensierten, aber doch fortgeschrittenen Herzkrankheit gehe der Gutachter insgesamt von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von aktuell 30 % aus.

Der Gastroenterologe gehe auf die seit 2000 bestehenden chronischen Unterbauchschmerzen ein, die sich nach der Sigmaresektion wegen einer Divertikulitis und einer Narbenhernienkorrektur eher noch verstärkt hätten. Dazu sei später eine Refluxkrankheit mit einem sogenannten Short Barrett-Ösophagus gekommen. Zusätzlich sei 2008 eine schwere Ösophagus-Dysmotilität mit schlechter Entleerung des Ösophagus im Liegen festgestellt worden. Trotz ausreichender medikamentöser Therapie (PPI) bestehe nach wie vor saures Aufstossen und vermehrte Luftregurgitation. Die beklagte Müdigkeit mit verminderter Leistungsfähigkeit sei durch die gastroenterologischen Diagnosen allein nicht zu erklären. Aus gastroenterologischer Sicht bestehe beim Versicherten wegen der vorliegenden Refluxkrankheit mit komplizierender Motilitätsstörung des Ösophagus und der chronischen Abdominalbeschwerden eine reduzierte Leistungsfähigkeit in der Grössenordnung von 30 %.

Der Internist beschreibe und diskutiere die verschiedenen weiteren Funktionseinschränkungen. Er komme zum Schluss, dass die Summe der internistischen Leiden zu einer gewissen Minderung der Leistungsfähigkeit führe. Insbesondere gelte dies für den 2015 diagnostizierten gemäss dem leicht erhöhten HbA1c noch ungenügend eingestellten Diabetes mellitus, die eingeschränkte Nierenfunktion, die schmerzhafte Bewegungsbehinderung sowie allenfalls die Kopfschmerzen. Insgesamt müsse von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von rund 20 % ausgegangen werden, was vor allem auf das Konto eines verminderten Rendements gehe. Ausserdem würden einige Leiden das Arbeitsplatzprofil beeinflussen.

Die Psychiaterin könne bei der Exploration keine entscheidenden spezifischen psychischen Beschwerden eruieren. Auch im Untersuchungsbefund zeigten sich keine wesentlichen störungsspezifischen Pathologika. Eine psychiatrische Erkrankung könne nicht dia-

gnostiziert werden. Die geklagten Symptome seien mit entsprechenden reaktiven Befindlichkeitsstörungen bei zugrundeliegenden körperlichen Erkrankungen hinreichend erklärt. Eine Therapieindikation bestehe auf dem psychiatrischen Fachgebiet nicht.

Weiter wurde ausgeführt, dass die verschiedenen die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen sehr ungünstig interagieren würden. Entsprechend sei eine Kumulation der Einschränkungen aus den verschiedenen Fachgebieten gegeben. Durch die kardialen und internistischen Einschränkungen werde die Leistungsfähigkeit durch das Hinzukommen der für den Beschwerdeführer quälenden und nichtüberwind- und therapierbaren gastroenterologischen Symptome zusätzlich vermindert. Die interdisziplinäre Einschränkung werde auf 40 bis 50 % geschätzt.

Unter dem Titel "Zusammenfassendes Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens" ist dem Gutachten zu entnehmen, der Kardiologe halte es beim Vorliegen einer koronaren Dreifässerkrankung mit knapp erhaltener linksventrikulärer Funktion für nicht sinnvoll, den Versicherten schweren körperlichen Belastungen auszusetzen. Indessen lasse die kardiale Situation durchaus körperliche Belastungen leichten bis gegen mittleren Grades zu. Auch der Gastroenterologe empfehle eine wechselbelastende vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Aufstehen und Herumgehen. Das Heben schwerer Lasten sei zu meiden. Letzteres müsse auch wegen der beklagten Schulterschmerzen links postuliert werden. Von Überkopfarbeiten mit dem linken Arm sei abzusehen. Ebenfalls sollten Tätigkeiten vermieden werden, welche mit einem hohen intraabdominalen Druck einhergehen würden, beispielsweise isometrische Anstrengungen mit starker Pressatmung. Auch wegen des Residualzustandes nach Unterschenkelwundinfekt links seien Tätigkeiten mit langem Stehen und Gehen ungünstig. Besser seien wechselbelastende Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen mit wenig Stehen und Gehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe dagegen keine Einschränkung.

Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsgebiet betrage 50 bis 60 %. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage ebenfalls 50 bis 60 %. Ab dem zweiten Herzinfarkt im Oktober 2013 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zur abgeschlossenen Rehabilitation bestanden, mithin bis Ende Juni 2014. Ab Juli 2014 sei von kardialer Seite her eine Arbeitsfähigkeit von 70 % denkbar gewesen. Auch die internistisch begründete Arbeitsunfähigkeit sei ab dem Zeitpunkt der Herzoperation (Januar 2014) anzurechnen, eine Einschränkung von 30 % aus gastroenterologischer Sicht bestehe seit einigen Jahren, zuerst im Umfang von 20 %. Aus psychiatrischer Sicht habe keine Einschränkung festgehalten

werden können. Die volle Arbeitsunfähigkeit habe aus diesem Grund vom 6. Oktober 2013 bis Juni 2014 bestanden, danach sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 % auszugehen gewesen. Die bisherige Tätigkeit könne als adaptiert betrachtet werden (IV-act. 118).

4.2 Am 21. Juli 2016 nahm RAD-Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Innere Medizin FMH, zum polydisziplinären Gutachten der SMAB AG Stellung und führte aus, das Gutachten vermöge insbesondere hinsichtlich der Schlussfolgerungen betreffend die postulierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht zu überzeugen. Von internistischer Seite werde auf ein reduziertes Rendement hingewiesen, aber gleichzeitig in der Diskussion ausgeführt, dass die postoperative Anämie sich normalisiert habe und dass sich die beklagten Schulterschmerzen linksseitig ebenso wie eine lumbale und Hüft-Schmerzsymptomatik in der bisherigen Tätigkeit nicht limitierend auswirken würden. Erwähnt würden weiter Kopfschmerzen, eine behandelbare Narbenhernie, eine leichtgradig eingeschränkte Nierenfunktion und eine suboptimal kontrollierte diabetische Stoffwechsellage ohne Anhaltspunkte/Hinweise für diabetische Spätkomplikationen und hieraus resultierende Einschränkungen. Vorstehende Diagnosen bedingten indes zum heutigen Zeitpunkt keine dauerhaften funktionellen Einschränkungen. Es werde denn auch de facto von gutachterlicher Seite nicht mit funktionellen Einschränkungen argumentiert, sondern im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben (Schmerzen, Müdigkeit/Ermüdbarkeit) abgestützt, wobei aus allgemein internistischer Sicht hieraus eine Einschränkung in der Grössenordnung von 20 % resultiere. Von kardiologischer Seite werde bestätigt, dass keine Hinweise auf eine residuelle oder neuerliche Belastungsischämie und/oder eine Herzinsuffizienz vorlägen, welche die vom Beschwerdeführer beklagte übermässige Erschöpfbarkeit/Leistungsminderung zu erklären vermöchten. Die postulierte 30%ige Einschränkung werde effektiv mit einem Zusammenspiel extrakardialer Faktoren wie Dekonditionierung, Übergewicht, Schmerzen etc. begründet, wobei sich diese in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit analog der zuletzt ausgeführten überwiegend wahrscheinlich nicht im postulierten Umfang limitierend auswirkten. Zudem bestünde die Möglichkeit einer Verbesserung im Sinne einer anhaltenden Gewichtsreduktion unter regelmässigem moderatem kreislaufaktivem und kräftigendem Training. Aus gastroenterologischer Sicht bestehe eine 30%ige Leistungsminderung infolge der bekannten Reflux-Krankheit mit komplizierender Motilitätsstörung des Ösophagus und chronischer Abdominalbeschwerden. Diese Problematik sei bereits zum Zeitpunkt des asim-Gutachtens bekannt gewesen, während zwischenzeitlich keine neuen Befunde/Erkenntnisse vorlägen. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Narbenhernien-Problematik werde nicht erkennbar und gesetzentfalls, dass einer vorläge, bestünden therapierbare Behandlungsmöglichkeiten. Von psychiatrischer Seite werde kei-

ne Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, wobei die Diskussion früherer Beurteilungen äusserst dürftig ausfalle und lediglich darauf hingewiesen werde, dass aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde eine somatoforme autonome Funktionsstörung unwahrscheinlich sei bzw. sich nicht bestätigen lasse. Die im Rahmen der Konsensbeurteilung erfolgte medizinisch-theoretische Festlegung einer 40 bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer Kumulation der Einschränkungen aus den verschiedenen Fachgebieten sei nicht nachvollziehbar, zumal dabei im Wesentlichen auf die subjektiven Klagen des Beschwerdeführers (Schmerzen und Müdigkeit) abgestützt werde. Auf das SMAB-Gutachten könne nicht abgestützt werden. Es liege zwar eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands vor, welche sich vor allem mit der kardialen Problematik und den in diesem Zusammenhang notwendigen interventionellen Massnahmen (Operation) und der postoperativen Komplikationen begründen lasse. Die kardiale Situation habe zuletzt indes als grundsätzlich günstig beurteilt werden können. Der weitere Verlauf werde vor allem davon abhängig sein, wie sich das kardiovaskuläre Risikoprofil langfristig/dauerhaft günstig beeinflussen bzw. optimieren lasse, was de facto aber im Wesentlichen vom Willen/der Compliance des Beschwerdeführers abhängige. In der zuletzt ausgeübten körperlich leichten Tätigkeit, welche als angepasst zu beurteilen sei, bestehe eine maximal 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 119).

4.3 In einer weiteren Stellungnahme vom 26. Mai 2017 legte Dr. C. _____ dar, aus den vom Beschwerdeführer im Einwandschreiben geltend gemachten leichtgradigen Degenerationen im Bereich des rechten Knies würden sich für eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit zum heutigen Zeitpunkt keine relevanten Einschränkungen ergeben. In Abweichung zur gutachterlichen Beurteilung sei er angesichts der Abwesenheit objektiver Befunde, welche eine derart hohe und dauerhafte Einschränkung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit rechtfertigen sollten, davon ausgegangen, dass im Rahmen der zu erwartenden Konditionierung medizinisch-theoretisch über einen Zeitraum von drei Monaten eine Steigerung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit auf mindestens 70 % zu erwarten sei bzw. gewesen sei. De facto hätten denn auch drei Teilgutachter (Kardiologie, Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin) jeweils auf ihrem Fachgebiet die Arbeitsunfähigkeit mit jeweils 30 % bzw. 20 % beziffert und sich dabei bereits auf die anderen Fachgebiete ("Zusammenspiel extrakardialer Faktoren") und letztlich auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers (Schmerzen und Ermüdung) bezogen, ohne mit funktionellen Einschränkungen zu argumentieren. Zumal letztlich eben gerade im Wesentlichen mit Schmerzen und Ermüdung argumentiert worden sei, sei die teiladditive Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 40 bis 50 % aus versicherungsmedizinischer Sicht

nicht haltbar. Erwähnenswert sei weiter, dass sich während der psychiatrischen Exploration keine Anhaltspunkte/Hinweise für relevante kognitive Defizite zeigten. Der Beschwerdeführer habe in der Explorationssituation durchgehend aufmerksam und konzentriert gewirkt. Der Spannungsbogen habe während des gesamten Gesprächs gehalten werden können. Die Funktionen des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses seien regelrecht und die Merkfähigkeit ungestört. Klinisch seien keine mnesticen Störungen validierbar. Es stelle sich letztlich die Frage, ob aus justiziablen Gründen gleichwohl eine neuropsychologische Testung erfolgen sollte. Falls ja, sollte diese – wie heute eigentlich üblich – zwingend eine Symptomvalidierungs-Diagnostik mitbeinhalten (IV-act. 131).

4.4 Mit Urteil S 2017 90 vom 20. Dezember 2018 stellte das Verwaltungsgericht fest, dass beim Beschwerdeführer in kardiologischer Hinsicht unbestrittenermassen weder eine residuelle noch eine neuerliche Belastungsischämie und/oder eine Herzinsuffizienz vorliege, welche die vom Beschwerdeführer beklagte übermässige Erschöpfbarkeit/Leistungsminderung zu erklären vermöchte. Des Weiteren begründe der kardiologische Teilgutachter die von ihm attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % im Wesentlichen mit den zitierten extrakardialen Faktoren und verweise auf das Vorhandensein von Verbesserungsmöglichkeiten (beispielsweise sinngemäss durch eine Gewichtsreduktion). Angesichts des Umstandes, dass der Gutachter bei seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung explizit extrakardiale Faktoren und subjektive Angaben des Beschwerdeführers berücksichtige und auf ihm zumutbare Verbesserungsmöglichkeiten hingewiesen habe, sei die Bezifferung einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Programmierer/Analytiker resp. in einer angepassten Tätigkeit aus kardialer Sicht als zu hoch zu qualifizieren.

In gastroenterologischer Hinsicht werde dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit eine Leistungsminderung von 30 % attestiert. Da die gastroenterologische Symptomatik seit Jahren bestehe und zwischenzeitlich keine neuen Befunde/Erkenntnisse vorliegen würden, sei diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht zu beanstanden.

Der internistische Teilgutachter gehe explizit von einer Normalisierung der postoperativen Anämie aus. Ausserdem hätten die vom Beschwerdeführer linksseitig beklagten Schulterschmerzen keine ersichtliche passive Bewegungseinschränkung zur Folge und es könne diesbezüglich keine Pathologie nachgewiesen werden. Die vom Beschwerdeführer ausserdem geltend gemachten lumbalen Rückenschmerzen und Hüft-

Schmerzsymptomatik hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, zumindest nicht für leichte bis mittelschwere körperliche Aktivitäten und für Tätigkeiten ohne längeres Gehen. Die klinische Untersuchung habe jedoch keine typischen Coxarthrose-Zeichen ergeben und auch die Symptomatik selbst entspreche nicht dem typischen Coxarthrose-Anlaufschmerz. Des Weiteren beklage sich der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen im Sinne von Spannungskopfschmerzen. Bei den aktuellen Kontrollen sei die Glomerulumfiltrationsrate erniedrigt, was für eine leichte bis mittelschwere Einschränkung der Nierenfunktion spreche. Schliesslich beklage sich der Beschwerdeführer über Tagesmüdigkeit. Eine im Oktober 2013 im Kantonsspital E._____ durchgeführte Abklärung hinsichtlich eines allfälligen Vorliegens eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms sei jedoch unauffällig ausgefallen. Es bleibe mithin festzuhalten, dass der internistische Teilgutachter im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (Schmerzen, Müdigkeit/Ermüdbarkeit) abstelle, ohne mit funktionellen Einschränkungen zu argumentieren. Gestützt auf die subjektiven Angaben, d.h. gestützt auf das "verminderte Rendement" solle aus internistischer Sicht eine Einschränkung in der Grössenordnung von 20 % resultieren, was als zu hoch erscheine.

Die Psychiaterin stelle in ihrem Teilgutachten keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose. Der Beschwerdeführer habe in der Explorationssituation durchgehend aufmerksam und konzentriert gewirkt und den Spannungsbogen während des gesamten Gesprächs gehalten. Konzentrationsmängel und vorzeitige Erschöpfbarkeit seien den körperlichen Leiden zuzurechnen und nicht an eine eigenständige psychiatrische Erkrankung gebunden.

Es bleibe zusammenfassend festzuhalten, dass die SMAB-Gutachter von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 bis 60 % sowohl im bisherigen Tätigkeitsgebiet als auch in einer adaptierten Tätigkeit ausgehen würden. Das internistische Teilgutachten beziffere die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit 20 %, das kardiologische und das gastroenterologische je mit 30 % sowie das psychiatrische mit 0 % und begründeten dies mit dem Zusammenspiel mit den in den anderen Fachgebieten angesiedelten Einschränkungen.

Der RAD-Arzt Dr. C._____ habe in seinen Stellungnahmen vom 21. Juli 2016 und vom 26. Mai 2017 im Wesentlichen auf den gleichen medizinischen Sachverhalt abgestellt. Er sei aber insofern hinsichtlich der versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen, d.h. der Höhe der dem Beschwerdeführer zu attestierenden Arbeitsfähigkeit anderer Meinung als

die Gutachter, als er in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 30 % ausgehe. Die Zweifel von Dr. C. _____ an der Korrektheit der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die SMAB-Gutachter seien detailliert und schlüssig sowie nachvollziehbar begründet. Die Gutachter würden mit fachfremden Faktoren (kardiologisches Teilgutachten) sowie mit Schmerzen und Ermüdung/Ermüdbarkeit als subjektive Faktoren (internistisches und gastroenterologisches Teilgutachten) ohne Hinweis auf funktionelle Einschränkungen argumentieren. Daher sei die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 % für jegliche Tätigkeiten nicht haltbar, was umso mehr gelte, als in der psychiatrischen Exploration keine relevanten kognitiven Defizite hätten objektiviert werden können.

Die Frage, ob stattdessen auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes abzustellen und von einer maximal 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, verneinte das Gericht. RAD-Arzt Dr. C. _____ begründe zwar seine ausführliche Kritik gegen die versicherungsmedizinische Beurteilung der SMAB-Gutachter in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise. Dies gelte jedoch nicht für die von ihm formulierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. In seiner Stellungnahme vom 21. Juli 2016 widme er sich nämlich fast ausschliesslich der Kritik am SMAB-Gutachten. Seine eigene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung handle er dagegen im Wesentlichen auf drei Zeilen ab (vgl. Titel "Beurteilung"). Des Weiteren widme sich Dr. C. _____ in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2017 vollumfänglich der Kritik am Gutachten und werfe zudem die – von ihm letztlich unbeantwortet gelassene – Frage nach der Notwendigkeit einer neuropsychologischen Testung auf. Diese Frage verdeutliche seine Unsicherheit hinsichtlich der Korrektheit seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Da in casu im Wesentlichen die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen bzw. die Höhe der dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitsfähigkeit umstritten sei, hätte die IV-Stelle die SMAB-Gutachter mit der berechtigten Kritik des RAD-Arztes konfrontieren und ihnen Gelegenheit geben müssen, sich dazu und zu einer allfälligen Notwendigkeit einer neuropsychologischen Testung mit Symptomvalidierung zu äussern. Da die versicherungsmedizinischen Konsequenzen eines im Wesentlichen unbestrittenen medizinischen Sachverhalts zu prüfen seien, sei das Vorliegen eines medizinischen Abklärungsbedarfs zu verneinen. Die Einholung eines neuen polydisziplinären Gutachtens erscheine daher als unnötig. Unter prozessökonomischen Aspekten erscheine es als sinnvoll, die bestehenden Unklarheiten dadurch zu beseitigen, indem die SMAB-Gutachter mit der berechtigten Kritik von Dr. C. _____ konfrontiert und sie zur Erstellung einer

Stellungnahme aufgefordert würden. Zu prüfen sei zudem die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Testung mit Symptomvalidierung. In diesem Sinne hiess das Verwaltungsgericht die Beschwerde gut, hob die Verfügung der IV-Stelle vom 30. Mai 2017 auf und wies die Angelegenheit zur Ergänzung der gutachterlichen Ausführungen an die IV-Stelle zurück (IV-act. 141).

4.5 Am 12. März 2019 nahm die SMAB AG zu den von der IV-Stelle gestellten Fragen Stellung. Aus gastroenterologischer Sicht führe der RAD unter Neuakten die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie vom 25. Oktober 2016 auf – zu der auch im gastroenterologischen Gutachten geraten worden sei –, bei der ein bekannter Kurz-Segment-Barrett-Ösophagus und eine kleine Hiatushernie bestätigt, aber keine schwere Refluxösophagitis gefunden worden sei. Dazu sei zu sagen, dass der Versicherte unter hochdosierter Säurehemmung gestanden habe und vor allem, dass die Probleme des Versicherten von der schweren Motilitätsstörung des Ösophagus herrührten, die in einer gewöhnlichen Ösophago-Gastro-Duodenoskopie nicht nachgewiesen werden könne. Der RAD bemängle vor allem die Kumulation der Arbeitsunfähigkeiten aus den drei Teilgutachten. Die internistischen Diagnosen mit einem ungenügend eingestellten Diabetes mellitus II, der Niereninsuffizienz sowie der Skelett- und Kopfschmerzen mit einer Medikamentenliste von zehn Präparaten machten eine Aufaddierung der kardiologisch und gastroenterologisch begründeten Arbeitsunfähigkeit durchaus plausibel. In kardiologischer Hinsicht sei von den Richtern des Verwaltungsgerichts richtig verstanden worden, dass die reduzierte körperliche Belastbarkeit durch mehrere zusammenspielende Faktoren bedingt sei. An extrakardialen Faktoren seien namentlich die Einflüsse von Detraining, Gewichtszunahme, Schmerzen im linken Bein und eventuell auch von Medikamenten aufgeführt worden. Andererseits müsse klar festgehalten werden, dass im Zeitraum der Beurteilung durchaus von einer funktionellen Minderung der Kreislaufbelastbarkeit auszugehen gewesen sei. Anhand des Krankheitsverlaufes mit besagter Dekonditionierung müsse unzweifelhaft davon ausgegangen werden, dass der Kreislauf bei körperlichen Anstrengungen eingeschränkt belastbar gewesen sei, ausgedrückt durch eine zu erwartende relativ höhere Herzfrequenz und geringe maximal erreichbare Belastungsstufe, trotz erhaltener Pumpfunktion und ohne Hinweise auf residuelle Ischämie – bei allerdings nur geringen Belastungen im damaligen Alltag und erheblich ausgebauter Medikation. Das Ausmass dieser Einschränkung habe nicht zuverlässig evaluiert werden können. Eine Ergometrie sei von den behandelnden Ärzten wie auch vom Gutachter wegen den diversen körperlichen Behinderungen des Versicherten als nicht aussagekräftig betrachtet worden. Diese unzweifelhaft anzunehmende Minderung der Kreislaufbelastbarkeit habe zur Einschätzung des

Gutachters auf eine um 30 % geminderte Arbeitsfähigkeit geführt, die auch retrospektiv noch als angemessen erscheine. Die potentielle Verbesserung durch ein aufbauendes Bewegungsprogramm sei in dieser Einschätzung einbezogen worden. In internistischer Hinsicht sei bereits im Gutachten eingeräumt worden, dass das Zusammenspiel der verschiedenen internistischen Leiden (insbesondere schlecht eingestellter Diabetes, eingeschränkte Nierenfunktion, Bewegungsbehinderung, Kopfschmerzen) nicht einfach zu evaluieren und daher die postulierte Minderung der Leistungsfähigkeit nicht einfach zu quantifizieren sei, vor allem weil die einzelnen Diagnosen für sich genommen keine eindeutige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären würden. Andererseits sei medizinisch klar belegt, dass namentlich der Diabetes und die Nierenfunktionsstörung zu verstärkter Ermüdbarkeit Anlass geben könnten. Die vom Gutachter geschätzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von rund 20 % basiere also nicht bloss auf den Klagen des Versicherten, sondern auf den anzunehmenden Interaktionen der im Gutachten genannten Diagnosen. Die damals postulierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % werde daher als nach wie vor angemessen betrachtet. Weiter nahmen die Gutachter den MRI-Befund des rechten Knies vom 14. März 2017, bei dem das Vorliegen eines Knorpelschadens am rechten Knie bestätigt wurde, zur Kenntnis. Auf die Aussagen des Gutachtens vom 1. Juli 2016 hätten diese neuen Befunde keine Auswirkungen. Was die interdisziplinär erfolgte Kumulation der Einschränkungen anbelangt, wiesen die Gutachter darauf hin, dass sich die Einschränkungen der verschiedenen Fachgebiete unterschiedlich auswirkten: Die internistischen Leiden, namentlich der ungenügend eingestellte Diabetes mellitus II und die eingeschränkte Nierenfunktion, liessen eine allgemein erhöhte Ermüdbarkeit erwarten. Zeitlich davon unabhängig bestünden die chronischen Abdominalbeschwerden, die der vorliegenden Refluxkrankheit mit komplizierender Motilitätsstörung des Ösophagus zugeschrieben würden. Dazu komme die reduzierte Kreislaufbelastbarkeit bei Anstrengungen. Schliesslich geselle sich der ebenfalls anhaltende Einfluss der damals bereits ausgedehnten Medikation dazu. Diese Einschränkungen würden sich somit überlappen. Wiederum sei einzuräumen, dass das Ausmass dieser Überlappung schwierig festzulegen und zu bemessen sei. Daher sei im Konsens auch ein Bereich der Arbeitsunfähigkeit und nicht ein fixer Prozentsatz definiert worden. Die angenommene Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % widerspiegeln den Ermessensspielraum. Auch retrospektiv erscheine den Gutachtern dieser Wert plausibel. Zur Frage nach der Indikation für eine neuropsychologische Testung wiesen die Gutachter darauf hin, dass bei der Exploration durch die Psychiaterin keine pathologischen Veränderungen bezüglich Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnis oder Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung etc. aufgefallen seien. Auch den beiden anderen Gutachtern sei der

Versicherte zwar eher langsam, aber durchaus aufmerksam und konzentriert ohne Verlust des Spannungsbogens über die Untersuchungszeit, die beim Internisten/Kardiologen doch insgesamt 2 1/2 Stunden gedauert habe, erschienen. Damit habe sich zum Untersuchungszeitpunkt keine Indikation für eine neuropsychologische Testung ergeben. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass aus ihrer Sicht an den Einschätzungen des Gutachtens unverändert festgehalten werde (IV-act. 142).

4.6 Die IV-Stelle unterbreitete die Stellungnahme der Gutachter wiederum ihrem RAD-Arzt Dr. C. _____. Dieser nahm am 28. März 2019 Stellung und hielt fest, der kardiologische Teilgutachter lege dar, dass trotz erhaltener Pumpfunktion des Herzens angesichts einer Dekonditionierung von einer funktionellen Minderung der Kreislaufbelastbarkeit auszugehen sei und dass angesichts diverser körperlicher Behinderungen eine Ergometrie zur Leistungsdiagnostik nicht als aussagekräftig betrachtet worden sei. Dass sich diese funktionelle Minderung der Kreislaufbelastbarkeit indes bezogen auf eine Tätigkeit ohne besondere Anforderungen (analog der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Applikationsmanager im IT/EDV-Bereich) an den Kreislauf nicht relevant leistungsmindernd auswirke, werde nicht berücksichtigt, sondern an der 30%igen Arbeitsunfähigkeit festgehalten. Die von internistischer Seite postulierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit werde vor allem mit Schmerzen und einer Ermüdung (im Kontext des Diabetes mellitus, der Nierenfunktionsstörung und der Medikation) begründet und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass diese nicht einfach zu quantifizieren sei. Andererseits werde daran festgehalten, dass die schmerz- und ermüdungsbedingt vorhandenen Einschränkungen kumulierbar seien und dabei auf eine zeitlich voneinander unabhängige Leistungsreduktion aufgrund diverser Problemkreise (Diabetes, Niere, Medikation, Dekonditionierung) hingewiesen und letztlich an der 40 bis 50%igen Einschränkung festgehalten, während gleichzeitig auch darauf hingewiesen werde, dass das Ausmass der Überlappung schwierig festzulegen sei. Mit der Frage konfrontiert, ob eine neuropsychologische Testung indiziert sei, werde auf den klinischen Eindruck anlässlich der teilgutachterlichen inkl. der psychiatrischen Begutachtung verwiesen, anlässlich derer zumindest keine relevanten Anhaltspunkte/Hinweise für eine neurokognitive Defizitsymptomatik oder vorzeitige Ermüdung erkennbar gewesen seien. Im Widerspruch hierzu werde denn gleichwohl auf dem Boden vordergründiger Schmerzen und einer Ermüdung/Dekonditionierung (und damit mutmasslich assoziierter funktio-neller Einbussen) daran festgehalten, dass sich die teilgutachterlich gemachten Einschätzungen zumindest teiladditiv im Sinne einer doch beträchtlichen 40 bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit auswirkten. Insofern vermöge die gutachterliche Argumentation unverändert nicht zu überzeugen, weshalb er an seiner Einschätzung/Beurteilung einer Einschränkung von

maximal 30 % (Begründung: vermehrter Pausen-/Erholungsbedarf infolge Schmerzen/Ermüdbarkeit) festhalte. Wenn teiltgutachterlich jeweils eine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 20 bis 30 % erfolgt sei und seinerseits die Kumulierbarkeit – auch unter Berücksichtigung des klinischen Eindrucks anlässlich der Begutachtung – bestritten werde, so resultiere letztlich eine maximal 30%ige Arbeitsunfähigkeit, welche gestützt auf den klinischen Eindruck anlässlich der teiltgutachterlichen und psychiatrischen Exploration denn auch plausibel erscheine (IV-act. 143).

4.7 Am 2. März 2021 nahm RAD-Arzt Dr. C. _____ ein weiteres Mal Stellung und führte aus, den Neuakten könne zusammengefasst Folgendes entnommen werden: Die MR Untersuchung des Schädels vom 18. Januar 2018 habe einen unauffälligen Befund ergeben. Anfang 2018 habe sich der Versicherte einer operativen Behandlung eines Perianalabszesses unterziehen müssen, was lediglich vorübergehend (weniger als drei Monate) zu einer höhergradigeren Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Die klinisch und bildgebend nachgewiesene grosse Bauchwandhernie werde als asymptomatisch beschrieben und bedinge höchstens bezogen auf körperlich schwere/überwiegend mittelschwere Tätigkeiten eine Minderbelastbarkeit. Im Falle einer störenden Symptomatik/Beeinträchtigung würde sich nebst konservativen Massnahmen (Bruchband) eine operative Sanierung anbieten. Unter PPI-Therapie hätten sich im Mai 2018 makro- und mikroskopisch keine Anhaltspunkte/Hinweise für eine signifikante Entzündung und/oder eine anderweitige Pathologie gefunden. Die hausärztliche Feststellung eines vermehrten sozialen Rückzugs bei depressiver Entwicklung würde im Falle einer relevanten affektiven Störung bzw. bei entsprechendem Leidensdrucks eine fachärztlich psychiatrische und ggf. medikamentös antidepressive Behandlung erwarten lassen. Anhaltspunkte/Hinweise hierfür liessen sich den im Anhörungsverfahren beigebrachten Berichten nicht entnehmen. Zusammenfassend kam der RAD-Arzt zum Schluss, dass sich den im Anhörungsverfahren beigebrachten medizinischen Berichten keine Befunde/Diagnosen und hieraus resultierende funktionelle Einschränkungen entnehmen liessen, welche eine länger andauernde oder gar dauerhafte, von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit (ohne Überkopfarbeiten linksseitig und ohne Arbeiten mit hieraus resultierendem hohem intraabdominellen Druck) begründen liessen (IV-act. 158).

5. Nach den vorstehenden Ausführungen präsentiert sich die Sachlage so, dass der medizinische Sachverhalt mit dem SMAB-Gutachten rechtsgenügend abgeklärt ist, hinge-

gen eine Uneinigkeit der Gutachter und des RAD-Arztes Dr. C. _____ bezüglich der dem Beschwerdeführer zu attestierenden Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Das hiesige Gericht erachtete die von Dr. C. _____ an der Korrektheit der interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgerufenen Zweifel mit Urteil vom 20. Dezember 2018 als schlüssig und nachvollziehbar und begründete dies insbesondere damit, dass die Gutachter mit fachfremden Faktoren sowie mit Schmerzen und Ermüdung/Ermüdbarkeit als subjektive Faktoren ohne Hinweis auf funktionelle Einschränkungen argumentierten. Aus diesem Grund konnte sich das Gericht der von den SMAB-Gutachtern dem Beschwerdeführer attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 % nicht anschliessen (VGer S 2017 90 vom 20. Dezember 2018 E. 5.5 [IV-act. 141]). Vorliegend stellt sich somit die Frage, ob es den SMAB-Gutachtern mit ihrer Stellungnahme vom 12. März 2019 gelang, die Zweifel des Gerichts zu entkräften.

5.1 Wie ein Blick in das Aktendossier zeigt, nahm die Gutachterstelle am 12. März 2019 (IV-act. 142) eingehend Stellung zu den seitens des Gerichts erhobenen Einwände an der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung.

5.1.1 In kardiologischer Hinsicht wurde dargelegt, dass trotz erhaltener Pumpfunktion des Herzens und ohne Hinweise auf eine residuelle Ischämie angesichts einer Dekonditionierung von einer funktionellen Minderung der Kreislaufbelastbarkeit auszugehen sei. Auch wenn es zutreffen mag, dass der Kreislauf des Beschwerdeführers eingeschränkt belastbar ist, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie RAD-Arzt Dr. C. _____ mit Stellungnahme vom 28. März 2019 (IV-act. 143) zu Recht festgestellt hat, wirkt sich diese funktionelle Minderung der Kreislaufbelastbarkeit bezogen auf eine Tätigkeit ohne besondere Anforderungen an den Kreislauf nicht leistungsmindernd aus, was somit auch für die seitens des Beschwerdeführers zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Applikationsmanager im IT/EDV-Bereich zu gelten hat. Diesen Umstand hat der kardiologische Sachverständige in seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausser Acht gelassen. Angesichts dessen kann auch mit dem Hinweis auf eine funktionelle Minderung der Kreislaufbelastbarkeit eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher und damit auch in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers nicht begründet werden. Daneben verwies der kardiologische Sachverständige wiederum auf die extrakardialen Faktoren, deren Berücksichtigung seitens des Gerichts bereits mit Urteil vom 20. Dezember 2018 gerügt wurde. Abgesehen davon lässt sich der Stellungnahme keine weitere Begründung für die in kardiologischer Hinsicht um 30 % geminderte Arbeitsfähigkeit entnehmen. Auch wenn die potentielle Verbesserung der Arbeitsfähigkeit offenbar in die Ar-

beitsfähigkeitsbeurteilung miteinbezogen wurde, kann sich das Gericht der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in kardiologischer Hinsicht somit weiterhin nicht anschliessen, erscheint diese doch als zu hoch eingestuft.

5.1.2 Diese Feststellung hat auch für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in internistischer Hinsicht zu gelten. Der internistische Teilgutachter begründete die seinerseits postulierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit in der ergänzenden Stellungnahme vom 12. März 2019 vor allem mit einer erhöhten Ermüdbarkeit im Kontext des ungenügend eingestellten Diabetes mellitus und der eingeschränkten Nierenfunktion. Im Widerspruch dazu stehen die Feststellungen der Gutachter, wonach sich anlässlich der teilgutachterlichen Untersuchungen keine relevanten Anhaltspunkte für eine neurokognitive Defizitsymptomatik oder eine vorzeitige Ermüdung finden liessen. Es bleibt mithin festzuhalten, dass der internistische Teilgutachter gleich wie im Gutachten vom 1. Juli 2016 wiederum im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellte, ohne mit funktionellen Einschränkungen zu argumentieren. Gleichzeitig wies er auch darauf hin, dass das Zusammenspiel der verschiedenen internistischen Leiden nicht einfach zu evaluieren und daher die postulierte Minderung der Leistungsfähigkeit nicht einfach zu quantifizieren sei und begründete dies vor allem damit, weil die einzelnen Diagnosen für sich genommen keine eindeutige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären würden. Dies weist auf seine eigene Unsicherheit hinsichtlich der Korrektheit seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung hin und spricht ebenfalls dafür, nicht auf seine Einschätzung abzustellen, dürfte sich doch auch die 20%ige Arbeitsunfähigkeit als zu hoch erweisen.

5.1.3 Angesichts des soeben Ausgeführten bestehen für das Gericht somit bereits konkrete Zweifel an den teilgutachterlich festgestellten Arbeitsunfähigkeiten in kardiologischer und internistischer Hinsicht. Den SMAB-Gutachtern gelang es jedenfalls nicht, diese Zweifel mit ihrer Stellungnahme vom 12. März 2019 auszuräumen.

5.1.4 Sodann kann sich das Gericht auch der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit weiterhin nicht anschliessen. Dabei ist zunächst auf die höchstrichterliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach in der Regel kein Anlass besteht, in verschiedenen medizinischen Fachgebieten ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten einfach zu kumulieren (vgl. BGer 8C_793/2017 vom 8. Mai 2018 E. 5.3). Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann somit je nach den konkreten Fallmerkmalen zu einem zu hohen oder zu niedrigen Ergebnis führen. Vorliegend wurde in der ergänzenden Stellungnahme vom 12. März 2019 daran festgehalten, dass die schmerz- und ermü-

dungsbedingt vorhandenen Einschränkungen kumulierbar seien. Dabei wiesen die Gutachter auf eine zeitlich voneinander unabhängige Leistungsreduktion aufgrund diverser Problemkreise (Diabetes, Niere, Dekonditionierung und Medikation) hin und hielten letztlich an der 40 bis 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest. Eine weitere Begründung sucht man indes vergebens. Wie RAD-Arzt Dr. C. _____ mit Stellungnahme vom 28. März 2019 zutreffend festgestellt hat, wurde die teiladditive Beurteilung der 40 bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem Boden vordergründiger Schmerzen und einer Ermüdung/Dekonditionierung und damit mutmasslich assoziierter funktioneller Einbussen begründet, während anlässlich der teilgutachterlichen Untersuchungen weder Anhaltspunkte für eine neurokognitive Defizitsymptomatik noch für eine vorzeitige Ermüdung erkennbar waren, was – wie bereits weiter oben festgestellt – widersprüchlich erscheint. Sodann liessen die Gutachter die Tatsache unberücksichtigt, dass Wechselwirkungen auch im Rahmen der Erholungsphasen möglich sind. Die Berücksichtigung dessen wäre vorliegend umso wichtiger gewesen, als die teiladditive Gesamtarbeitsunfähigkeit gerade im Wesentlichen mit Schmerzen und einer Ermüdung begründet wurde. Im Übrigen räumten die Gutachter auch im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ein, dass das Ausmass der Überlappung der verschiedenen Einschränkungen schwierig festzulegen und zu bemessen sei. Gesamthaft betrachtet bestehen somit weiterhin nicht unerhebliche Zweifel an der gesamthaft auf 40 bis 50 % eingeschätzten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auch nach Einholung der ergänzenden Stellungnahme der Gutachterstelle nicht darauf abgestellt hat.

5.2 Ebenfalls nicht zu beanstanden ist die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin anstelle des SMAB-Gutachtens auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes Dr. C. _____, der in Abweichung zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung eine Arbeitsfähigkeit von 70 % veranschlagte, abgestellt hat, erweist sich seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom 28. März 2019 (IV-act. 143) doch als nachvollziehbar und schlüssig. Ausschlaggebend hierfür ist, dass sich der RAD-Arzt in seiner neuerlichen Stellungnahme nicht ausschliesslich der Kritik am SMAB-Gutachten widmete, sondern auch darlegte, weshalb er von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgeht. Seine eigene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung begründete er damit, dass teilgutachterlich jeweils eine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 20 bis 30 % erfolgt sei. Da er die Kumulierbarkeit – auch unter Berücksichtigung des klinischen Eindrucks anlässlich der Begutachtung – bestritte, resultiere letztlich eine maximal 30%ige Arbeitsunfähigkeit, welche gestützt auf den klinischen Eindruck anlässlich der teilgutachterlichen und psychiatrischen Exploration

denn auch plausibel erscheine. Zur Begründung der von ihm angenommenen 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verwies er auf einen vermehrten Pausen-/Erholungsbedarf infolge Schmerzen/Ermüdbarkeit.

Angesichts dessen, dass Dr. C. _____ die Kumulierbarkeit der jeweiligen teilgutachterlichen Arbeitsunfähigkeiten nicht nachvollziehen konnte – was nach dem unter Erwägung 5.1.4 Ausgeführten einleuchtend ist –, erscheint es schlüssig, wenn er von einer maximal 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgeht, stellt er dabei doch auf die höchste teilgutachterliche Arbeitsunfähigkeitseinschätzung ab. Mit der Annahme einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hat er dem Beschwerdeführer einen vermehrten Pausen- bzw. Erholungsbedarf zufolge Schmerzen und Ermüdbarkeit zugestanden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers trifft es somit nicht zu, dass RAD-Arzt Dr. C. _____ seine abweichende Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit weiterhin nicht begründet hat. Hinzu kommt, dass er im Unterschied zu der im vorangegangenen Gerichtsverfahren aktenkundigen Stellungnahme vom 26. Mai 2017 (IV-act. 131) die Frage nach der Notwendigkeit einer neuropsychologischen Testung beantwortete und eine solche als nicht angezeigt erachtete. Es kann somit keine Rede mehr von einer allfälligen Unsicherheit hinsichtlich der Korrektheit seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sein. Da dementsprechend keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Beurteilung bestehen, besteht keine Veranlassung, davon abzuweichen. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass Dr. C. _____ keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, ist eine solche doch nicht stets erforderlich. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können auch nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Berichte und Stellungnahmen der RAD-Ärzte beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. BGer 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1), was vorliegend der Fall ist.

5.3 Soweit sich der Beschwerdeführer schliesslich auf den Standpunkt stellt, die IV-Stelle habe in unzulässiger Weise auf weitere Abklärungen verzichtet und damit den Untersuchungsgrundsatz verletzt, kann ihm ebenso wenig gefolgt werden. Insbesondere trifft es nicht zu, dass die Beschwerdegegnerin die Auflagen des hiesigen Gerichts nur teilweise umgesetzt bzw. bewusst missachtet haben soll. Wie dem Urteil vom 20. Dezember 2018 entnommen werden kann, hat das Verwaltungsgericht die Beschwerde gutgeheissen und die Angelegenheit zur Ergänzung der gutachterlichen Ausführungen an die IV-Stelle

zurückgewiesen. Dies wurde damit begründet, dass die IV-Stelle die SMAB-Gutachter mit der berechtigten Kritik von Dr. C._____ und der Frage der Notwendigkeit einer neuropsychologischen Testung zu konfrontieren und zu einer diesbezüglich Stellungnahme aufzufordern habe (VGer S 2017 90 vom 20. Dezember 2018 E. 5.5 [IV-act. 141]). Dem ist die Beschwerdegegnerin nachgekommen, hat sie die RAD-Stellungnahmen und das Urteil des Verwaltungsgerichts doch mit Schreiben vom 31. Januar 2019 der Gutachterstelle zugestellt und sie um eine Stellungnahme diesbezüglich sowie zur Notwendigkeit einer neuropsychologischen Testung gebeten (vgl. IV-act. 140). Die daraufhin von der Gutachterstelle am 12. März 2019 abgegebene Stellungnahme (IV-act. 142) hat sie wiederum ihrem RAD-Arzt Dr. C._____ zur Beurteilung vorgelegt (IV-act. 143). Nachdem sich der RAD-Arzt aus nachvollziehbaren Gründen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachterstelle weiterhin nicht anschliessen konnte und sich sowohl für die Gutachter (vgl. IV-act. 142 S. 3) als auch für den RAD-Arzt keine Indikation für eine neuropsychologische Testung ergab, bleibt unklar, inwiefern die Beschwerdegegnerin noch zu weiteren Abklärungen verpflichtet gewesen wäre, zumal ein medizinischer Abklärungsbedarf bereits mit Urteil vom 20. Dezember 2018 verneint worden ist. Das Verwaltungsgericht wies explizit darauf hin, dass es nur darum gehe, die versicherungsmedizinischen Konsequenzen eines im Wesentlichen unbestrittenen medizinischen Sachverhalts zu prüfen. Angesichts dessen wurde die Einholung eines neuen polydisziplinären Gutachtens als unnötig angesehen (VGer S 2017 90 vom 20. Dezember 2018 E. 5.5 [IV-act. 141]). Daran hat sich nichts geändert. Auch wenn sich die IV-Stelle und mit ihr auch das Gericht der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit weiterhin nicht anschliessen können, bedeutet dies nicht, dass das Gutachten seinen Beweiswert verliert (vgl. BGer 8C_483/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 2 mit Hinweisen) und ein Gerichtsgutachten notwendig wäre.

5.4 Nach dem soeben Ausgeführten ist festzustellen, dass der medizinische Sachverhalt mit dem SMAB-Gutachten zwar umfassend geklärt ist, die Zweifel an der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung jedoch auch mittels Stellungnahme der Gutachterstelle vom 12. März 2019 nicht ausgeräumt werden konnten, die Beschwerdegegnerin betreffend den Grad der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit somit zu Recht nicht auf das Gutachten abgestellt hat. Demgegenüber kann auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch den RAD-Arzt Dr. C._____ abgestellt werden, begründete er seine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70 % in der Stellungnahme vom 28. März 2019 doch schlüssig und nachvollziehbar. Gestützt auf die RAD-Beurteilung ist mit der Beschwerdegegnerin somit von einer maximalen 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint, sich die angefochtene Verfügung vom 4. März 2021 mithin als rechtmässig erwiesen hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist.

7. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensaufwand angemessen erscheint. Eine Parteidtschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 2. März 2023

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am