



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 30. September 2020 *[rechtskräftig]*
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
(Rente)

S 2019 129

A. Der 1971 geborene A._____ wurde am 10. August 2011 durch den Rückversicherer der Vorsorgeeinrichtung zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Obschon die IV-Stelle in der Folge eine Anmeldung für angezeigt erachtete, sandte der Versicherte das entsprechende Formular nicht zurück, weshalb die Verwaltung die Früherfassung am 10. November 2011 abschloss (IV-act. 5).

Mit Anmeldeformular vom 17. November 2014 ersuchte A._____ um Leistungen der Invalidenversicherung (IV-act. 8). Die IV-Stelle tätigte sodann medizinische und erwerbliche Abklärungen. Zudem gab sie bei Dr. med. C._____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, und Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, spez. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 7. November 2018 erstattet wurde (IV-act. 106/1–8; rheumatologische Teilexpertise vom 6. November 2018 [IV-act. 106/9–27], psychiatrische Teilexpertise vom 6. November 2018 [IV-act. 107]). Gestützt hierauf stellte die Verwaltung mit Vorbescheid vom 16. November 2018 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 111). Am 4. Januar 2019 verfügte sie wie vorbeschrieben (IV-act. 115). Gleichentags liess A._____ Einwände vorbringen (IV-act. 116), weshalb die Verfügung vom 4. Januar 2019 aufgehoben und eine Frist zur einlässlichen Begründung angesetzt wurde (IV-act. 117). In der Folge wurde u.a. das Parteigutachten von Dr. med. E._____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 4. April 2019 (IV-act. 124/1–13) samt Ergänzung vom 25. April 2019 (IV-act. 124/14–15) zu den Akten gereicht. Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. Mai 2019 (IV-act. 126) verfügte die IV-Stelle am 29. August 2019 wie vorbeschrieben (IV-act. 129).

B. Beschwerdeweise liess A._____ beantragen, in Aufhebung der Verfügung vom 29. August 2019 sei ihm ab 1. November 2014 bis mindestens Ende Februar 2019 eine angemessene Teilrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Die IV-Stelle sei zudem zu verpflichten, ihm die Parteigutachtenkosten von Fr. 4'950.– zu erstatten.

C. Der mit Verfügung vom 3. Oktober 2019 erhobene Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 3).

D. Die IV-Stelle schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (act. 6).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 8 und 11).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. 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] in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 29. August 2019. Diese ging gemäss unbestritten gebliebenen Angaben am 2. September 2019 beim Rechtsvertreter 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 2. Oktober 2019 der Post übergeben und ging am darauf folgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde 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).

2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu 29. August 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch: BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.3 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung

der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende; 125 V 369 E. 2; 109 V 262 E. 4a; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

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

3.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Dabei ist zunächst der Frage nachzugehen, ob das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C. _____ und D. _____ vom 7. November 2018 beweiswertig ist.

4.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf die vorgenannte Expertise.

Gemäss den Sachverständigen bestehen folgende Gesundheitsschäden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), bestehend seit 2013, und anamnestisch eine Stauballergie. Ohne Einfluss verblieben: eine Akzentuierung der Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1), bestehend seit der Adoleszenz; schädlicher Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.1), bestehend seit Jahren; chronisches lumbospondylogenes Syndrom, nicht ausreichend somatisch abstützbar, Osteochondrosen Lendenwirbelkörper (LWK) 4 bis Sakralwirbelkörper (SWK) 1, aktuell nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörung rechtes Bein und möglicherweise diskrete

Kraftabschwächung für die Dorsalextensionen der rechten Grosszehe, entsprechend M4–5, bei fehlenden Hinweisen auf eine Muskelhypertrophie und symmetrisch nachweisbaren TBR (Tibialis-posterior-Reflex); Übergewicht mit Body-Mass-Index von 29,15 kg/m²; laborchemisch Hinweise auf Alkoholkonsum, CDT-Wert pathologisch (IV-act. 106/5–6).

Sie hielten weiter fest, der Rheumatologe könne keine somatisch-pathologischen Befunde objektivieren, die eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die derzeit langjährig ausgeübten beruflichen Tätigkeiten begründen könnten. Der Psychiater habe im Mini-ICF-APP-Rating leichte Defizite im Bereich Widerstands- und Durchhaltefähigkeit festgestellt. Der Rheumatologe habe zudem krankheitsfremde Faktoren realisiert und verweise auf eine möglicherweise limitierte Motivation des Versicherten, das derzeitige Arbeitspensum wieder zu steigern. Der Psychiater habe folgende Ressourcen festgestellt: Eine Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne einer Überzeugung der versicherten Person, einen wirksamen Einfluss auf ein Ereignis ausüben zu können und gewünschte Ergebnisse durch entsprechende Handlungen und Verhaltensweisen umzusetzen, sei bei der versicherten Person durchaus vorhanden. Die Kontrollüberzeugung im Sinne einer Überzeugung, das eigene Schicksal beeinflussen zu können, sei nicht eingeschränkt. Ein Optimismus im Sinne einer generalisierten positiven Erwartung hinsichtlich zukünftiger Ergebnisse sei in reduziertem Ausmass vorhanden. Die Sinnhaftigkeit als Ausmass, mit dem die versicherte Person das Leben gefühlsmässig als sinnerfüllt betrachte, sei gut ausgeprägt. Bei der versicherten Person lasse sich eine Offenheit feststellen. Die Flexibilität im Sinne einer Anpassungsfähigkeit an wechselnde Umstände sei kaum reduziert. Eine Achtsamkeit im Sinne einer rezeptiven Aufmerksamkeit und Bewusstheit von momentanen Vorgängen und Erfahrungen sei gegeben. Die versicherte Person weise ein Bedürfnis nach Autonomie im Sinne einer Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstverwaltung und Entscheidungsfreiheit auf. Die aktuellen Lebensumstände ermöglichten der versicherten Person, die Erfahrung des Geliebt- und Akzeptiertwerdens zu machen und sie erfahre auch Geborgenheit. Es bestünden positive soziale Bindungen. Die versicherte Person sei in ihr Familiensystem und in ihre Beziehung gut eingebettet und erlebe dort Wertschätzung sowie Unterstützung. Von den Bezugspersonen erfahre sie sowohl sehr viel praktische als auch emotionale Unterstützung. Die versicherte Person habe eine Berufsausbildung absolviert und verfüge über eine langjährige berufliche Erfahrung. Einschränkungen der Konsistenz und Plausibilität habe der Psychiater nicht festgestellt (IV-act. 106/6–7).

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologischen als auch die psychiatrisch-psychosomatischen Komponenten beinhalten, bescheinigten die Gutachter für die derzeit langjährig ausgeübte berufliche Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 15 %, wobei die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht massgeblich war. In einer leidensangepassten Tätigkeit attestierten sie ebenfalls eine Minderung von 15 %. Diese Einschätzung sei auch dann zutreffend, sofern die Angaben des Versicherten stimmig seien, dass er an einer Stauballergie leide. In diesem Fall entspreche eine alternative berufliche Tätigkeit nicht einer Schreiner-Tätigkeit, wie sie der Versicherte bis 1995 ausgeübt habe (IV-act. 106/7).

4.2 Der Beschwerdeführer beanstandet in medizinischer Hinsicht einzig das rheumatologische Gutachten von Dr. C. _____ vom 6. November 2018 (IV-act. 106/9–27). Gegen die psychiatrische Einschätzung von Dr. D. _____ bringt er keine Einwände vor.

4.3 Der Beschwerdeführer wendet ein, es hätte eine wirbelsäulenorthopädische Beurteilung erfolgen müssen, welche bei einer mutmasslichen Befundlage wie der vorliegenden deutlich besser geeignet sei, eine zuverlässige Folgenabschätzung vorzunehmen. Dies werde auch von Dr. med. F. _____, FMH allgemeine Chirurgie, bestätigt (IV-act. 120/4–5). Vom RAD seien insbesondere Therapieaspekte zur Stützung seiner Sichtweise angeführt worden, was indessen in den Fachbereich der Orthopädie falle (act. 1 Ziff. 8).

Damit dringt der Beschwerdeführer allerdings nicht durch. Gegenstand der Rheumatologie – als Teildisziplin der Inneren Medizin – sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates, was u.a. auch auf die Orthopädie zutrifft (BGer 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 6.2). Die beiden medizinischen Disziplinen – Rheumatologie und Orthopädie – stehen nicht etwa für unterschiedliche Konzepte, wie ein Gesundheitsschaden und dessen Folgen zu betrachten seien. Vielmehr scheint sich – im Sinne einer praktischen Aufgabenteilung – für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates der Beizug der Rheumatologie durchzusetzen, während die Orthopädie eher im Zusammenhang mit Fragen der Therapie zuständig ist (BGer 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 3.3). Es mag zwar zutreffen, dass der RAD zur Begründung seiner Sichtweise auch Aspekte der Therapie und der Medikation anführte. Allerdings geht es vorliegend im Wesentlichen darum, die funktionellen Auswirkungen des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers

zu beurteilen. Für diese Belange war Dr. C. _____ zweifelsohne befähigt. Im Übrigen geht sowohl aus der vom Versicherten eingereichten Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 24. Dezember 2018 (IV-act. 120/4–5) als auch aus dem Parteigutachten von Dr. E. _____ vom 4. April 2019 (IV-act. 124/1–15) deutlich hervor, dass die rheumatologische Teilexpertise in sich korrekt, schlüssig und ausführlich ist sowie die gesamte Aktenlage berücksichtigt (IV-act. 120/5 und 124/9). Die beiden Ärzte bemängeln einzig die Höhe der Arbeitsfähigkeit bzw. es hätte eine weitere MR-tomographische Untersuchung stattfinden müssen (vgl. dazu nachstehende Erwägung). Dass der Sachverständige etwas nicht berücksichtigt hätte oder generell nicht in der Lage gewesen wäre, die Folgen des gesundheitlichen Leidens abschätzen zu können, geht auch aus diesen beiden Dokumenten in keiner Weise hervor. Eine falsche Disziplinenwahl liegt damit nicht vor.

4.4 Im Weiteren moniert der Beschwerdeführer, die Beurteilung des Gutachters beruhe einzig auf angefertigten konventionellen Röntgenuntersuchungen, was laut Dr. F. _____ nicht genüge, um das Vorhandensein allfälliger Nervenirritationen, allfällige entzündliche Vorgänge und Residuen der Diskushernie in der jüngeren Vergangenheit zuverlässig beurteilen zu können. Insofern beruhe die Expertise auf lückenhaften Grundlagen (act. 1 Ziff. 9).

Auch damit kann der Beschwerdeführer nicht gehört werden. Es liegt im Ermessen der begutachtenden Ärzte zu entscheiden, ob neue Abklärungen erforderlich sind, um den Gesundheitszustand einer versicherten Person beurteilen zu können (BGer 9C_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3, mit Hinweis). Der rheumatologische Experte hat ein Röntgenbild der LWS angefertigt und im Übrigen die bestehenden Bildgebungen (MRI vom 17. Februar 2014, MRI vom 5. Februar 2016 und CT vom 28. September 2017) in seine Beurteilung mit einbezogen (vgl. IV-act. 106/16–17). Demgegenüber erachtete es Dr. F. _____ als angezeigt, eine aktuelle MRI-Untersuchung in die Wege zu leiten, um mögliche Auswirkungen der L5-Wurzel eruieren zu können (IV-act. 120/5). Es ist allerdings nicht erkennbar, weshalb es einer solchen Untersuchung bedurft hätte. Wie sie selber ausführt, liegen keine Hinweise auf eine Neurokompression vor. Aus diesem Grund ist kaum anzunehmen, dass die L5-Wurzel eingeeengt wäre. Der Privatgutachter Dr. E. _____ hat am 20. Februar 2019 ein MRI durchgeführt. Seiner Befunderhebung ist zu entnehmen, dass kein Wurzelkonflikt besteht, weil die Foramen L4/5 und L5/S1 relativ weit seien (IV-act. 124/8). Damit liegt kein neuer Befund vor, welcher der Sachverständige nicht berücksichtigt hätte.

4.5 Sodann kritisiert der Beschwerdeführer, die Einschätzung von Dr. C. _____ dürfte auch wegen seiner regen gutachterlichen Tätigkeit für die Invalidenversicherung kaum als Ergebnis einer ergebnisoffenen Beurteilung gelten. Es sei notorisch, dass er regelmässig im Auftrag von Sozialversicherungen Begutachtungen vornehme. Die Erfahrung zeige auch, dass seine Einschätzungen insbesondere zur erklärbaren Einschränkung nicht selten von den Einschätzungen anderer fachärztlicher bzw. gutachterlicher Seite erheblich abweichen würden. Angesichts der durch IV-Aufträge erreichten Honorarvolumen von knapp gegen einer halben Million pro Jahr liege eine extrem akzentuierte wirtschaftliche Abhängigkeit vor. Es sei auch nicht vorstellbar, dass der Gutachter daneben die für eine taugliche Beurteilung notwendige hinreichende Behandlungserfahrung aufrechterhalten könne (act. 1 Ziff. 11 und 12).

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

Einkommen vollständig durch Gutachtensaufträge der Invalidenversicherung erzielen sollte (BGer 9C_67/2007 vom 28. August 2007 E. 2.4). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die ein Abweichen von der soeben dargelegten, immer wieder bestätigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigen würden. Angesichts dessen ist ungeachtet der Tatsache, dass Dr. C. _____ von den IV-Stellen und insbesondere auch von der Beschwerdegegnerin viele Gutachtensaufträge erhält, nicht ersichtlich, dass der Experte nicht ergebnisoffen an die Sache herangetreten wäre.

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

Des Weiteren geht auch die Rüge des Beschwerdeführers, Dr. C. _____ weiche nicht selten von den ärztlicherseits abgegebenen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit erheblich ab, fehl. Zuerst einmal ist nämlich darauf hinzuweisen, dass Gutachtern grundsätzlich keine Fälle unterbreitet werden, in welchen eine versicherte Person offenkundig vollständig arbeitsunfähig ist, zumal dies bereits die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD erkennen und entsprechend verfügen würde. Bei Fällen, die einem Gutachter unterbreitet werden, dürfte es sich zum einen um solche handeln, bei welchen die Einschätzungen der behandelnden Ärzte von derjenigen des RAD abweichen, und zum anderen um solche, bei welchen die gesundheitlichen Probleme einer versicherten Person nicht objektiviert werden können, bei welchen aber dennoch – oder gerade deshalb – ein Gutachten zur definitiven Klärung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit eingeholt wird. Letztlich entbehrt es somit nicht einer gewissen Logik, dass in Gutachten nur selten hohe Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden. Dabei ist aber auch darauf hinzuweisen, dass den Versicherten eine Arbeitsfähigkeit regelmässig nur für leidensangepasste Tätigkeiten attestiert wird. Weiter ist festzuhalten, dass es bei – für die versicherte Person – positiven Gutachten grundsätzlich nicht zum Rechtsstreit kommt. Es kann offenkundig nicht der

Schluss gezogen werden, dass es überhaupt keine – für die versicherte Person – positiven Gutachten gibt.

Anzufügen bleibt, dass nicht allein aufgrund von statistischen Erhebungen auf die Befangenheit eines Gutachters geschlossen werden kann. Wie das Bundesgericht dargelegt hat, ist es zwar nicht völlig ausgeschlossen, dass der (Anscheins-)Beweis einer systematischen Voreingenommenheit eines Experten mittels verlässlicher Statistiken über die Gutachtenstätigkeit geführt werden kann. Da jedoch die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall nicht mathematisch exakt vorgenommen werden kann, sondern Ermessenselemente enthält, wäre bei einer Auswertung der Häufigkeitsverteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeiten mit einem gewissen Streubereich zu rechnen; aussagekräftig könnten daher im Vorherein nur starke Abweichungen sein. Wäre nun aber erstellt, dass diese Häufigkeitsverteilung hoch signifikant von den Resultaten anderer Gutachtenspersonen abweicht, so würde dies Fragen aufwerfen. Auch beim Nachweis einer starken Abweichung könnte allerdings gemäss Bundesgericht nicht direkt auf eine Befangenheit der an der Erstellung der Gutachten beteiligten Fachpersonen geschlossen werden; vielmehr müsste zunächst noch überprüft werden, ob die Abweichung nicht durch andere Faktoren besser erklärbar wäre (BGer 8C_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 6.5).

4.6 Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, echtzeitliche Berichte könnten gegenüber einer retrospektiven Beurteilung erhöhte Beweiskraft haben. Vorliegend müsse Analoges gelten wie im Urteil des Bundesverwaltungsgericht C-337/2015 vom 23. Januar 2017, in welchem die Gutachter bei ihrer retrospektiven Beurteilung Schwierigkeiten zu erkennen gegeben hätten. Da zumeist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit durch echtzeitliche Berichte von verschiedenen behandelnden Ärzten bestätigt worden sei, habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden dürfen, dass eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne der Gutachter, der Stellungnahme des RAD sowie der IV-Stelle vorgelegen habe. Auch habe das Bundesgericht in seinem Urteil 8C_848/2013 vom 4. Juni 2014 ausgeführt, echtzeitliche Berichte könnten durchaus eine geeignete, wenn nicht gar geeignetere Entscheidungsgrundlage bilden als eine neue, deutlich nach dem massgeblichen Zeitraum zu erstellende oder bereits erstellte Expertise. Dies gelte auch vorliegend. Die Annahme des rheumatologischen Gutachters enthalte keine einlässliche Auseinandersetzung mit der früheren Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Entwicklung und den Angaben dazu. Es werde zudem auch nicht befundgeleitet überzeugend aufgezeigt, warum die Arbeitsunfähigkeit

nach gut einem halben Jahr weitgehend weggefallen sein solle. Demgegenüber bestehe eine Vielzahl echtzeitlicher Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit, welche auf persönlichen Untersuchungen beruhten. Zentral seien dabei v.a. die von der G. _____ angeordneten, unabhängigen Beurteilungen von Prof. Dr. E. _____. Gemäss ständiger Gerichtspraxis sei es für das Beweisgewicht eines Gutachters grundsätzlich unerheblich, ob es sich um ein im entsprechenden Verfahren von der Verwaltung eingeholtes Gutachten oder ob es sich um ein Privatgutachten handle. Wesentlicher sei die Qualität der inhaltlichen Begründung. In der ersten Beurteilung habe Prof. Dr. E. _____ die Befundlage so geschildert, dass der Beschwerdeführer kaum länger sitzen könne, ansonsten Rückenschmerzen aufträten und er aufstehen und herumgehen müsse. Er könne auch nicht länger in der gleichen Position stehen. Beschreibend werde weiter die Angabe festgehalten, der Beschwerdeführer könne sich einigermassen arrangieren, sobald er aber etwas mehr als 50 % arbeite, würden die Rückenschmerzen und damit auch die Ausstrahlungen in das rechte Bein eindeutig zunehmen. Diese Beschwerdeschilderungen hätten sich aus Sicht von Prof. Dr. E. _____ offenbar als objektiv nachvollziehbar erwiesen. So habe er die objektiv nachvollziehbare Fussheberschwäche rechts und eine sensorische Einschränkung insbesondere ausgehend von L5 und partiell auch S1 beschrieben. Ferner habe aus fachärztlicher Sicht eine Schmerzauslösung bei Hüftflexion/Extension sowie rechts ein positiver Lasègue nachvollzogen werden können. Bei damals noch ausstehender aktueller Bildgebung habe Prof. Dr. E. _____ erklärt, dass offenbar von einer ordentlichen Osteochondrose L4/5 mit entsprechend sequestrierter Diskushernie die Wurzel L5 rechts betreffend auszugehen sei. Es müsse vermutet werden, dass (entgegen der Regelerwartung) noch gar keine Abheilung erfolgt sei und eine persistierende Kompression bestehe. Unter Vorbehalt der damals angeordneten und danach beurteilten Bildgebung habe Prof. Dr. E. _____ schliesslich ausdrücklich eine objektiv nachvollziehbare 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Nach Vorliegen der neu angefertigten MRI habe Prof. Dr. E. _____ in seinem zweiten Bericht das Bestehen einer (jedenfalls noch residuellen) medio-rechts-lateralen rezessalen Diskushernie L4/5 mit Einengung von L5 rechts bestätigt. Das Diskusmaterial sei zwischenzeitlich geschrumpft, die Wurzel L5 sei aber durch dieses nach wie vor irritiert und das klinische Bild des Patienten sei erklärbar. Zudem bestehe zufolge der Osteochondrose mit Spondylose nach wie vor eine Einengung des Foramens L5/S1. Die Bandscheibe L4/5 sei rechts eindeutig verschmälert und die nachgewiesene Ödembildung unter der Deckplatte von L5 weise auf eine persistierend entzündliche Reaktion hin. Als Schlussfolgerung habe er im Februar 2016 ein nach wie vor teilweise entzündliches Bild rechtsbetont auf der Höhe L4/5 mit Kontakt der Wurzel L5 bestätigt. Nach wie vor bestehe

keine vollständige Abheilung und bei mechanischer Reizung oder Belastung komme es (nachvollziehbar) zu einer Exazerbation. An sich müssten die Wurzel L5 befreit und die degenerative Bandscheibe L4/5 ausgeräumt sowie das Segment mit einer Spondylodese versorgt werden, wobei das Problem gleichwohl rezidivieren und zudem eine Fusion eine Folgebelastrung der Anschlusssegmente bewirken würde. Offenbar habe Prof. Dr. E. _____ damals erklären wollen, dass eine objektiv durch die bildgebend feststellbaren und nur risikobehaftet operativ sanierbaren Befunde begründbare wesentliche Einschränkung bestehe. Mit Bezug auf die hier einzig umstrittene Frage der richtigen Folgenabschätzung (andere Fragen seien nicht umstritten, deshalb habe Prof. Dr. E. _____ diese auch nicht nochmals aufrollen müssen) falle auch das aktuelle Gutachten von Prof. Dr. E. _____ vom 4. April 2019 mit dem Ergänzungsbericht vom 25. April 2019 weitaus gründlicher aus als das Gutachten von Dr. C. _____. Es setze sich insbesondere mit der massgeblichen Befundlage deutlich einlässlicher und (einzig) nachvollziehbar auseinander (act. 1 Ziff. 6–7).

4.6.1 Der Beschwerdeführer vermag die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die beiden Sachverständigen auch unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. F. _____ vom 24. Dezember 2018 (IV-act. 120/4 f.) und das Privatgutachten von Prof. Dr. E. _____ vom 4. April 2019 (IV-act. 124) nicht in Zweifel zu ziehen.

4.6.1.1 Zunächst ist in Erinnerung zu rufen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität und unausweichlich Ermessenszüge aufweist (BGE 140 V 193 E. 3.1). Ferner wurde vorliegend eine bidisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben, da nicht sämtliche geklagten Schmerzen erklärbar waren bzw. eine psychogene Überlagerung vermutet wurde, was letztendlich sogar von Prof. Dr. E. _____ bestätigt wurde (IV-act. 124/11 in fine). Demgegenüber hat Prof. Dr. E. _____ lediglich die somatische Seite berücksichtigt, ohne sich aber mit den nicht erklärbaren Schmerzen näher auseinanderzusetzen.

4.6.1.2 In Bezug auf die Höhe der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. F. _____ lediglich fest, eine vom Versicherten geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei nicht ausreichend ausgewiesen. Die objektivierbaren Befunde ergäben keine Hinweise auf eine relevante Neurokompression. Trotzdem sei den Beschwerden des Versicherten Achtung zu schenken, bevor eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werde (IV-act. 120/5). Damit widerlegt sie die Auffassung der beiden Experten nicht und vermag ebenso wenig Zweifel zu säen. Sie gesteht einzig ein, dass eine Leistungseinschränkung von 50 % nicht gerechtfertigt ist,

sondern dass diese tiefer sein müsste. Ferner sind ihrer Ansicht nach keine objektivierbaren Befunde für die Schmerzen gegeben. Letztendlich hat sich auch nach der zusätzlichen, von Dr. F._____angeregten Untersuchung durch Prof. Dr. E._____gezeigt, dass keine Nervenwurzelkompression vorliegt. Deshalb greift ihre rein wirbelsäulenorthopädische Sichtweise zu kurz. Sind Schmerzen vorhanden, können diese anhand der erhobenen klinischen Befunde indessen – wie vorliegend gegeben – nicht vollständig objektiviert werden, ist aus psychiatrischer Warte zu fragen, ob eine krankheitswertige Schmerzstörung vorliegt. Aus diesem Grund hat die IV-Stelle denn auch ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben.

4.6.1.3 Auch aus der Einschätzung von Prof. Dr. E._____kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der orthopädische Chirurg gab zu verstehen, es gehe lediglich darum, aufgrund der bestehenden Unsicherheit eine mögliche, andere Sichtweise auf die Beschwerden des Patienten zu etablieren und seine Arbeitsunfähigkeit und allenfalls seine Therapierbarkeit aus wirbelsäulenchirurgischer Erfahrung und Sichtweise darzulegen (IV-act. 124/9). Zu den Befunden bemerkte Prof. Dr. E._____, er habe grundsätzlich weder neue Erkenntnisse in seiner Anamnese beim Versicherten noch andere Untersuchungsergebnisse gefunden, als jene, die schon vom Gutachter Dr. C._____erhoben worden seien (IV-act. 124/10). Ohnehin erachtete Prof. Dr. E._____die rheumatologische Expertise als sehr ausführlich und schlüssig (IV-act. 124/9). Zudem gestand Prof. Dr. E._____ein, dass das vorliegende Schmerzbild psychogen überlagert ist (IV-act. 124/11). Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, ob der Patient nun eine 50%ige Arbeitsleistung erbringen könne oder allenfalls eine 60%ige, sei letztlich eine Ermessensfrage. Er denke, dass das sehr sorgfältig erstellte rheumatologische Gutachten durchaus viele relevante Befunde auf den Punkt bringe, jedoch mit der Feststellung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit schlicht zu kurz greife. Er könne die Verantwortung nicht übernehmen, den Versicherten 100%ig arbeitsfähig zu schreiben. Er sei überzeugt, dass mit all dem, was mit diesem Patienten geschehen sei, eine Restarbeitsunfähigkeit bleibe, ob man die nun bei 30–40 % oder 50 % festlege, sei letztlich eine Ermessensfrage. Eine Gewährung einer mindestens 35%igen Arbeitsunfähigkeit sei medizinisch zu rechtfertigen (IV-act. 124/12 f.). Somit lag auch Prof. Dr. E._____derselbe medizinische Sachverhalt zugrunde, wie ihn die beiden Sachverständigen Dr. C._____und Dr. D._____zu beurteilen hatten. Der Privatgutachter hat demnach lediglich eine anderslautende und teilweise unkritische Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen. So hinterfragte er die Angaben des Versicherten nicht, wonach er zwei Mal pro Woche ins Fitness gehe,

Musik spiele und Auto fahren könne. Auch die kaum vorhandene Pharmakotherapie wurde nicht diskutiert. Demgegenüber erklärte Dr. D._____, die psychiatrisch objektivierbaren Befunde und auch das Alltagsverhalten der versicherten Person relativierten die erwähnte Schilderung der Beschwerden und die daraus abgeleiteten Einschränkungen der Fähigkeiten. Der Versicherte spiele E-Bass, pendle oft zwischen zwei Wohnsitzen, fahre regelmässig mit dem Auto, treffe sich mit Freunden und Bekannten und gehe verschiedenen Interessen nach. Der Umstand, dass der Versicherte trotz seiner als ausgeprägt geschilderten vielfältigen Symptome und Beschwerden in der Lage sei, Auto zu fahren, weise in Anbetracht der enormen motorischen und kognitiven Anforderungen, welche die Tätigkeit des Autofahrens an eine Person stelle, auf erhebliche Ressourcen hin (IV-act. 107/29). Auch übersah Prof. Dr. E._____, dass zwar Dr. C._____, eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigte, demgegenüber Dr. D._____ aufgrund der Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine Leistungsminderung von 15 % attestierte, weil eine Zeitelastizität sowie eine zeitliche Regulierbarkeit sinnvoll wären (IV-act. 107/33). Letztendlich verbleibt lediglich eine anderslautende Einschätzung von Prof. Dr. E._____, welche sich indessen lediglich auf die somatische Seite bezieht, indessen nicht gesamthaft betrachtet. Da er keine von Dr. C._____ abweichenden Befunde vorbringen kann, vermag er im Ergebnis keine Zweifel zu erwecken. Es ist zu betonen, dass es mit Blick auf die Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag nicht angeht, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt (BGer 9C_292/2018 vom 15. Januar 2019 E. 5.2.2.2). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Eine solche Konstellation ist ebengerade nicht gegeben.

4.6.1.4 Eine höhere Arbeitsunfähigkeit als jene von den Sachverständigen attestierte im Umfang von 15 % ist vorliegend nicht zu rechtfertigen. Denn einerseits ist der Beschwerdeführer optimal eingegliedert bzw. seine Tätigkeit gilt als leidensangepasst, was mehrfach bestätigt wurde. Insbesondere handelt es sich um eine wechselbelastende Arbeit, in welcher der Versicherte hinsichtlich der Gestaltung grosse Freiheiten geniesst. Andererseits kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben lediglich ca. zehn Novalgin-Tabletten à 500 mg monatlich und Tramal à 50 mg in Reserve (beides Analgetika/Antiphlogistika/Antirheumatika, rezeptpflichtig), einnehme (IV-act. 106/14),

welche er im Übrigen nicht von einem Arzt erhält, sondern von seiner Ehefrau (IV-act. 106/18). Eine ärztlich überwachte medikamentöse Therapie findet somit nicht statt. Gegenüber Dr. D._____ gab er zudem an, keine Physiotherapie mehr zu machen (IV-act. 107/22), was er zwar gegenüber Prof. Dr. E._____ anders schilderte (ein Mal pro Woche; IV-act. 124/3). Da er aber in der Lage ist, zusätzlich zwei Mal pro Woche ins Fitness zu gehen, zeugen die gesamten Umstände doch von einem geringen Leidensdruck, weshalb eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit als 15 % nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist.

4.6.2 Begründet ist hingegen die Kritik in Bezug auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit. Vorab ist nochmals in Erinnerung zu rufen, dass Anspruch auf eine Rente hat, wer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.6.2.1 Der Beschwerdeführer meldete sich mit Formular vom 17. November 2014 (Eingang IV-Stelle am 20. November 2014) zum Leistungsbezug an (IV-act. 8). Somit kann der Rentenanspruch frühestens per 17. Mai 2015 entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.6.2.2 Unstrittig ist, dass der Beschwerdeführer im November 2013 an einer Diskushernie L4/5 mit Kompression der Wurzel L5 litt (vgl. IV-act. 10/1). Sein Hausarzt Dr. med. H._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, beschrieb befundmässig eine Fehllhaltung der LWS mit Skoliose nach links und eine Fussheberschwäche rechts. Er bescheinigte vom 1. Mai 2014 bis 30. Juni 2014 eine 80%ige und ab 1. Juli 2014 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 10/2). Letztere hielt er stetig aufrecht (vgl. IV-act. 19/1, 28/2, 32/11). Der rheumatologische Gutachter Dr. C._____ hielt hierzu fest, ohne Zweifel hätten mit Beginn der Beschwerden im Dezember 2013 somatisch abstützbare Beschwerden vorgelegen. Plausibel sei, dass mit Einsetzen der Beschwerden, verbunden mit dem Auftreten einer radikulären Ausfallkomponente die Wurzel L5 rechts betreffend, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2013 bestätigt worden sei (IV-act. 106/18). Mit der Rückbildung des Ausmasses der radikulären Ausfallkomponente habe er Mühe, seit Herbst 2014 eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit zu begründen (IV-act. 106/25). Mit anderen Worten sah Dr.

C._____ die Verbesserung des Gesundheitszustandes im Umstand, dass sich die Wurzelkompression zurückgebildet hat.

4.6.2.3 Der beurteilende Radiologe des MRI vom 17. Februar 2014 erkannte auf eine aktivierte Osteochondrose mit Modic-I-Veränderungen am Rand rechts im Segment LWK 4/5 mit breitbasiger median/- rechts mediolateraler nach kaudal luxierter, differentialdiagnostisch sequestrierter Diskushernie mit rezessaler L5-Wurzelkompression (IV-act. 10/9). Zwar hinterfragte auch der RAD-Arzt Dr. I._____ in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2015 die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit. Er sah aber weitere Abklärungen aufgrund der spärlichen Befunde als angezeigt (IV-act. 26). Dem nachfolgenden Verlaufsbericht von Dr. H._____ vom 29. Juni 2015 sind keine hilfreichen Informationen zu entnehmen (IV-act. 28), da die Angaben wiederum spärlich sind. Der RAD-Arzt wollte mit dem Verlauf zuwarten (IV-act. 29). Nach erneutem Verlaufsbericht vom 11. Oktober 2015 (IV-act. 33) ordnete Dr. I._____ ein Standortgespräch an, welches am 9. November 2015 durchgeführt wurde. Dieser hatte im Anschluss weitere Zweifel an der Höhe der Arbeitsunfähigkeit und wollte eine fachärztliche Untersuchung abwarten (IV-act. 37). Der Versicherte wurde am 4. Januar 2016 durch Prof. Dr. E._____ untersucht und dieser erstattete zuhanden der G._____ Bericht. Er diagnostizierte ein sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechts mit nach wie vor Reizsymptomatik (positiver Lasègue). Er verfügte zwar über keinerlei bildgebende Dokumente, stellte sich aber die Frage, ob überhaupt eine Abheilung erfolgt sei oder ob eine persistierende Kompression mit entzündlichen Zeichen vorhanden sei. Deshalb regte er ein Kontroll-MRI an. Die Arbeitsfähigkeit schätzte er auf 50 % (IV-act. 46/4 f.). Am 5. Februar 2016 wurde sodann ein MRI in die Wege geleitet. Danach lag im Vergleich zur Voruntersuchung nur noch eine residuelle mediorechtslaterale/rezessale Diskushernie recht L4/5 mit residueller diskal bedingter rezessaler Einengung von L5 rechts vor (IV-act. 50/3). Beurteilend führte Prof. Dr. E._____ dazu aus, das Problem beim Patienten sei nach wie vor nicht vollständig abgeheilt und es sei damit zu rechnen, dass es je nach mechanischer Reizung oder Belastung erneut zu einer Exazerbation kommen könne (IV-act. 50/2). Auf Initiative des RAD hin wurde der Beschwerdeführer durch PD Dr. med. J._____, FMH Neurologie, neurologisch untersucht. Er konstatierte in seinem Bericht vom 8. Juli 2016 einen Status nach radikulärem Schmerz und sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 rechts bei regredienter Diskushernie L4/5 rechts. Weiter hielt er fest, der Patient zeige nach wie vor ein leichtgradiges residuelles Ausfallsyndrom L5 rechts, sich vornehmlich in der Fuss- und Grosszehenhebung manifestierend bei stabilem Becken. Elektrophysiologisch lasse sich bei normaler Peroneusneurographie eine

chronisch neurogene Schädigung im Tibialis anterior nachweisen, allerdings keine aktiven Denervationspotenziale, d.h. keine frischen Denervationszeichen mehr (IV-act. 58). Der RAD-Arzt vereinbarte daraufhin mit dem Hausarzt eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % und im Verlauf eine schrittweise Steigerung auf ein vollschichtiges Arbeitspensum bis Ende 2016 (IV-act. 59). Doktor H. _____ berichtete am 8. Januar 2017 von einem im November 2016 eingetretenen Rückfall nach dem Steigerungsversuch. Die leichte Fussheberschwäche habe sich bei vermehrter körperlicher Belastung verstärkt (IV-act. 65). Würdigend hielt Dr. I. _____ fest, der Hausarzt bringe keine neuen Befunde hervor. Die durch PD Dr. J. _____ festgestellten Befunde vermöchten eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit nicht zu begründen. Auch die fehlende fixe Analgetika-Einnahme und die nicht stattfindende fachärztliche Diagnostik/Behandlung sprächen gegen einen erheblichen Leidensdruck bzw. nicht ausgeschöpften therapeutischen Rahmen (IV-act. 76). Der Wirbelsäulenchirurg Prof. Dr. med. K. _____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 28. September 2017 aus, es bestehe eine degenerative Erkrankung der LWS mit hauptbefundlichen Veränderungen im Bereich L4/5 und L5/S1. Im Moment sei die Schmerzsituation soweit kompensiert, der Patient sei im Alltag aktiv. Seine Belastbarkeit schätze er aber deutlich limitiert ein. Sein Arbeitspensum mit 50 % könne er bewältigen. Er müsse einfach nach längerem Sitzen abliegen können. Diesbezüglich bedürfe es letztlich einer differenzierteren und sorgfältigeren Abklärung, um eine abschliessende Beurteilung zu machen. Therapeutisch könne man von chirurgischer Seite festhalten, dass im Moment kein Interventionsbedarf gegeben sei. Solange keine kritische Neurokompression im Spiel sei, sei entsprechendes Zuwarten sinnvoll (IV-act. 82/5 f.).

4.6.2.4 Von keiner Seite her bestritten ist die zu Beginn des Auftretens der Diskushernie und der Wurzelkompression L5 im November 2013 bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 30. April 2014 und eine 80%ige bis 30. Juni 2014. Der Experte Dr. C. _____ postulierte mit der Rückbildung des Ausmasses der radikulären Ausfallkomponente ab Herbst 2014 eine vollständige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit. Seine Auffassung vermag er allerdings nicht auf einen Revisionsgrund zu stützen. Den echtzeitlichen Berichten ist – wie der Beschwerdeführer zutreffend vorbringt – tatsächlich (noch) keine Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu entnehmen. Im MRI von Februar 2014 erkannte der Radiologe, zwar differentialdiagnostisch, eine sequestrierte Diskushernie mit rezessaler L5-Wurzelkompression (IV-act. 10/9). Wohl mag es zutreffen, dass RAD-Arzt Dr. I. _____ die Arbeitsunfähigkeit anzweifelte, aber für

eine genauere Beurteilung weitere Abklärungen für angezeigt hielt. Im Januar 2016 lag gemäss Prof. Dr. E. _____ nach wie vor ein sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechts mit Reizsymptomatik (positiver Lasègue) vor. Das im Nachgang angefertigte MRI zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung nur noch eine residuelle mediorechtslaterale/rezessale Diskushernie rechts L4/5 mit residueller diskal bedingter rezessaler Einengung von L5 rechts (IV-act. 50/3). Laut dem Neurologen PD Dr. J. _____ bestand im Juli 2016 ein Status nach radiuklärem Schmerz und sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 rechts bei regredienter Diskushernie L4/5 rechts. Das leichtgradige residuelle Ausfallsyndrom L5 rechts machte sich vornehmlich in der Fuss- und Grosszehenhebung bei stabilem Becken bemerkbar (IV-act. 58). Damit kann per Juli 2016 eine objektive Verbesserung festgestellt werden. Ab diesem Zeitpunkt leuchtet die Beurteilung von Dr. C. _____ ein, dass er aufgrund des nur noch leichtgradigen residuellen Ausfallsyndroms in der angestammten und zugleich leidensadaptierten Tätigkeit keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit mehr begründen könne.

4.6.2.5 Nach dem Gesagten zeigt sich der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit wie folgt:

- 100 % bis 30. April 2014;
- 80 % vom 1. Mai bis 30. Juni 2014;
- 50 % vom 1. Juli 2014 bis 8. Juli 2016;
- 15 % ab 9. Juli 2016 (gemäss interdisziplinärem bzw. psychiatrischem Gutachten).

4.7 Insgesamt vermag die bidisziplinäre Expertise der Dres. C. _____ und D. _____ vom 7. November 2018 inkl. deren Teilgutachten in Bezug auf die nun attestierte Arbeitsfähigkeit von 85 % in jeglicher Tätigkeit zu überzeugen. Einzig was den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist festzustellen, dass eine objektivierbare Verbesserung, mithin ein Revisionsgrund, erst per 8. Juli 2016 gegeben ist, ab welchem die soeben genannte Leistungsfähigkeit Gültigkeit beanspruchen kann. Davor bestand für den relevanten Zeitpunkt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

5. In erwerblicher Hinsicht beanstandet der Beschwerdeführer den von der IV-Stelle angewendeten Prozentvergleich. Er arbeite als Versicherungs- und Finanzberater in der gesamten Schweiz, berate Kunden und biete über sein Versicherungsportfolio individuelle Lösungen an. Die faktisch selbständigkeitsähnliche Tätigkeitsstruktur müsse berücksichtigt

werden. Erheblicher Sockelaufwand wie beispielsweise gewisse administrative Aufgaben (Backoffice) und Schulungen auf Produkten seien fix. Die produktive Arbeitszeit bei einer Teilzeitarbeit in selbständigkeitsähnlicher Form sei im Verhältnis zum Sockelaufwand disproportional geringer. Im Jahr nach Eintritt des Gesundheitsschadens habe das Einkommen nicht deutlich abgenommen. Die Abnahme habe aber nicht die echtzeitliche Produktivitätseinbusse gezeigt, da notorischerweise bei diversen Provisionen ein Schleppeffekt eintrete. So würden beispielsweise Bestandesentschädigungen bei längerer Versicherungsdauer des einmal akquirierten Kunden länger laufen. Deshalb dürfte sich die Anwendung der ausserordentlichen Bemessungsmethode des Tätigkeitsvergleichs rechtfertigen (act. 1 Ziff. 13).

5.1 Darf für das Validen- und das Invalideneinkommen dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen werden, erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; BGer 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs

massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (BGer 9C_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf BGer 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen "Prozentvergleich" dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (BGer 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf BGer 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

5.2 Der Beschwerdeführer arbeitet seit dem 21. März 1999 für die L. _____ AG (vormals M. _____) als Finanzberater im Aussendienst. Die Arbeitszeit kann er selber bestimmen. Der Lohn setzt sich im Wesentlichen aus Vermittlungsprovisionen zusammen (IV-act. 11). Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis sind Agenten (Reisevertreter, Handelsreisende usw.) natürliche Personen, die gegen Entgelt im Namen und auf Rechnung eines andern ausserhalb von dessen Geschäftsräumen mit Dritten Verträge abschliessen oder den Abschluss vermitteln. Sie gelten in der Regel als Unselbständigerwerbende. Damit sie als Selbständigerwerbende betrachtet werden können, müssen sie ein eigentliches Unternehmerrisiko tragen, das heisst über eine eigene Verkaufsorganisation verfügen. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn sie kumulativ eigene Geschäftsräumlichkeiten benutzen, eigenes Personal beschäftigen und die Geschäftskosten im Wesentlichen selber tragen (BGer 9C_250/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 2.3). Vorliegend schliesst der Versicherte Verträge gegen Entgelt im Namen und auf Rechnung der L. _____ AG ab. Eine faktisch selbständige Tätigkeitsstruktur ist nicht gegeben. Ferner leuchtet nicht ein, dass sich die Leistungsminderungen in keiner Weise auf den Sockelaufwand auswirken sollten. Wenn er weniger Kundenbesuche tätigen kann, ist auch davon auszugehen, dass etwa die Arbeiten im Backoffice abnehmen.

5.3 Ausgehend von dieser rechnerischen Vereinfachung ergibt sich ab 1. Juli 2014 bis 8. Juli 2016 ein Invaliditätsgrad von 50 % (vgl. E. 4.6.2.5). Ein leidensbedingter Abzug ist vorliegend nicht vorzunehmen, da der Beschwerdeführer in der Lage ist, vollzeitlich tätig zu sein mit einer Leistungsminderung von 15 % (vgl. IV-act. 107/33; BGer 8C_211/2018 vom 8. Mai 2018 E. 4.4). Ab 9. Juli 2016 beträgt der Invaliditätsgrad 15 %.

In Anbetracht des Dargelegten hat der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Diese ist bis am 31. Oktober 2016 befristet (Art. 88a Abs. 1 IVV).

6. Der Beschwerdeführer beantragte ferner, die IV-Stelle habe die Kosten für das Privatgutachten von Prof. Dr. E. _____ vom 4. April 2019 im Umfang von Fr. 4'950.– zu übernehmen. Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Im Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer das vorgenannte Parteigutachten zu den Akten. Daraus lässt sich nichts Entscheidwesentliches entnehmen, sodass dieses den Verfahrensausgang nicht massgeblich beeinflusst hat (BGer 8C_388/2010 vom 7. Dezember 2010 E. 10.2 mit Hinweisen). Der Antrag auf Überbindung der Kosten für das Privatgutachten an die Beschwerdegegnerin ist dementsprechend abzuweisen.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die retrospektive Einschätzung der Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betreffend insofern zu korrigieren ist, als vom 1. Juli 2014 bis 8. Juli 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. Danach ist aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes lediglich noch von einer Einschränkung von 15 % auszugehen. Dies berechtigt zum Bezug einer halben Rente der Invalidenversicherung vom 1. Mai 2015 bis 31. Oktober 2016. Insoweit erweist sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde als begründet. Im Übrigen ist sie abzuweisen.

8.

8.1 Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 800.– festzusetzen und den Parteien nach Massgabe ihres Unterliegens aufzuerlegen. Ausgangsgemäss sind sie von beiden Parteien je zur Hälfte (Fr. 400.–) zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG und § 23 Abs. 2 VRG). Demzufolge ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– im Umfang von Fr. 400.– dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

8.2 Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere

Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGer 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGer 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 mit Hinweisen). Vorliegend unterliegt der Beschwerdeführer bezüglich des fortdauernden Anspruchs auf eine Rente. Der Wegfall des Rentenanspruchs unterscheidet sich insofern qualitativ massgeblich von der beantragten Leistungsfortsetzung, weshalb dem nur teilweise obsiegenden Beschwerdeführer zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten ist, welche – analog zur Spruchgebühr (vgl. E. 8.1) – auf die Hälfte zu kürzen und ermessensweise auf Fr. 1'800.– (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 29. August 2019 insoweit abgeändert, als dem Beschwerdeführer vom 1. Mai 2015 bis 31. Oktober 2016 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, welche beiden Parteien je zur Hälfte (Fr. 400.–) auferlegt wird. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss im Umfang von Fr. 400.– zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung im Betrag von Fr. 1'800.– (inkl. Barauslagen 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 den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons 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, 30. September 2020

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG
