



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

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

U R T E I L vom 22. Januar 2024  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer  
vertreten durch RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Leistungen)

S 2022 31 (S 2019 150)

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

Im Zuge einer im Dezember 2012 eingeleiteten Rentenrevision holte die IV-Stelle vom Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) in Basel ein polydisziplinäres (internistisches, orthopädisches, neurologisches und psychiatrisches) Gutachten ein (IV-act. 92). Gestützt darauf reduzierte sie in der Folge den Rentenanspruch mit Verfügung vom 21. Januar 2015 per 1. März 2015 von einer ganzen auf eine Viertelsrente mit der Begründung, der Gesundheitszustand habe sich im Sinne von Art. 17 ATSG verbessert (IV-act. 103 und 105). Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde (IV-act. 107) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 in dem Sinne gut, als die Verfügung vom 21. Januar 2015 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 115). Das Bundesgericht trat auf eine dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten (IV-act. 113) mit Urteil 9C\_950/2015 vom 1. Februar 2016 nicht ein (IV-act. 114).

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

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

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

b) Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 28. Oktober 2019 liess A. \_\_\_\_\_ das Folgende beantragen (act. 1 im Verfahren S 2019 150):

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

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

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

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

- c) Der mit Verfügung vom 29. Oktober 2019 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f. im Verfahren S 2019 150).
- d) Mit Vernehmlassung vom 26. November 2019 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5 im Verfahren S 2019 150).
- e) Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 7 und 9 im Verfahren S 2019 150).
- f) Mit Urteil S 2019 150 vom 29. September 2021 hiess das Verwaltungsgericht die Beschwerde insofern gut, als der Beschwerdeführer in Abänderung der Verfügung vom 17. Oktober 2019 auch für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wurde auf die Beschwerde nicht eingetreten. Das Gericht kam zum Schluss, dass dem neurologischen Sachverständigen des BEGAZ Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, in seiner diagnostischen Einschätzung gefolgt werden könne. Den Eintritt der von ihm festgestellten vollen Arbeitsunfähigkeit beurteilte es jedoch abweichend vom Experten. Während dieser den Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf Oktober 2017 gesetzt hatte, schloss das Gericht auf das Jahr 2015 und sprach dem Versicherten gestützt darauf auch für den Zeitraum zwischen dem 1. März 2015 und dem 31. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente zu. Das kantonale Gericht begründete sein Abweichen betreffend den Zeitpunkt des Eintritts der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit im Wesentlichen mit zwei Aspekten: Erstens mit einem Laborbefund vom 10. Januar 2017, der auf eine monoklonale Gammopathie hinweist. Sodann damit, dass der Versicherte bereits ab 2015 über für das Stiff-Man-Syndrom typische Beschwerden geklagt habe (act. 11 im Verfahren S 2019 150).
- g) Eine gegen dieses Verwaltungsgerichtsurteil durch die IV-Stelle erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht mit Urteil 9C\_602/2021 vom 3. März 2022 teilweise gut. Das Bundesgericht hob das kantonale Urteil auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das hiesige Gericht zurück. Das Bundesgericht erwog, dass die Beurteilung des kantonalen Gerichts, wonach bereits der Liquorbefund vom 10. Januar 2017 mit dem Hinweis auf eine monoklonale Gammopathie in medizinischer Hinsicht relevant sein solle, einer (fach-)ärztlichen Einschätzung als Grundlage entbehre. Zwar werfe dieser Befund tatsächlich Fragen hinsichtlich seiner Relevanz und damit auch dem vom Experten festge-

setzten Zeitpunkt der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auf. Diese schlüssig zu beantworten, obliege jedoch einem Mediziner, insbesondere dem neurologischen Experten selbst, und nicht dem kantonalen Gericht. Die Sache sei daher an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese habe mittels Rückfragen an Dr. C. \_\_\_\_\_ zu klären, wie sich die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ab 2015 entwickelt habe. Diesbezüglich werde der Experte insbesondere zur Relevanz des Liquorbefunds vom 10. Januar 2017, aber auch sämtlicher früherer Laborbefunde, Stellung zu nehmen haben. Weiter werde er den Arbeitsfähigkeitsverlauf bei dieser Gelegenheit auch explizit im Lichte (allfälliger) bereits früher, insbesondere aber ab 2015 geklagter und mit dem Stiff-Man-Syndrom in Einklang stehender Beschwerden zu begründen haben (act. 19 im Verfahren S 2019 150).

B. Daraufhin eröffnete das Verwaltungsgericht unter der Verfahrensnummer S 2022 31 ein neues Dossier und ersuchte mit Schreiben vom 24. Mai 2022 Dr. C. \_\_\_\_\_ die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ab 2015 ausführlich darzulegen bzw. zum Zeitpunkt der Manifestation des Stiff-Man-Syndroms noch einmal eingehend Stellung zu nehmen (act. 11).

C. Am 14. August 2022 erstattete Dr. C. \_\_\_\_\_ seine ergänzende Stellungnahme, wobei er an seiner bisherigen Auffassung festhielt (act. 14).

D. Die vom Gericht eingeräumte Möglichkeit, zu den ergänzenden Ausführungen von Dr. C. \_\_\_\_\_ Stellung zu nehmen, nahm die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 29. August 2022 (act. 17) und der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. September 2022 (act. 19) wahr. Am 20. September 2022 stellte das Gericht die Stellungnahmen den Parteien je gegenseitig zur abschliessenden Stellungnahme zu, wovon die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 27. September 2022 Gebrauch machte (act. 21). Der Beschwerdeführer seinerseits reichte innert Frist keine abschliessende Stellungnahme, indes am 9. Januar 2023 noch eine weitere Eingabe ein (act. 23). Dazu nahm die IV-Stelle am 16. Januar 2023 Stellung (act. 25). Die letzte Eingabe des Beschwerdeführers erging daraufhin am 19. Januar 2023 (act. 27).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Zu den Eintretensvoraussetzungen, zum massgebenden Sachverhalt, zum anwendbaren Recht, zu den grundsätzlichen Voraussetzungen sowohl des Anspruchs auf eine Rente nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) als auch der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sowie zu den Grundsätzen der Beweiswürdigung hat sich das Gericht in Erwägung 1 bis 3 sowie 6 des Urteils S 2019 150 vom 29. September 2021 bereits eingehend geäussert.

1.2 Zu ergänzen ist, dass die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen dürfen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2).

1.3 Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Der Sachverhalt stellt sich vorliegend wie folgt dar: Mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 (IV-act. 115) stellte das Verwaltungsgericht fest, dass die ursprüngliche Verfügung vom 6. Januar 2005 (IV-act. 46), mit welcher dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2002 eine ganze Rente zugesprochen wurde, auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruht habe, weshalb die Verfügung vom 6. Januar 2005 zweifellos unrichtig gewesen und gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise ex nunc et pro futuro aufzuheben sei (E. 6.3 und 7.3 des genannten Urteils). Da keine vollends ausreichende medizinische Grundlage für eine neue Verfügung vorlag – das ABI-Gutachten wurde wegen Nichtprüfung der Foerster-Kriterien bei diagnostizierter anhaltender somatoformer Schmerzstörung diesbezüglich als mangelhaft (E. 7.2), ansonsten aber als überzeugend (E. 7.3) beurteilt –, wurde die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen. Mit Urteil S 2017 38 vom 26. April 2018 (IV-act. 152) bestätigte das Verwaltungsgericht

nochmals, dass die ursprüngliche Rentenzusprache auf keiner rechtsgenügenden medizinischen Grundlage beruht habe und die Verfügung vom 6. Januar 2005 zu Recht in Wiedererwägung gezogen worden sei (E. 7.1). Da auch das ZIMB-Gutachten nicht alle erforderlichen Angaben für die Prüfung der Frage enthielt, ob sich ein invalidisierender Gesundheitsschaden anhand der Standardindikatoren verifizieren lässt (E. 7.2.2), wurde die Sache erneut zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zum anschließenden Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen. Im zuletzt genannten Urteil legte das Gericht auch dar, weshalb die Verfügung vom 6. Januar 2005 bereits mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 als aufgehoben zu gelten hat (E. 4.1) und weshalb keine Verletzung des Verbots der reformatio in peius vorliegt (E. 4.2). An diese soeben dargelegten Erwägungen der Rückweisungsentscheide S 2015 24 und S 2017 38 ist das hiesige Gericht gebunden, weshalb auf eine erneute Überprüfung derselben Einwände des Beschwerdeführers: Dauer der formellen Rechtskraft der Verfügung vom 6. Januar 2005, Voraussetzungen von Art. 53 Abs. 2 ATSG nicht gegeben und Verletzung des Verbotes der reformatio in peius; an dieser Stelle zu verzichten ist und stattdessen auf die zutreffenden Erwägungen der genannten Urteile verwiesen wird. Dementsprechend ist auf das erste Rechtsbegehren des Beschwerdeführers – Bestätigung der Rentenverfügung vom 6. Januar 2005, eventualiter Feststellung, dass die Verfügung vom 6. Januar 2005 bis zum Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2019 formell rechtskräftig gewesen sei – nicht einzutreten. Einer Überprüfung durch das Bundesgericht zusammen mit dem Endentscheid sind die Einwände des Beschwerdeführers allerdings nicht entzogen, handelt es sich bei den genannten Rückweisungsentscheiden doch um nicht selbständig anfechtbare Zwischenentscheide, sodass diesbezüglich keine res iudicata vorliegt. Nach den vorstehenden Ausführungen präsentierte sich die Sachlage im Nachgang zu den beiden Rückweisungsentscheiden des Verwaltungsgerichts also so, dass die ursprüngliche Verfügung vom 6. Januar 2005 wiedererwägungsweise ex nunc et pro futuro aufgehoben wurde und über den Rentenanspruch ab 1. März 2015 neu verfügt werden musste. Dies hat die Beschwerdegegnerin mittels angefochtener Verfügung vom 17. Oktober 2019 (IV-act. 194 und 196) getan und dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2018 eine unbefristete ganze IV-Rente zugesprochen, für die Zeit vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 einen Rentenanspruch hingegen verneint. Nachdem im Nachgang dazu das Bundesgericht mit Urteil 9C\_602/2021 vom 3. März 2022 das vorinstanzliche Urteil vom 29. September 2021 (S 2019 150), womit dem Beschwerdeführer auch für die Zeitspanne vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde, aufgehoben und die Sache zur Einholung einer Stellungnahme des neurologischen Sachverständigen und zum

anschliessenden Neuentscheid an das hiesige Gericht zurückgewiesen hat (act. 4), ist somit nach wie vor der Rentenanspruch für die genannte Zeitperiode vom 1. März 2015 bis 31. Dezember 2017 strittig.

3. Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, es hätten vor einer Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden müssen, kann er nicht gehört werden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin trifft es zwar nicht zu, dass die vom Beschwerdeführer angesprochene Rechtsprechung nur bei einem ursprünglich rechtmässigen Rentenbezug anwendbar wäre. Das Bundesgericht spricht jedenfalls in mehreren Entscheiden davon, dass bei Personen, deren Rente wiedererwägungs- oder revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen sind (anstatt vieler: BGer 8C\_80/2020 vom 19. Mai 2020 E. 2.3.1 f.; 8C\_84/2019 vom 29. August 2019 E. 7.2.2). Vorliegend ist jedoch zu beachten, dass die IV-Stelle die dem Beschwerdeführer seit 1. Januar 2002 ausgerichtete ganze Rente bereits mit Verfügung vom 21. Januar 2015 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat und anschliessend das hiesige Gericht die ursprüngliche Verfügung vom 6. Januar 2005, mit der eine ganze Rente zugesprochen wurde, mit Urteil vom 12. November 2015 wegen zweifelloser Unrichtigkeit wiedererwägungsweise aufgehoben hat, was dazu geführt hat, dass der Beschwerdeführer bis zur Beendigung der ergänzenden Abklärungen gar keine Invalidenrente erhält (vgl. VGer ZG S 2015 24 vom 12. November 2015 E. 7.3). Sowohl zum Zeitpunkt der Rentenherabsetzung im Januar 2015 als auch zum Zeitpunkt der Aufhebung der ursprünglichen Verfügung im November 2015 hatte der Beschwerdeführer indes weder das 55. Altersjahr erreicht noch lag eine Bezugsdauer von mindestens 15 Jahren vor. Unter diesen Umständen bestand keine Verpflichtung, vor der Rentenaufhebung berufliche Massnahmen durchzuführen.

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

4.1 Im Rahmen der Beurteilung vom 29. September 2021 (S 2019 150) würdigte das Gericht die in der Folge noch einmal abgedruckten medizinischen Berichte:

4.1.1 Mit Gutachten vom 17. Mai 2004 hielten Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, und Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Klinik F. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen fest: belastungsabhängig zu-

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

4.1.2 Bei den Akten liegt weiter ein Gutachten des ABI vom 22. Juli 2014. Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2); 2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5); 3. Chronische Knieschmerzen links (ICD-10 M79.66/Z98.8); 4. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8); 5. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter im Übrigen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein Übergewicht mit BMI 28 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.99) sowie einen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) fest. Bei der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter unter Ziff. 6.2 zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus, dass bei der orthopädischen Untersuchung mindestens vier von fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen seien als Hinweis für eine nicht-organische Beschwer-

deursache. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich eine massiv eingeschränkte bis aufgehobene Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte gezeigt, an den oberen und unteren Extremitäten dagegen eine weitgehend freie Beweglichkeit mit Ausnahme einer Einschränkung für Überkopfbewegungen an den Schultern unter in eindrucksvoller Weise aufgebaute Gegenspannung. An den Knien habe der Explorand federnde Bewegungen samt Streckdefizit gezeigt. Radiologisch würden Diskopathien der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule ohne klaren Hinweis für eine Neurokompression vorliegen. Am rechten Kniegelenk würden Meniskusküsläsionen im Bereich des medialen Hinter- und lateralen Vorderhorns sowie links gleichfalls posteromedial einschliesslich deutlich trochlearer Knorpelschäden bestehen. Zusammenfassend hätten sich die vom Exploranden diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde kaum begründen lassen. Es hätten deutliche Inkonsistenzen und klare Hinweise für eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte bestanden. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die als angestammt anzusehende Tätigkeit als Hilfsschreiner ebenso wie für jede andere körperlich schwere Verrichtung eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten unter wechselnder Belastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis intermittierend 15 kg und ohne die Einnahme kniender oder hockender Positionen, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung habe der Explorand eine ausgeprägte Schwäche und Minderinnervation am rechten Arm gezeigt. Die angegebenen Sensibilitätsstörungen seien insgesamt schwierig abgrenzbar gewesen, sodass sehr wahrscheinlich eine radikuläre Symptomatik aktuell nicht vorliege. Es hätten Hinweise für eine Symptomverdeutlichung bestanden. An den unteren Extremitäten habe ebenfalls eine stark ausgeprägte Minderinnervation mit ruckartigem Nachgeben in allen Muskelgruppen bestanden. Am rechten Bein habe der Explorand eine Sensibilitätsverminderung proximal betont, vorwiegend an der Innenseite des Oberschenkels, aber auch an der Innenseite des Unterschenkels angegeben. Die sensiblen Defizite würden jedoch deutlich über das Versorgungsgebiet des Nervus saphenus hinausgehen. Sie liessen sich weder einem peripheren Nerv noch einem radikulären Syndrom zuordnen. Bei der Prüfung von Stehen und Gehen habe der Versicherte ein dysfunktionelles Verhalten gezeigt, sodass die Beurteilbarkeit relevant eingeschränkt gewesen sei. Aus neurologischer Sicht könne insgesamt keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass für die vom Exploranden angegebenen körperlichen Beschwerden kein hinreichendes organisches Korrelat habe gefunden werden können. Es müsse von einer subjektiven Schmerzempfindungsstörung ausgegangen werden, welche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzu-

ordnen sei. Ausserdem habe sich der Explorand in einem depressiven Zustand präsentiert und es habe eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Insgesamt würden die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss kommen, dass beim Exploranden für die angestammte Tätigkeit als Hilfsschreiner ebenso wie für jede andere körperlich schwer belastende Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit vorliege. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (ganztags verwertbar mit erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement; IV-act. 92).

4.1.3 In Nachachtung des Urteils des Verwaltungsgerichts vom 12. November 2015 liess die IV-Stelle den Versicherten durch das ZIMB polydisziplinär (internistisch, neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachten. Das Gutachten datiert vom 14. Oktober 2016. Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Medial betonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose im Bereich des linken Kniegelenkes mit einer Chondropathie Grad II bzw. III nach Kellgren mit/bei: Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie, Teilsynovektomie und Resektion einer Plica infrapatellaris links am 10. September 2012; 2. Chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit/bei: degenerativen Veränderungen der HWS (MRI vom 27. Mai 2014), aktuell ohne Radikulopathie; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: degenerativen Veränderungen der LWS (MRI vom 17. März 2014), aktuell ohne Radikulopathie. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter im Übrigen Folgendes fest: 1. Initiale, medial betonte Gonarthrose im Bereich des rechten Kniegelenkes mit einer Chondropathie Grad I nach Kellgren; 2. Beginnender Knick-Senk-Spreizfuss beidseits; 3. Status nach Kopftrauma 19. Januar 2000 mit HWS-Distorsion mit/bei: Status nach möglicher leichter Commotio cerebri, kein Hinweis auf eine traumatische hirnorganische Schädigung oder sonstige persistierende unfallbedingte Läsion nervaler Strukturen; 4. Arterielle Hypertonie mit/bei: normal dimensionierter linker Ventrikel mit konzentrischem Remodelling als Vorstufe einer linksventrikulären Hypertrophie (Echokardiographie vom 27. Mai 2015); 5. Obstruktives Schlafapnoesyndrom, unter CPAP-Therapie gut eingestellt; 6. Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00). Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte aus rein somatischer Sicht aufgrund seiner funktionellen Einschränkungen im Bereich des linken Kniegelenkes bei medial und femorotibial betonter Gonarthrose als

auch aufgrund der Funktionseinschränkungen durch das chronische zervikozepale und chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsschreiner nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden, leichten Tätigkeit ohne das körpernahe Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das körperferne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe, ohne Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern oder Hocken, ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das Gehen auf unebenem Gelände, ohne das Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, ohne das mehr als gelegentliche Treppensteigen, ohne Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung, ohne Tätigkeiten ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie ohne Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund, ohne Überkopfarbeiten (Hyperlordosierung der HWS) sowie ohne das mehr als gelegentliche Verrichten von Tätigkeiten in kniender Position sowie im Hocksitz bestehe bezogen auf ein volles Pensum eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus fachneurologischer Sicht bestehe bei dem Status nach Kopftrauma vom 19. Januar 2000 mit HWS-Distorsion mit einer möglichen leichten Commotio cerebri, aber ohne Hinweis auf eine traumatische hirnorganische Schädigung oder sonstige persistierende unfallbedingte Läsion nervaler Strukturen und ohne radikuläre Ausfallssymptomatik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen dieses interdisziplinären Gutachtens würden die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdenuvalidierung erhebliche Inkonsistenzen und Unplausibilitäten auf eine negative Antwortverzerrung bei dem Versicherten hinweisen und insbesondere keine Wertung der formal in verschiedenen Bereichen weit unterdurchschnittlichen Ergebnisse zulassen. Aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe die Diagnose einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom, welche aber keinen limitierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten habe. Aus interdisziplinärer Sicht gingen die Gutachter demzufolge für eine dem orthopädischen Leiden optimal angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 130).

4.1.4 Nachdem das Verwaltungsgericht auch die darauffolgende Verfügung der IV-Stelle mit Urteil S 2017 38 vom 26. April 2018 aufgehoben hatte, gab die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung in Auftrag. Das polydisziplinäre Gutachten des BEGAZ datiert vom 6. März 2019. Die Gutachter gingen dabei von folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus: 1. Verdacht auf Stiff-Man-Syndrom (ED Juli 2018): wahrscheinlich paraneoplastisch bei multiplem Myelom (ED April 2018), chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, Status nach Arbeitsunfall vom 19. Januar 2000, chronisches cervico-vertebrales Schmerzsyndrom, Status nach Kopfkontusion am 19. Januar 2000, Diskus-

protrusionen HWK3 bis HWK6 mit Foraminalstenosen rechtsbetont (MRI der HWS vom 31. Mai 2018), multisegmentale degenerative HWS-Veränderungen insbesondere mit Diskopathie C5/6, chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom bds., Diskusprotrusionen LWK3/4 und LWK5/S1 (MRI der LWS vom 17. März 2014); 2. Medial betonte Gonarthrose links: Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie am 10. September 2012, radiologisch Meniskusriss im Bereich des medialen Hinterhornes gemäss MRI vom 16. August 2013, Femoropatellararthrose links und 3. Chronische Knieschmerzen rechts: Status nach Kniearthroskopie ca. 1997, degenerative Meniskusläsion im Bereich des medialen Hinterhornes und kleine Ruptur am lateralen Vorderhorn gemäss MRI vom 28. April 2014, initiale mediale Gonarthrose rechts. Unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Folgenden genannt: 4. Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel rechtsbetont (Trapezius, rechts mehr als links und Rhomboidei rechts und am Beckengürtel [Knieflexoren bds.]); 5. Beginnende Heberden-Arthrosen am rechten Kleinfinger und am linken Zeigefinger; 6. Leichte depressive Störung möglich (ICD-10 F32.0) und 7. Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0). Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit unverändert von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Betreffend Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde darauf hingewiesen, dass aus rheumatologischer Sicht bezüglich des Bewegungsapparates keine objektiven neuen Befunde bestünden, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründen würden. Sowohl aus rheumatologischer Sicht als auch in der orthopädischen Beurteilung im ABI- und ZIMB-Gutachten sei dem Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit mit leichten Gewichtsbelastungen bis zehn Kilogramm und wechselbelastenden Tätigkeiten ohne stereotype repetitive Bewegungsabläufe und ohne spezifische Belastung der Wirbelsäule und der Kniegelenke jeweils eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert worden. Dies gelte weiterhin. Unter Berücksichtigung der neu gestellten Diagnosen eines multiplen Myeloms beziehungsweise eines damit assoziierten Stiff-Man-Syndroms müsse jedoch aktuell aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten leichten Tätigkeiten attestiert werden. Es bestehe daher zurzeit auch in einer adaptierten leichten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Der Beginn dieser Einschränkung sei retrospektiv schwierig festzulegen; arbiträr könne er ab dem Zeitpunkt der in H. \_\_\_\_\_ vorgenommenen Abklärungen im Oktober 2017 angenommen werden, wo mit dem pathologischen Liquorbefund erstmals die zur aktuellen Diagnose führende Erkrankung des Immunsystems festgestellt worden sei (IV-act. 183).

4.2 Auf Veranlassung des Bundesgerichts wurde bei Dr. C. \_\_\_\_\_ schliesslich eine ergänzende Stellungnahme eingeholt, die vom 14. August 2022 datiert. Beurteilend führte der Sachverständige aus, die retrospektive Benennung eines Zeitpunkts, mit welchem die 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit infolge des Stiff-Man-Syndroms eingetreten sei, sei schwierig, da die vom Exploranden beklagten Beschwerden zwar mit einem Stiff-Man-Syndrom teilweise vereinbar, aber nicht spezifisch hierfür seien. Eine klare Abgrenzung gegenüber den früher gestellten Diagnosen sei nicht zwanglos möglich. Die Beurteilung erfolge arbiträr nach Kriterien der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dass der Krankheitsbeginn des Stiff-Man-Syndroms mit dem rund 20 Jahre zurückliegenden Beschwerdebeginn (damals im Zusammenhang eines Arbeitsunfalls 2000 sowie degenerativer Wirbelsäulenveränderungen geltend gemacht) zusammenfalle, sei weitgehend unwahrscheinlich angesichts dessen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem paraneoplastischen Stiff-Man-Syndrom bei zugrundeliegendem multiplem Myelom auszugehen sei. Wie bereits im Gutachten ausgeführt worden sei, sei es kaum denkbar, dass das Maglinom bereits damals vorgelegen, im langjährigen Verlauf aber keine weiteren klinischen Manifestationen als das Stiff-Man-Syndrom erzeugt habe. Am anderen Ende des Spektrums könne man sich auch auf den Standpunkt stellen, den Beginn mit dem Zeitpunkt der erstmals mit dem Nachweis von GAD-Antikörpern gestellten Verdachtsdiagnose eines Stiff-Man-Syndroms zu datieren, oder gar erst auf den Zeitpunkt der Erhärtung der Diagnose mit dem pathologischen EMG-Befund der paravertebralen thorakalen Muskulatur zu postulieren, da GAD-Antikörper beim Stiff-Man-Syndrom häufig, aber weder beweisend noch Voraussetzung für die Diagnose seien. Die rückwirkende Datierung sei spekulativ, wenn sie nicht anhand von zureichenden Daten mit dem Grad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründet werden könne. Er habe arbiträr den Zeitpunkt von Oktober 2017 angenommen, weil damals mit dem pathologischen Liquorbefund erstmals ein Befund vorgelegen habe, der auf eine immunologische Erkrankung des zentralen Nervensystems hingewiesen habe.

Was den Laborbefund vom 10. Januar 2017 betreffe, sei festzuhalten, dass es sich dabei nicht um einen Liquorbefund, sondern um einen Serumbefund, also eine Blutuntersuchung handle. Im Laborbericht vom 10. Januar 2017 sei eine Serum-Proteinelektrophorese bezeichnet worden, welche auf eine monoklonale Gammopathie hingewiesen habe. Zur weiteren Abklärung sei eine Immunfixation empfohlen worden. Der Laborbefund einer monoklonalen Gammopathie im Serum gelte als Vorstufe bestimmter Erkrankungen, z.B. eines multiplen Myeloms. Er sei also vor allem von hämatologischer Bedeutung, beweise aber auch nicht, dass ein multiples Myelom zum damaligen Zeitpunkt bereits vorgelegen habe.

Diese Untersuchung des Serums erlaube keine spezifischen Rückschlüsse auf ein Stiff-Man-Syndrom. Die Zuordnung des Beginns der neurologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu diesem Serum-Laborbefund könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Die vertiefende Abklärung und Einordnung des Serumbefunds sei Gegenstand einer hämatologischen Evaluation. Die mit dem Laborbericht vom 10. Januar 2017 empfohlene Immundefixation sei ein gutes Jahr später durchgeführt worden und habe in den einzelnen Globulin-Fraktionen zwar durchaus noch Werte im Normalbereich gezeigt. Es habe sich jedoch ein Extragradiant im Gammabereich gezeigt und es sei zusätzlich die quantitative Bestimmung der freien Leichtketten im Serum empfohlen worden. Die vertiefende Abklärung sei durch den Hämatologen PD Dr. med. I. \_\_\_\_\_ durchgeführt worden und habe schlussendlich zur Diagnose eines multiplen Myeloms geführt. Die Diagnose des multiplen Myeloms (als wahrscheinlich paraneoplastischer Ursache des Stiff-Man-Syndroms) sei gemäss dem hämatologischen Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ überdies nicht anhand der Paraproteinämie im Serum, sondern aufgrund der nachfolgenden Untersuchung des Knochenmarks gestellt worden. Die Assoziation zwischen den 2018 gestellten Diagnosen eines multiplen Myeloms und eines Stiff-Man-Syndroms lege eine paraneoplastische Aetiologie des Stiff-Man-Syndroms nahe, sage aber nichts über den Zeitpunkt, zu welchem das Stiff-Man-Syndrom aufgetreten und zu einer invalidisierenden Behinderung geführt habe. Aus dem Dargelegten gehe hervor, dass die Serum-Laborbefunde vom 10. Januar 2017 und 8. März 2018 von hämatologischer Relevanz gewesen seien, in Bezug auf die neurologische Erkrankung jedoch nicht überwiegend wahrscheinliche Rückschlüsse erlaubten.

Zur Feststellung des Verwaltungsgerichts, wonach der Versicherte bereits ab 2015 über das Stiff-Man-Syndrom typische Beschwerden geklagt habe, hielt Dr. C. \_\_\_\_\_ folgendes fest: Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass der Versicherte bereits 2015 oder gar noch früher einschränkende und invalidisierende Symptome eines Stiff-Man-Syndroms gehabt habe. Anhand der verfügbaren Datenlage sei dies möglich, aber nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu postulieren. Die vom Exploranden über die Jahre hinweg beklagten Symptome und Beschwerden seien vielfältig und heterogen. Sie seien zumindest teilweise vereinbar, jedoch nicht spezifisch für ein Stiff-Man-Syndrom. Seit Jahren habe die Diagnose eines chronischen vertebrales Schmerzsyndroms zervikal und lumbal vorgelegen bei multisegmentalen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsschreiner schon seit vielen Jahren plausibilisiert habe, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Zusätzlich ergebe sich eine schwierige differentialdiagnostische Abgrenzung zwi-

schen organischen und nicht-organischen Beschwerden bei den über viele Jahre hinweg von verschiedensten Ärzten und Gutachtern wiederholt beschriebenen Befundinkonsistenzen. In der Diskussion der Konsistenzprüfung im neurologischen Teilgutachten habe er dargelegt, dass im Rahmen der fast 20-jährigen Leidensgeschichte in den ärztlichen Behandlungen neben der anerkannten Minderbelastbarkeit des Achsenskeletts massgebliche Inkonsistenzen im Vordergrund gestanden hätten. Er habe zwar dargelegt, dass es beim Stiff-Man-Syndrom, provoziert durch ängstlich protektives Bewegungsverhalten, gesteigerte Schreckreaktionen, Angst- und Spasmus-Attacken bei motorischer oder emotionaler Belastung, zur Fehleinschätzung einer funktionellen Störung kommen könne. Diese Feststellung sei jedoch kein Blanko-Scheck zur pauschalen Nichtig-Erklärung aller von früheren Neurologen und Gutachtern festgestellten Inkonsistenzen. Auch habe er festgehalten, dass sich eine Abgrenzung zwischen organischer und nichtorganischer Beschwerdegrundlage nicht zwanglos vornehmen lasse. Auf der Grundlage der neuen Befunde und Diagnosen habe er jedoch das Vorhandensein organischer Faktoren hervorgehoben, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit plausibilisieren würden. Überdies könne man sich bei der Würdigung der Beschwerdeentwicklung nicht nur auf die subjektiven Beschwerdeklagen der betroffenen Person beziehen. Davon abgesehen, dass diese Beschwerdeklagen nicht spezifisch für ein Stiff-Man-Syndrom und teilweise auch nicht mit einem solchen erklärbar seien, seien auch die erhobenen klinisch-neurologischen Befunde zu berücksichtigen. Diese seien im retrospektiven Überblick heterogen. In den neu unterbreiteten neurologischen Berichten aus den Jahren 2015 bis 2017 werde teils ein normaler Muskeltonus, teils ein erhöhter, aber bei Gegenspannen nicht beurteilbarer Muskeltonus beschrieben. Anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 11. Februar 2019 habe er sowohl an den oberen wie auch an den unteren Extremitäten eine wechselnd ausgeprägte Erhöhung des Muskeltonus, zeitweise teils rigor-artig, teils spastisch, vereinbar mit einem Stiff-Man-Syndrom konstatiert.

Zusammenfassend sei unter Berücksichtigung der gesamten Datenlage nach wie vor davon auszugehen, dass der Beginn der neurologischen Erkrankung (Stiff-Man-Syndrom) und der damit einhergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit arbiträr am ehesten bzw. überwiegend wahrscheinlich ab Oktober 2017 anzunehmen sei. Ein früherer Beginn sei bei der heterogenen Datenlage möglich, jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu postulieren. Die vom Exploranden bereits früher beklagten Beschwerden seien hinsichtlich ihrer Semiologie nicht spezifisch. Diese sei überlappend auch mit den vorbekannten organischen (Wirbelsäulen-Pathologie) und nicht-organischen (funktionelle Überlagerung) Diagnosen vereinbar. Der medicolegale Fokus richte sich,

nicht unverständlich, auf die neue Diagnose des Stiff-Man-Syndroms. Er gehe indessen von einem Nebeneinander der seit Jahren bestehenden früheren Diagnosen und dem neu aufgetretenen Stiff-Man-Syndrom aus. Eine vertiefende Beurteilung des multiplen Myeloms bzw. damit zusammenhängender Laborbefunde müsste im Bedarfsfall fachärztlich-hämatologisch erfolgen, was nicht Gegenstand der neurologischen Begutachtung sei. Die Frage nach dem zeitlichen Beginn des multiplen Myeloms dürfte allerdings auch hämatologisch schwierig zu beantworten sein und müsste wohl ebenfalls arbiträr nach Kriterien der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfolgen (act. 14).

5.

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

Die neueren medizinischen Unterlagen ergaben sodann, dass der Beschwerdeführer unter einem multiplen Myelom und einem damit assoziierten Stiff-Man-Syndrom (Synonym Stiff-Person-Syndrom) leidet. Die Diagnose eines multiplen Myeloms wurde durch PD Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin und Hämatologie, im April 2018 gestellt (IV-act. 157) und Dr. J. \_\_\_\_\_ bestätigte im Januar 2019 die bereits im Juli 2018 (IV-act. 161) und August 2018 (IV-act. 164) gestellte Verdachtsdiagnose eines Stiff-Person-Syndroms (IV-act. 181). Diese Diagnose wurde auch aus Sicht des neurologischen Gutachters bestätigt (vgl. Diagnoseherleitung [IV-act. 183 S. 98 f.]). Infolge der mit dieser Krankheitsdiagnose grundsätzlich plausibilisierbaren Symptomen wie Ganzkörperschmerzen, intermittierende starke Krämpfe, Gangunsicherheiten sowie ausgeprägter Müdigkeit ist der Beschwerdeführer gemäss den BEGAZ-Gutachtern auch in alltäglichen, nicht arbeitsbezogenen Aktivitäten erheblich eingeschränkt. Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass infolgedessen auch für körperlich leichte Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist dabei neurologisch begründet. Diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten wird seitens der Beschwerdegegnerin akzeptiert und führt dazu, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat.

5.2 Umstritten ist hingegen die Frage, ab welchem Zeitpunkt von dieser 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Während sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Berichte von Dr. J. \_\_\_\_\_ auf den Standpunkt stellt, das Stiff-Man-Syndrom habe sich bereits im Jahre 2000 manifestiert, weshalb die gemäss BEGAZ-Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bereits seit diesem Zeitpunkt ausgewiesen sei, schliesst sich die Beschwerdegegnerin der Ansicht des neurologischen Gutachters Dr. C. \_\_\_\_\_ an, welcher einen Krankheitsbeginn erst im Oktober 2017 annimmt. Als erstes ist demnach der Frage nachzugehen, ob dem von Dr. C. \_\_\_\_\_ angenommenen Krankheitsbeginn gefolgt werden kann.

5.2.1 Soweit dies der Beschwerdeführer unter anderem mit der Begründung verneint, Dr. C. \_\_\_\_\_ habe zu den Berichten von Dr. J. \_\_\_\_\_ (S 2019 150 Bf-act. 2–4), in denen von einer Manifestation der Krankheit im Jahre 2000 ausgegangen werde, keine Stellung genommen, weshalb seiner Auffassung nicht gefolgt werden könne, kann er nicht gehört werden. Aktenkundig ist, dass dem neurologischen Teilgutachter die Berichte von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2018, 27. August 2018 und 21. Januar 2019 vorlagen (IV-act. 183 S. 25 ff.). Doktor C. \_\_\_\_\_ stufte diese Berichte denn auch völlig zu Recht als aus neurologischer Sicht relevante Akten ein und zitierte diese (IV-act. 183 S. 85 ff.). Mit der Ansichtswiese von Dr. J. \_\_\_\_\_ (Erstmanifestation bereits im Jahr 2000) setzte sich Dr. C. \_\_\_\_\_ schliesslich eingehend auseinander, auch wenn er in seiner Argumentation Dr. J. \_\_\_\_\_ und die entsprechenden Berichte nicht mehr explizit erwähnte. Dabei stellte Dr. C. \_\_\_\_\_ einleitend fest, dass die Frage nach dem Beginn der Erkrankung schwierig zu beantworten sei. Der Beschwerdebeginn liege fast 20 Jahre zurück. Dass das Malignom (multiples Myelom) bereits damals vorgelegen habe und im langjährigen Verlauf keine weiteren klinischen Manifestationen als das Stiff-Man-Syndrom erzeugt habe, sei kaum denkbar. Vielmehr sei es überwiegend wahrscheinlich, dass das heute massgebliche Malignom zum Zeitpunkt des Beschwerdebeginns im Jahr 2000 nicht vorhanden gewesen sei. Eine Überlebenszeit von 20 Jahren bei einem unbehandelten multiplen Myelom sei weitestgehend unwahrscheinlich. Dementsprechend ging Dr. C. \_\_\_\_\_ davon aus, dass der Krankheitsbeginn jüngeren Datums sein müsse (IV-act. 183 S. 100 f. und 105 f.), was für das Gericht angesichts seiner Überlegungen nachvollziehbar erscheint, zumal gestützt auf die Ausführungen von Dr. C. \_\_\_\_\_ überwiegend wahrscheinlich von einem paraneoplastisch bedingten Stiff-Man-Syndrom ausgehen ist.

5.2.2 Die Diagnose eines multiplen Myeloms wurde im April 2018 gestellt (IV-act. 157). Als diagnostisch hierfür wegweisender Befund wird von Dr. C. \_\_\_\_\_ die Liquorentnahme in der Klinik H. \_\_\_\_\_ im Oktober 2017 angesehen, als mit dem pathologischen Liquorbefund (Nachweis oligoklonaler Banden) erstmals ein Befund vorlag, der auf eine immunologische Erkrankung des zentralen Nervensystems hinwies (IV-act. 146 S. 1). Deshalb geht Dr. C. \_\_\_\_\_ davon aus, dass der Beginn der neurologischen Erkrankung und die damit einhergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in leidensangepasster Tätigkeit arbiträr am ehesten bzw. überwiegend wahrscheinlich ab Oktober 2017 anzunehmen sei.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 14. August 2022 (act. 14) nahm Dr. C. \_\_\_\_\_ zu dieser Frage noch einmal ausführlich Stellung und setzte sich dabei auch eingehend mit dem Laborbefund vom 10. Januar 2017 (IV-act. 149) auseinander, der für das Verwaltungsgericht im Verfahren S 2019 150 unter anderem ausschlaggebend war, um sein Abweichen betreffend den Zeitpunkt des Eintritts der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit zu begründen. Dabei wies der Experte darauf hin, dass der Laborbefund einer monoklonalen Gammopathie im Serum zwar als Vorstufe bestimmter Erkrankungen z.B. eines multiplen Myeloms gelte, aber keine spezifischen Rückschlüsse auf ein Stiff-Man-Syndrom erlaube. Die Zuordnung des Beginns der neurologisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu diesem Serum-Laborbefund könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (act. 14 S. 23 f.). Damit liegt, wie vom Bundesgericht gefordert, eine fachärztliche Einschätzung zur Relevanz des Laborbefunds vom 10. Januar 2017 vor. Doktor C. \_\_\_\_\_ berücksichtigte, dass der Laborbefund auf eine monoklonale Gammopathie hinwies, konnte daraus aber nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf eine neurologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2017 schliessen. Davon abzuweichen, besteht vorliegend keine Veranlassung. Angesichts des soeben Dargelegten kann der Beschwerdeführer auch aus der Laboruntersuchung vom 24. Juni 2003 (S 2019 150 Bf-act. 9) nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal anlässlich dieser Untersuchung nur eine Erhöhung der Monozyten und nicht einmal eine monoklonale Gammopathie, wie dies immerhin im Laborbefund vom 10. Januar 2017 der Fall war, festgestellt werden konnte.

5.2.3 Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die präsentierte klinische Symptomatologie und die beklagten Beschwerden für Dr. C. \_\_\_\_\_ nur teilweise mit dem Stiff-Man-Syndrom erklärbar waren (IV-act. 183 S. 100). Sodann stellte sich für den neurologischen Teilgutachter die Frage, inwieweit das aktuelle Beschwerdebild durch eine somatoforme

Störung überlagert sei, da in früheren Jahren von den involvierten Untersuchern fast durchgehend Inkonsistenzen beschrieben worden seien, mit Diagnosen einer Symptomausweitung und einer somatoformen Störung. Doktor C. \_\_\_\_\_ merkte diesbezüglich an, dass sich eine Abgrenzung zwischen organischer und nichtorganischer Beschwerdeggrundlage zwar nicht zwanglos vornehmen lasse, hier aber doch klar festgehalten werden müsse, dass mit den neuen Diagnosen eines Stiff-Man-Syndroms und eines multiplen Myeloms schwere Erkrankungen auf somatischer Grundlage dokumentiert seien, welche das gegenwärtige präsentierte Beschwerdebild zu massgeblichen Teilen erklären könnten (IV-act. 183 S. 101).

Auch damit und insbesondere der Feststellung des Verwaltungsgerichts im Verfahren S 2019 150, wonach der Beschwerdeführer bereits ab 2015 über das Stiff-Man-Syndrom typische Beschwerden beklagt habe, setzte sich der Sachverständige in der Stellungnahme vom 14. August 2022 noch einmal eingehend auseinander. Dabei konnte er nicht ausschliessen, dass der Beschwerdeführer bereits 2015 oder gar noch früher einschränkende und invalidisierende Symptome eines Stiff-Man-Syndroms gehabt hat. Anhand der verfügbaren Datenlage war dies für den Experten zwar möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich. Zur Begründung wies er noch einmal auf die über die Jahre hinweg beklagten vielfältigen und heterogenen Symptome und Beschwerden, die lediglich teilweise vereinbar, nicht jedoch spezifisch für ein Stiff-Man-Syndrom seien, sowie die schwierige differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen organischen und nicht-organischen Beschwerden bei wiederholt beschriebenen Befundinkonsistenzen hin. Darüber hinaus merkte er an, dass man sich bei der Würdigung der Beschwerdeentwicklung nicht nur auf die subjektiven Beschwerdeklagen der betroffenen Person beziehen könne. Davon abgesehen, dass diese Beschwerdeklagen, wie bereits erläutert, nicht spezifisch für ein Stiff-Man-Syndrom und teilweise auch nicht mit einem solchen erklärbar seien, seien auch die erhobenen klinisch-neurologischen Befunde zu berücksichtigen. Dabei stellte der Sachverständige fest, dass auch diese im retrospektiven Überblick heterogen seien. Doktor C. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass der Beginn der neurologischen Erkrankung und der damit einhergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit arbiträr nach wie vor am ehesten bzw. überwiegend wahrscheinlich ab Oktober 2017 anzunehmen sei (act. 14 S. 25 ff.).

5.2.4 Vorliegend besteht keine Veranlassung, die schlüssig begründete Einschätzung von Dr. C. \_\_\_\_\_ in Frage zu stellen, weshalb darauf ohne weiteres abgestellt werden kann. Seine Beurteilung, worin auf die erhobenen Befunde sowie die geklagten Be-

schwerden Bezug genommen wird, wurde in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage abgegeben. Darüber hinaus setzte sich der Neurologe in allen Punkten mit den Feststellungen des Verwaltungsgerichts im Verfahren S 2019 150 auseinander, welche er überzeugend zu widerlegen vermochte. Dementsprechend ist ein früherer Beginn der einschränkenden und invalidisierenden Symptome eines Stiff-Man-Syndroms zwar durchaus möglich. Mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist dies jedoch nicht erstellt. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen. Daran vermag auch der im vorliegenden Verfahren neu aufgelegte Bericht von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2022 (Bf-act. 1) nichts zu ändern, war eine sichere Unterscheidung zwischen einem idiopathischen und einem paraneoplastischen Stiff-Man-Syndrom für ihn rückblickend doch gerade nicht möglich. Nach dem soeben Dargelegten ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin erst ab Oktober 2017 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus neurologischer Sicht (100%ige Arbeitsunfähigkeit) ausgegangen ist. Für die Zeit davor ist in neurologischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. In somatischer Hinsicht besteht somit ab März 2015 bis und mit September 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit.

6. Als nächstes stellt sich die Frage, wie es sich damit in psychiatrischer Hinsicht verhält, mithin, ob der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab dem 1. März 2015 mit dem psychiatrischen Teilgutachten des BEGAZ umfassend abgeklärt ist.

## 6.1

6.1.1 Unter Ziffer 6 des psychiatrischen Teilgutachtens erklärt der Sachverständige in einleuchtender Weise und unter Berücksichtigung der Klassifikationskriterien, weshalb beim Beschwerdeführer eine mögliche depressive Störung anzunehmen und diese als leicht einzustufen sei (IV-act. 183 S. 67 f.). Zudem legt er überzeugend dar, weshalb keine derart schwere psychische Krankheit vorliege, welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen wäre (IV-act. 183 S. 66 ff.). Der Gutachter setzt sich dabei eingehend mit der Ausprägung der Störung, der Persönlichkeitsstruktur, dem Tagesablauf, den Aktivitäten, den sozialen Kontakten sowie den persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers auseinander, nimmt eine Konsistenzprüfung vor und kommt zum Schluss, dass sich die vom Beschwerdeführer geltend gemachte massive Beeinträchtigung mit dem aktuellen psychischen Zustand nicht nachvollziehen und begründen lasse. Es könne keine derart schwere psychische Krankheit gefunden werden, wodurch diese Einschränkungen nachvollziehbar wären. In diesem Sinne lasse sich auch nicht eine relevante Einschränkung der Ar-

beitsfähigkeit begründen (IV-act. 183 S. 69). Eine mangelbehaftete Indikatorenprüfung kann dem Sachverständigen somit nicht vorgeworfen werden, zumal er dem Beschwerdeführer ohnehin eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (vgl. BGer 8C\_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.2 mit weiteren Hinweisen). Damit hat es sein Bewenden.

6.1.2 Zum Vorwurf des Beschwerdeführers, das psychiatrische Teilgutachten sei erstellt worden, ohne das Ergebnis des neurologischen Teilgutachtens abzuwarten, ist zunächst mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass vom 4. bis 6. März 2019 eine Konsensbesprechung durch alle involvierten Fachgutachter stattfand (IV-act. 183 S. 13 f.). Spätestens zu diesem Zeitpunkt hatte der psychiatrische Teilgutachter somit Kenntnis der Beurteilung in neurologischer Hinsicht und somit auch der Tatsache, dass der neurologische Teilgutachter eine Erkrankung auf somatischer Grundlage annahm (Stiff-Man-Syndrom und multiples Myelom), welche das gegenwärtig präsentierte Beschwerdebild zu massgeblichen Teilen erklären konnte. Insofern stimmen die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten, wonach die Beschwerden aus somatischer Sicht nicht hinreichend hätten nachvollzogen werden können, mit dem neurologischen Teilgutachten nicht überein. Nichtsdestotrotz kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, hat der Beschwerdeführer ab Oktober 2017 doch ohnehin bereits für sämtliche Tätigkeiten – und zwar aufgrund neurologischer Beschwerden – als 100 % arbeitsunfähig zu gelten. Ab diesem Zeitpunkt könnte daher sowieso keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit resultieren. Was den Zeitraum von März 2015 bis September 2017 anbelangt, ist unter Hinweis auf das bereits Gesagte noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass die in diesen Jahren präsentierten und wiederholt im Rahmen einer somatoformen Störung eingeordneten Beschwerden nicht auf die neu gestellten Diagnosen zurückgeführt werden konnten, weshalb sich die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten zumindest diesen Zeitraum betreffend nicht als unzutreffend erweisen.

6.1.3 In psychiatrischer Hinsicht ist zum Zeitpunkt der BEGAZ-Begutachtung somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausgewiesen.

## 6.2

6.2.1 In retrospektiver Hinsicht besteht die Problematik, dass sich der BEGAZ-Gutachter mit dem Verlauf der diagnostizierten psychischen Störung und der damit zusammenhän-

genden Arbeitsfähigkeit nicht wirklich auseinandergesetzt hat. Dies schadet jedoch insofern nicht, als bezüglich der retrospektiven Beurteilung auf das ABI- und ZIMB-Gutachten abgestellt werden kann (wie dies im Übrigen auch die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Vernehmlassung tut). Es trifft zwar zu, dass das ABI-Gutachten mit Urteil S 2015 24 vom 12. November 2015 als mangelhaft bezeichnet wurde. Dies lag jedoch lediglich daran, dass eine Prüfung der Foerster-Kriterien notwendig gewesen wäre, wenn die gestellte Verdachtsdiagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung tatsächlich vorgelegen hätte (vgl. E. 7.2). Ansonsten wurde das ABI-Gutachten indes als überzeugend eingestuft und das Gericht vertrat die Meinung, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ausgewiesenen leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und der diesbezüglich attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit rückwirkend wohl mindestens Anspruch auf eine Viertelsrente habe (vgl. E. 7.3). In der Folge setzte sich Dr. K. \_\_\_\_\_ vom ZIMB mit der psychiatrischen Problematik auseinander. Dabei legte er in einleuchtender Weise unter Hinweis auf die Klassifikationskriterien dar, weshalb seiner Meinung nach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt (IV-act. 130 S. 100). Die im ABI-Gutachten diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Episode war für ihn aufgrund der damaligen Psychopathologie hingegen nachvollziehbar (IV-act. 130 S. 101). Zudem stellte er eine Verbesserung des Gesundheitszustandes fest, indem er im Unterschied zum ABI-Gutachten nur noch von einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom ausging, welcher er keinen limitierenden Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beimass. Wann es genau zu dieser Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen ist, konnte retrospektiv jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestimmt werden (IV-act. 130 S. 117). In Bezug auf das soeben Ausgeführte stellte das hiesige Gericht bereits mit Urteil S 2017 38 vom 26. April 2018 fest, dass die Beurteilung von Dr. K. \_\_\_\_\_ einleuchtet (vgl. E. 7.2.1). Spätestens zum Zeitpunkt der Begutachtung im Oktober 2016 ist somit eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. Kritisiert wurde seitens des Gerichts lediglich, dass Dr. K. \_\_\_\_\_ der diagnostizierten leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom von vornherein jegliche invalidisierende Wirkung abgesprochen hatte (vgl. E. 7.2.2). Daraus folgte, dass die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht anhand des neu anzuwendenden Indikatorenkatalogs nochmals beurteilt werden musste, was mit dem BEGAZ-Gutachten nachgeholt wurde. Darin legte der psychiatrische Sachverständige überzeugend dar, weshalb keine derart schwere Krankheit vorliege, welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen wäre (IV-act. 183 S. 66 ff.). Der Gutachter setzte sich dabei eingehend mit der Ausprägung der Störung, der Persönlichkeitsstruktur, dem Tagesablauf, den Aktivitäten, den sozialen Kontakten sowie den per-

sönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers auseinander, nahm eine Konsistenzprüfung vor und kam zum Schluss, dass sich die vom Beschwerdeführer geltend gemachte massive Beeinträchtigung mit dem aktuellen psychischen Zustand nicht nachvollziehen und begründen lasse. Es könne keine derart schwere psychische Krankheit gefunden werden, welche diese Einschränkungen nachvollziehbar machen würde. In diesem Sinne lasse sich auch nicht eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 183 S. 69). Das BEGAZ-Gutachten bestätigte somit die bereits im ZIMB-Gutachten angenommene 100%ige Arbeitsfähigkeit.

6.2.2 Nach dem soeben Ausgeführten ist in psychiatrischer Hinsicht ab Juli 2014 eine 70%ige (ABI-Gutachten) und ab Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (ZIMB- und BEGAZ-Gutachten) in leidensangepasster Tätigkeit anzunehmen. Davon geht im Übrigen auch die Beschwerdegegnerin selbst aus (vgl. dazu ihre entsprechenden Ausführungen in der Vernehmlassung vom 26. November 2019 zur retrospektiven Festlegung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit [act. 5 S. 3]). Daraus folgt, dass dem Beschwerdeführer ab März 2015 bis zum Zeitpunkt der Verbesserung der gesundheitlichen Situation immerhin noch eine Viertelsrente zugesprochen werden muss, wie dies die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Januar 2015 (IV-act. 103 und 105) bei gleicher Ausgangslage (Restarbeitsfähigkeit von 70 % gemäss ABI-Gutachten) noch getan hat (vgl. dazu auch den Subeventualantrag des Beschwerdeführers in der Replik vom 17. Dezember 2019 [act. 7 S. 7 im Verfahren S 2019 150] sowie seine Ausführungen in der Eingabe vom 22. März 2017 [IV-act. 141 S. 13] und schliesslich den Einkommensvergleich vom 6. Oktober 2014 [IV-act. 98], wobei im Unterschied dazu gemäss Urteil S 2015 24 sogar von einem Valideneinkommen von Fr. 70'666.– für das Jahr 2014 ausgegangen werden muss).

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass ab Juli 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und damit ab 1. März 2015 ein Anspruch auf eine Viertelsrente besteht. Spätestens im Oktober 2016 hat sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht insofern verbessert, als ab diesem Zeitpunkt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ausgewiesen ist. Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartefrist besteht ab 1. Februar 2017 somit kein Rentenanspruch mehr (vgl. dazu auch den Einkommensvergleich vom 30. April 2019 [IV-act. 188]). Im weiteren Verlauf hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erneut verschlechtert. Ab dem Zeitpunkt der in L.\_\_\_\_\_ vorgenommenen Abklärungen im Oktober 2017 kann in neurologischer Hinsicht von einer vollumfänglich aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Ab 1. Januar 2018 besteht somit Anspruch auf

eine ganze Rente, wie dies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 17. Oktober 2019 verfügt hat. Insofern ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Januar 2017 eine Viertelsrente zusteht. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

8. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist daher eine Spruchgebühr zu erheben, welche für die Verfahren S 2019 150 und S 2022 31 gesamthaft auf Fr. 1'000.– festgesetzt wird. Der Beschwerdeführer obsiegt im Ergebnis insoweit, als ihm in Abweichung vom angefochtenen Entscheid für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Januar 2017 eine Viertelsrente zugesprochen wird. Im Übrigen erweist sich die Verfügung insofern als korrekt, indem in neurologischer Hinsicht erst ab Oktober 2017 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wird, dem Beschwerdeführer mithin für den Zeitraum vom 1. Februar bis 31. Dezember 2017 kein Rentenanspruch zusteht. Es rechtfertigt sich daher, die Spruchgebühr entsprechend diesem Ergebnis dahingehend auf die Parteien aufzuteilen, als ein Betrag von Fr. 300.– dem Beschwerdeführer in Verrechnung mit dem geleisteten Kostenvorschuss und der Restbetrag von Fr. 700.– der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Dem Beschwerdeführer ist dementsprechend der Betrag von Fr. 500.– zurückzuerstatten. Bei der Parteientschädigung ist das teilweise Obsiegen insofern zu berücksichtigen, als dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 3'500.– inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer zuzusprechen ist (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 17. Oktober 2019 insofern abgeändert, als der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2015 bis 31. Januar 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 1'000.– erhoben, welche der IV-Stelle Zug zu Fr. 700.– und dem Beschwerdeführer zu Fr. 300.– auferlegt wird. In Verrechnung mit dem im Verfahren S 2019 150 geleisteten Kostenvorschuss werden dem Beschwerdeführer Fr. 500.– zurückerstattet.
3. Die IV-Stelle Zug hat dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 3'500.– (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, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 22. Januar 2024

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am