

NW_GERICHTE 27920 vom 27. September 2021

NW Gerichte, 2021-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_27920

FR: NW_GERICHTE 27920 du 27 septembre 2021

IT: NW_GERICHTE 27920 del 27 settembre 2021

Regeste

Invalidenversicherung, Rente (SV 21 4)

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG (SR 831.20) können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungs- objekt des vorliegenden Verfahrens bildet die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 8. Ja- nuar 2021, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig für die Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungs- gerichts, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [Gerichtsge- setz; NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung beson- ders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Be- handlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglich- keiten 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 zu- dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliede- rungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine

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

E. 2.3

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 2.4

Sowohl das Administrativverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Sozialversicherungsgerichte von Amtes wegen ohne Bindung an die Parteibehörden für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen

6■27

Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (Urteil des BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

E. 2.5

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei

einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

E. 2.6

Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe ■ bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ■ ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.7

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 8. Januar 2021) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens ein- bzw. nachgereichte Arztberichte zum Gesund-

7■27

heitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 3.1

Die IV-Stelle sprach dem Beschwerdeführer gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten SAM vom 12. November 2019 ab 1. Januar 2018 bis 31. Oktober 2018 eine abgestufte und befristete Rente zu. Ab 1. November 2018 verneinte sie einen Rentenanspruch.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer beanstandet das Gutachten und den Einkommensvergleich. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die IV-Stelle die angefochtene Verfügung auf einen rechtsgenügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt abstützte und den befristeten Rentenanspruch des Beschwerdeführers für den Zeitraum März bis Oktober 2018 korrekt festsetzte bzw. ab 1. November 2018 zu Recht ablehnte. Unbestritten ist die befristet zugesprochene ganze Rente für Januar und Februar 2018.

E. 4.1

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 4.2

Der Hausarzt des Versicherten Dr. med. C. __ hielt in seinem undatierten IV-Arztbericht (Posteingang: 26. Juli 2017) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 24 S. 3 ff.):

8■27

– Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten und Ein- und Durchschlafstörungen – Valvuläre und koronare Herzerkrankung mit St. n. STEMI anterior 9/2012 – Stenteinlage mittlerer RIVA – St. n. PTCA/DES der RCX 01/2017 – Aortenklappenstenose mit mittelschwerer Insuffizienz

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Chronische Niereninsuffizienz – Generalisierte Arteriosklerose – Art. Hypertonie

Der Hausarzt attestierte dem Versicherten ab 7. März 2017 bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit.

E. 4.3

Dr. med. D. __, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, berichtete erstmals am 20. Juni 2013 (IV-act. 24, S. 23) von einer unklaren chronisch-progredienten Niereninsuffizienz. In den darauffolgenden Nachkontrollberichten (August 2013 – März 2019) wird jeweils die Diagnose «Chronische Niereninsuffizienz unklarer Aetiologie (DD: «fortgeschrittene Altersniere»)» und abwechselnd ein Nierenfunktionswert (GFR) entsprechend einer mittelschweren Einschränkung im CKD-Stadium III (IV-act. 24, S. 30, 34, 59, 88, 116, IV-act. 66, S. 31, 38 und IV-act. 94, S. 7) oder gar nur noch von einer leichten Einschränkung im CKD-Stadium II festgehalten (IV-act. 24, S. 44, 52, 69, 76, 88; IV-act. 66, S. 13, 18, 32). So auch im aktuellsten aktenkundigen Bericht vom 30. April 2019 (IV-act. 94, S. 6). Zur Arbeitsfähigkeit hat sich der Nephrologe nie konkret geäußert.

E. 4.4

Der behandelnde Kardiologe Prof. Dr. med. E. __ berichtete dem Hausarzt am 10. August 2017 (IV-act. 33, S. 1 f.) über den stationären Aufenthalt zufolge Zuweisung bei Verdacht auf Progression der koronaren Herzkrankheit. Die durchgeführte Myokardszintigraphie vom 26. Juni 2017 habe einen positiven Ischämienachweis laterel gezeigt. Aufgrund dieses Befundes sei eine Re-Koronarangiographie erfolgt. Diese habe nach Perkutaner Koronarintervention (PCI) ein gutes Resultat gezeigt. Als Korrelat für die laterale Ischämie habe sich ein subtotaler Verschluss des ersten Diagonalstents gefunden. Dieser sei in gleicher Sitzung mit einem Drug-

9■27

Eluting-Stent mit einem guten Endresultat ohne Nachweis einer Reststenose behandelt worden. Der Patient sei beschwerdefrei und in gutem Allgemeinzustand entlassen worden. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Kardiologe nicht.

E. 4.5

Der Psychiater Dr. med. F. __ hielt in seinem Abklärungsbericht ADHS vom 14. November 2017 (IV-act. 104) die Diagnose «Erwachsenen-ADHS des gemischten Subtyps nach DSM-IV 314.01» fest. Es gebe keine bedenkenswerten Gründe gegen das Gelingen eines beruflichen Wiedereinstieges. Allerdings berge ein beruflicher Neustart «von Null auf Hundert» Risiken. Er empfehle daher einen protektiv begleiteten und prozentual

gestaffelten Wiedereinstieg und einen Arbeitsplatz an dem der Versicherte den Pegel von Disstress, Überforderungssorgen und Versagensbefürchtungen tiefer halten könne als in den letzten Jahren. Im Übrigen äusserte sich der Psychiater nicht zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

E. 4.6

Der Kardiologe E.__ berichtete dem Hausarzt am 19. Dezember 2017 über die ambulante kardiologische Untersuchung des Versicherten (IV-act. 56 S. 5). Der Patient sei von kardialer Seite her beschwerdefrei. Insbesondere seien die typische Angina pectoris-Symptomatik, Belastungsdyspnoe, Palpationen, Präsynkopen oder Synkopen auf Nachfrage verneint worden. In der Ergometrie leiste der Versicherte altersentsprechende Leistungen ohne Zeichen einer myokardialen Ischämie. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Kardiologe nicht.

E. 4.7

Im IV-Arztbericht vom 19. Oktober 2018 (IV-act. 64) halten die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.__ und die behandelnde Psychotherapeutin Dr. phil. H.__ folgende Diagnosen fest: – Reaktive leichte depressive Episode (ausgelöst durch 2. Infarkt im Januar 2017) – Reaktive Angststörung im Rahmen einer koronaren Herzkrankheit – ADHS, Typus Mischform Die generalisierten Ängste des Patienten und seine diversen Reaktionsbilder auf diese Ängste seien nicht nur im Rahmen einer Angststörung zu beurteilen, sondern durchaus real ernst zu nehmen. Ein erhöhter Stress könne ein Grund für die Hypertonie und folglich ein Risikofaktor für erneute Myokardinfarkte sein. Auch das diagnostizierte ADHS habe konkrete Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Psychiatrisch-psychotherapeutisch sei von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 60% an einem Arbeitsplatz ohne Termindruck auszugehen. Gegenwärtig sei

10■27

der Patient seit 1. Mai 2018 zu 40% arbeitsunfähig geschrieben. Davor sei er vom 1. März bis 31. April 2018 zu 60% und vom 1. Mai 2017 bis 28. Februar 2018 vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen.

E. 4.8

Der Hausarzt Dr. med. C.__ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 12. November 2018 (IV-act. 66 S. 1 f.) zusätzlich die Diagnose «Status nach Inguinalhernien Operation bei rezidiv Leistenhernie links 02/18» fest. Infolgedessen sei es zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit gekommen. Ansonsten könne er sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äussern, da er den Versicherten seit Februar 2018 nicht mehr gesehen habe.

E. 4.9

Der Kardiologe E.__ konnte, laut seinem Bericht vom 31. Januar 2019 (IV-act. 97), im Rahmen der gleichentags erfolgten Kontrolluntersuchung keinen Anhaltspunkt für eine Progression der koronaren Herzkrankheit erkennen und erachtete eine weitere Diagnostik als nicht notwendig. Die geklagten krampfartigen Brustschmerzen bewertete er als muskuloskelettale Beschwerden, die gegebenenfalls orthopädisch abzuklären seien.

E. 4.10.1

Auf Veranlassung der IV-Stelle wurde der Beschwerdeführer bei der Servizio Accertamento Medico (SAM) polydisziplinär begutachtet. Das Gutachten vom 12.

November 2019 (IV-act. 101) beinhaltet die Fachgebiete Allgemeine innere Medizin, Kardiologie und Psychiatrie. Die involvierten Gutachter erhoben folgende Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33): Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) Als Leiden ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Auszug): Ischämische Herzkrankheit mit normaler linksventrikulärer Funktion (LVEF = 63 %) – Mässige Aorteninsuffizienz – KVRV: Behandelte arterielle Hypertonie; Dyslipidämie Chronische Niereninsuffizienz, mindestens bekannt seit September 2012 – Aktuell stabil mit Kreatininwert um 121 µmol/l Rezidivierende Gichtarthropathien bei Hyperurikämie, bekannt seit Januar 2014 – Aktuell unter Allopurinol anfallsfrei Vitamin-D-Mangel, bekannt seit August 2014

11■27

– Unter Substitutionstherapie Dyslipidämie – Unter Repatha-Therapie seit 2019 Arterielle Hypertonie – Non Dipper Arteriosklerotischer Plaques der A. Carotis interna rechts, bekannt seit Juni 2013

E. 4.10.2

Im internistischen Teilgutachten vom 19. August 2019 wird die Niereninsuffizienz als die führende Pathologie bezeichnet. Diese werde adäquat durch einen Nephrologen behandelt und nachkontrolliert. Sie sei aktuell nicht arbeitseinschränkend; für die Zukunft könne aber eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden. Als weitere Pathologie leide der Versicherte an einer Arteriosklerose generalisierter Natur, die zu einem Herzinfarkt geführt habe (IV-act. 101).

E. 4.10.3

Im kardiologischen Teilgutachten vom 20. August 2019 wird eine ischämische Herzkrankheit bei koronarer Zweigefässerkrankung jedoch erhaltener LV-Funktion festgehalten. Die aktuelle Untersuchung bestätige eine normale linksventrikuläre Funktion. Die allgemeine Belastbarkeit sei aus organisch-kardiologischer Sicht nicht eingeschränkt und es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren führt der Kardiologe (zusammengefasst) aus, es sei beim Versicherten im Verlaufe der Krankheitsgeschichte zu einer sicherlich pathologischen Fixierung auf den Blutdruck gekommen, «um den es sich bei ihm ausschliesslich drehe». Schon geringe Blutdruckanstiege seien für allgemeines Unwohlsein verantwortlich und umgekehrt sei er überzeugt, dass ein 100%-Pensum zu hohe Blutdruckwerte bewirken werde, was sich durch allgemeines Unwohlsein, unspezifischen Thoraxschmerzen und Schlaflosigkeit zeige. Der Versicherte komme mit dem 60%-Pensum gut zurecht und könne sich kein höheres Pensum vorstellen. Aus psychosomatisch-kardiologischer Sicht sei wünschenswert, dass er weiterhin in einem 60%-Pensum arbeiten könne, auch wenn streng klinisch-organisch ein 100%-Pensum möglich sei (IV-act. 103).

E. 4.10.4

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. Oktober 2019 (IV-act. 102) wird (zusammengefasst) festgehalten, dass die potentiell lebensgefährdenden kardialen Ereignisse zu jeweils reaktiven psychischen Störungen im Sinne von Anpassungsstörungen geführt hätten. Die persistierenden ängstlich-depressiven Symptome hätten sich aufgrund der Kündigung des langjährigen

12■27

Arbeitsplatzes per Ende November 2017 möglicherweise vorübergehend nochmals verstärkt und zu den Diagnosen einer leichten depressiven Episode und einer Panikstörung geführt. Der Versicherte habe sich beruflich bereits im März 2018 wieder in einem Betrieb eingliedern können. Aufgrund lediglich partiellen Ansprechens auf bisherige Therapiemaßnahmen sei es zu einer Chronifizierung der im Rahmen der Anpassungsstörung bestehenden Symptomen im Sinne einer sonstigen Angststörung (Angst und depressive Störung gemischt) gekommen, welche sich leichtgradig auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Zur Aufrechterhaltung der Störung trügen perfektionistische Persönlichkeitszüge sowie eine anhaltende Belastung durch chronische somatische Erkrankungen, Insomniebeschwerden, gestörte Beziehungen und finanzielle Engpässe bei (S. 41 f.). Es hätten sich erhebliche Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung im Hinblick auf den Schweregrad von Symptomen gezeigt. Erbrachte Leistungen und Verhalten in Freizeit und Beruf seien nicht mit einer schwer ausgeprägten Depression vereinbar, wie die aktuelle Selbsteinschätzung von Symptomen und zur Schweregradeinschätzung von Depressionen im Beck-Fragebogen nahelege. Ebenso wenig korreliere die zurückhaltende Wahrnehmung von Therapieangeboten mit der Angabe eines hohen Leidensdrucks (S. 43). Bei der aktuell diagnostizierten psychischen Störung «Angst und depressive Störung gemischt» handle es sich um eine leicht ausgeprägte Störung, welche in der Regel keine Auswirkung auf die quantitative Arbeitsfähigkeit habe. Das Arbeitspensum könne daher von derzeit 60% in monatlichen Schritten von 10% auf 100% erhöht werden. Wegen der durch die perfektionistischen Persönlichkeitszüge bedingten Reduktion der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit könne es jedoch vorübergehend zu Auswirkungen kommen. Während der Umgewöhnungsphase auf ein höheres Arbeitspensum bestehe daher ein vermehrter Pausenbedarf von 10% (S. 44).

E. 4.10.5

In ihrer Konsensbeurteilung äusserten sich die Gutachter vorab zu den funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde und Diagnosen. Es gebe aus internistischer und kardiologischer Sicht keine sich auf die Arbeitsfähigkeit oder die funktionellen Fähigkeiten des Versicherten auswirkenden Diagnosen. Aus kardialer Sicht leide der Versicherte unter einer koronaren leget artis behandelten Herzkrankheit. Aktuell sei die Funktionsleistung des Herzens dergestalt, dass der Versicherte ohne kardiologisch funktionelle Auswirkungen im Alltag voll belastet werden könne (IV-act. 101 S. 8). Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte im Verlaufe in der Lage gewesen, seine Symptome, die auf das ADHS zurückzuführen seien, zu kompensieren und sich gut zu organisieren. Aktuell hätten die psychiatrischen Diagnosen noch

13■27

eine funktionelle Einbusse im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs von ca. 10-15 %. Der Versicherte habe leichte Beeinträchtigungen bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Durchhaltefähigkeit, in der Selbstbehauptungsfähigkeit, in familiären bzw. intimen Beziehungen (IV-act. 101 S. 8). Im Rahmen der Konsistenzprüfung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass aus internistischer und kardiologischer Sicht die Konsistenz der Berichte und der Präsentation des Versicherten gegeben sei. Aus psychiatrischer Sicht sei zu sagen, dass der Versicherte erhebliche Unterschiede in der Selbst- und Fremdeinschätzung im Hinblick auf den Schweregrad von seinen Symptomen präsentiere. Die erbrachten Leistungen im Verhalten in Freizeit und Beruf seien schwerlich mit einer ausgeprägten Depression vereinbar, wie sie

aktuell in der Selbst- einschätzung von Symptomen zu Schweregradeinschätzung von Depression mit dem Beck- Fragebogen nahegelegt würden. Ebensovien würden die zurückhaltende Wahrnehmung von Therapie-Angeboten mit der Angabe eines hohen Leidensdrucks korrelieren. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestieren die Gutachter dem Versicherten für den Zeitraum März 2017 bis Februar 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit. In der Folge habe er ab 1. März 2018 bis 30. April 2018 eine 40 %ige Arbeitsfähigkeit erreichen können. Ab 1. Mai 2018 bis 20. Oktober 2018 sei der Versicherte in der Lage gewesen, seine Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Arbeitstrainings auf 60 % zu steigern. Seit diesem Zeitpunkt sei medizinisch-theoretisch eine sofortige monatliche Aufstockung des Arbeitspensums von 10 % auf insgesamt 90 % zumutbar. Die Beurteilung des kardiologischen Gutachters, wonach die Fixierung auf die Depression psychosomatisch einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe und der Versicherte deshalb 60-80 % arbeitsfähig sei, könne nicht gewertet werden, da sich der Kardiologe in diesem Punkt fachfremd äussere und die psychiatrische Gewichtung plausibel und begründet seien (S. 9 f.). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest, dass der Versicherte aus internistischer und kardiologischer Sicht jegliche Tätigkeit ausüben könne. Aus psychiatrischer Sicht sei zu erwähnen, dass die aktuelle Arbeitstätigkeit des Versicherten bereits angepasst sei. In diesem Sinne würden die vorgängig genannten Arbeitsfähigkeiten auch in einer angepassten Tätigkeit gelten. Da die Arbeitsunfähigkeit alleine aus psychiatrischer Sicht bestehe, bedürfe es keiner Anpassung oder Summierung der Arbeitsunfähigkeiten. Die Beurteilung des Kardiologen, einer 20-40%igen Arbeitsunfähigkeit in Folge der kardialen Symptomatik sei fachfremd und nicht berücksichtigbar (S. 10 f.).

14■27

E. 4.11

Der behandelnde Kardiologe E.__ berichtete am 15. Mai 2020 (IV-act. 126) von der auf selbstständige Vorstellung des Patienten erfolgten kardiologischen Verlaufskontrolle des gleichen Tages. Der Patient sei von kardialer Seite her beschwerdefrei. Die kardialen Verhältnisse seien stabil und es gebe keine Hinweise auf eine Progression der bekannten koronaren Herzkrankheit. Der Patient sei aktuell in einer IV-Abklärung. Von kardialer Seite bestehe keine Belastungseinschränkung für das aktuell ausgeübte 60%-Pensum. Der Patient gebe aber selber an, dass eine vermehrte Arbeit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit einer erneuten Erschöpfungsdepression einhergehen würde, weswegen er diese vermeiden wolle. Dies sei aus kardialer Sicht zu unterstützen, da dadurch ein schlechterer Verlauf der koronaren Herzerkrankung zu erwarten wäre.

E. 4.12

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.__ und die behandelnde Psychotherapeutin Dr. phil. H.__ erneuerten in ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 15. Juni 2020 (IV-act. 127) mit einlässlicher Begründung die von ihnen postulierten Diagnosen (vgl. vorstehende E. 4.7) und beanstandeten jene der psychiatrischen Gutachterin. Deren Einschätzung, wonach mit der Behandlung und Heilung der «Angst und depressiven Störung, gemischt» wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne, müsse angesichts der von ihnen vertretenen Diagnosen widersprochen werden. Auch habe die Gutachterin die vorgenommenen Tests nicht ins Gutachten eingeführt. Im Weiteren beanstandeten G.__/H.__, es seien lediglich zwei Internistinnen für die Konsensbeurteilung

verantwortlich. Insgesamt erachten sie das psychiatrische Leiden als Folge der kardiologischen Problematik. Psychiatrisch-psychotherapeutisch attestieren sie dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 40-60%.

E. 4.13

Am 26. Oktober 2020 (IV-act. 131) äusserten sich die Gutachter zu den von der IV-Stelle un-terbreiteten Ergänzungsfragen. Die Nierenwerte, so die Gutachter, indizierten eine mittelgra-dige Niereninsuffizienz, die keinen Einfluss auf die Tätigkeit des Versicherten habe. Weitere nephrologische Abklärungen seien nicht notwendig. Die verordneten Medikamente hätten keine leistungsmindernden Auswirkungen. In der aktuellen Untersuchung sei der Skelettstatus unauffällig gewesen und der Versicherte habe keine Schmerzen beklagt, sodass eine zusätz-liche orthopädische Abklärung nicht indiziert gewesen sei. Die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit

15■27

stelle kein erhöhtes gesundheitliches Risiko dar; bei schrittweiser Anpassung habe der Versi-cherte Zeit sich an die zunehmende Belastung zu gewöhnen. Dies gelte auch aus psychiatri-scher Sicht. Der Versicherte unterschätze seine eigene Leistungsfähigkeit. Er habe dank lang-jähriger Berufserfahrung hohe Ressourcen und seine Angst und depressive Störung sei nur leichtgradig ausgeprägt. Das kardiale Ereignis sei zwischenzeitlich erfolgreich behandelt und schränke die Arbeitsfähigkeit nicht mehr ein. Der Versicherte arbeite derzeit zu 60% am Stück und könne dies auch prästieren. Bei der Bewertung der Arbeitsfähigkeit werde vorwiegend auf die Müdigkeitssymptomatik des Versicherten abgestellt, weshalb ihm auch eine Frist gewährt werde, bei der er langsam seine Arbeitsfähigkeit steigern könne. Die subjektive Wahrnehmung des Versicherten könne medizinisch nicht untermauert werden. Zusammengefasst ergäben die Einwände des Versicherten aus interdisziplinärer Sicht keine Änderung in der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

E. 5

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 2.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche sind hier nicht gegeben. Das polydisziplinäre Gutachten der SAM vom 12. November 2019 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist, wie dies vom Bundesgericht verlangt wird, für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorak-ten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, es setzt sich ausreichend mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Was der Beschwerdeführer vorbringt ist, wie sich nachfolgend zeigen wird, nicht geeignet die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens SAM vom 12. November 2019 in Frage zu stellen.

16■27

E. 6.1.1

Der Beschwerdeführer moniert zunächst das Fehlen eines nephrologischen Teilgutachtens. Er leide an einer medikamentös behandelten Niereninsuffizienz. Im Bericht von Dr. D. ___ vom 18. März 2019 sei von einer Verschlechterung der progressiven KHK mit beginnender cervikaler arterieller Verschlusskrankheit die Rede sowie von der Umstellung der Dialysemedikamente. Die aufgelistete Medikation wirke sich zusätzlich leistungsmindernd aus, was im Gutachten unbeurteilt geblieben sei. Entgegen den Ausführungen des RAD sei ein Internist nicht geeignet, im Bereich Nephrologie eine abschliessende Beurteilung abzugeben. Die Auffassung der SAM in ihrer Stellungnahme vom 26. Oktober 2020, wonach es sich um eine mittelgradige Niereninsuffizienz handle, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, entbehre jeglicher Grundlage, da die Gutachter nicht Nephrologen seien. Indem kein Nephrologe beigezogen worden sei, habe die IV-Stelle den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG verletzt.

E. 6.1.2

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, wonach die Wahl der Fachrichtungen von den Gutachterfragen abhängt und je nach Gesundheitsschaden mehrere Fachrichtungen in Frage kommen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (Urteil BGer 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Die Nephrologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Die am Gutachten beteiligten Internisten waren ausreichend befähigt, mögliche Auswirkungen und Einschränkungen der Niereninsuffizienz auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Sowohl in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung wie auch in der ergänzenden Stellungnahme wurde das Nierenleiden berücksichtigt. Das Nierenleiden schränke die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht ein, künftige Auswirkungen des Nierenleidens auf die Arbeitsfähigkeit seien aber nicht ausgeschlossen (IV-act. 101, S. 3). Die gutachterliche Beurteilung der Nierenfunktion (mittelschwere Einschränkung) deckt sich mit jener des behandelnden Nephrologen (vorstehende E. 4.3). Eine Dialysierung des Beschwerdeführers ist nicht aktenkundig und damit auch keine Umstellung der Dialysemedikamente. Der Fokus der nephrologischen Behandlung liegt in der Blutdrucksenkung und regelmässigen Blutkontrollen, u.a. der Lipidwerte (IV-act. 100, S. 35). In diesem Zusammenhang

17■27

ist ein Medikamentenwechsel zur Stabilisierung der Lipidwerte dokumentiert (IV-act. 94 S. 5 und 7, IV-act. 100 S. 35). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die Gutachter hätten seine leistungsmindernden Medikamente nicht berücksichtigt, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Die Medikation war den Gutachtern bekannt und im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme wurde die behauptete leistungsvermindernde Wirkung medikamentenspezifisch widerlegt (vorstehende E. 4.13). Überdies lassen sich weder den aktenkundigen Berichten des Internisten/Nephrologen D. ___ noch jenen des Kardiologen E. ___ Hinweise auf eine Leistungsminderung entnehmen. Ebensowenig dokumentieren die kardiologischen Berichte eine Progredienz der koronaren Herzkrankheit.

E. 6.2.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, der Kardiologe E. ___ habe in seinem Bericht vom 31. Januar 2019 eine weiterführende orthopädische Abklärung als sinnvoll erachtet. Obwohl

die beschriebene Beschwerdesymptomatik nach wie vor bestehe, habe die medizinische Abklärungsstelle keine orthopädische Abklärung vorgenommen.

E. 6.2.2

Dem genannten Bericht ist zu entnehmen, dass der Kardiologe die vom Beschwerdeführer geklagten krampfartigen Brustschmerzen kardiologisch nicht verorten konnte, er diese als muskuloskelettal bewertete und gegebenenfalls als orthopädisch abzuklären (vgl. vorstehende E. 4.9). Im Rahmen der gutachterlichen Befragung gab der Beschwerdeführer weder die gegenüber dem Kardiologen E. __ geklagten noch andere dem orthopädischen Themenkreis zuzurechnende Beschwerden an (IV-act. 100 S. 27). Ausserdem ergab die internistische Untersuchung einen unauffälligen Skelettstatus (IV-act. 100 S. 30 f.). Eine abklärungsbedürftige organisch-orthopädische Problematik ist nicht erkennbar.

E. 6.3.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, der kardiologische Teilgutachter erachte ihn bloss als zu 60 % bis 80 % arbeitsfähig. Die fatalen Folgen einer Arbeitssteigerung sei von der MEDAS nicht beantwortet worden. Auch der Kardiologe E. __ halte in seinem neuen Bericht vom 15. Mai 2020 fest, dass bei einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit ein negativer Verlauf der Herzkrankheit zu erwarten sei. Mit der monatlichen Pensensteigerung würden die Gutachter

18 bis 27

eine gefährliche Hypothese aufstellen. Habe dies lebensgefährliche Folgen für ihn, seien die Gutachter haftpflichtrechtlich zur Rechenschaft zu ziehen, was ihm aus medizinischer Hinsicht aber nichts mehr nütze. Aufgrund der diametralen ärztlichen Beurteilungen müsse eine gutachterliche kardiologische Meinung eingeholt werden.

E. 6.3.2

Der kardiologische Gutachter konnte rein kardiologisch keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (vgl. vorstehende E. 4.10.3). Für die von ihm postulierte 60-80%ige Arbeitsfähigkeit führte er psychosomatische Aspekte an. Damit macht er eine Arbeitsfähigkeitseinschätzung im psychiatrischen Bereich ohne über eine entsprechende Ausbildung zu verfügen, eine psychiatrische Exploration durchgeführt zu haben und ohne eine konkrete Diagnosestellung. Die entsprechenden Ausführungen blieben im Rahmen der Konsensbeurteilung korrekterweise unberücksichtigt. Der behandelnde Kardiologe E. __ hielt im zitierten Bericht (vgl. vorstehende E. 4.11) kardial stabile Verhältnisse fest; der Patient sei von kardialer Seite her beschwerdefrei. Im Übrigen gab der Kardiologe bloss die subjektiven Befürchtungen seines Patienten wieder. Für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist aber nicht die subjektive Überzeugung der versicherten Person massgebend. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen. Eine solche lässt sich keineswegs aus den kardiologischen Berichten entnehmen. Vielmehr berichtete der behandelnde Kardiologe stets von stabilen kardialen Verhältnissen und Beschwerdefreiheit. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers, äusserte sich der Kardiologe nicht zu einer schrittweisen Steigerung des Arbeitspensums. Von einer diametralen ärztlichen Beurteilung kann somit keine Rede sein.

E. 6.4.1

Der Beschwerdeführer moniert, es seien die Auswirkungen einer schrittweisen Anpassung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelte auch als arbeitsunfähig, wer eine Tätigkeit nur unter der Gefahr, seinen Gesundheitszustand zu verschlimmern, verrichten könne.

19■27

E. 6.4.2

Die Gutachter sind in ihrer Stellungnahme vom 26. Oktober 2020 explizit auf eine Pensensteigerung und die möglichen gesundheitlichen Folgen eingegangen. Sie schlossen diesbezüglich ein gesundheitliches Risiko nachvollziehbar und begründet aus (vgl. E. 4.13).

E. 6.5.1

Der Beschwerdeführer beanstandet das Fehlen der vom Psychiater F. __ gestellten Diagnose eines Erwachsenen ADHS des gemischten Subtyps. Auch dessen Hinweis auf die schwerwiegenden Konsequenzen bei einer beruflichen Wiedereingliederungsüberforderung seien unbeachtet geblieben. Darüber hinaus erweise sich die zeitliche Exploration von 50 Minuten als ungenügend.

E. 6.5.2

Die psychiatrische Teilgutachterin hat die Kardinalsymptome einer ADHS überprüft und kam zum Schluss, dass aufgrund der Angaben des Exploranden das Vorliegen eines ADHS-Syndroms mit Persistenz im Erwachsenenalter theoretisch zwar möglich sei, sich hierdurch aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergäben. Der Explorand habe die Symptome in der Vergangenheit ausreichend kompensieren können und werde dies in der Zukunft wieder tun können, wenn die komorbide Störung (Angst und depressive Störung, gemischt) ausreichend behandelt sei (IV-act. 102 S. 33 ff.). Infolgedessen wurde die Diagnose im Gutachten zwar angeführt, jedoch nicht als Leiden mit Auswirkung auf die Gesundheit. Anders als vom Beschwerdeführer behauptet, schloss auch der Psychiater F. __ eine berufliche Wiedereingliederung nicht aus. Er erblickte bloss in einem Neustart «von Null auf Hundert» Risiken und empfahl, analog der psychiatrischen Teilgutachterin, einen prozentual gestaffelten Einstieg. Abgesehen davon ist die Diagnose alleine im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auch nicht ausschlaggebend. Massgebend ist der Schweregrad der ärztlich attestierten gesundheitlichen Beeinträchtigung und das Mass ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 127 V 294 E. 4c; Urteile des Bundesgericht 8C_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.3.1; 9C_826/2011 vom 6. Februar 2012 E. 3.2). Soweit der Beschwerdeführer die Explorationszeit bemängelt, scheint er zu übersehen, dass die psychiatrische Exploration nicht bloss 50 Minuten, sondern von 15:00 bis 19:15 Uhr dauerte (inkl. 2 Pausen à 15 Minuten [IV-act. 102 S. 2]). Darüber hinaus ist für den Aussagegehalt sowieso nicht die Untersuchungsdauer massgebend, sondern vielmehr ob die Exploration lege

20■27

artis erfolgte, der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies wie im vorliegenden Fall zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (u.a. Urteil BGer 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3).

E. 6.6.1

Der Beschwerdeführer macht sodann sinngemäss geltend, dass laut der behandelnden Psychiaterin und Psychologin die kardiologische Problematik nicht nachvollziehbar in die gutachterliche Beurteilung einbezogen worden sei. Im Sinne einer Gesamtbeurteilung würden die behandelnden Ärztinnen von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 %-60 %, prognostisch von 50 % ausgehen.

E. 6.6.2

Die organisch-kardiologische Problematik wurde ■ wie bereits aufgezeigt ■ in der gutachterlichen Konsensbeurteilung vollumfänglich berücksichtigt. Nicht einbezogen wurde die «kardiologisch-psychosomatische» und damit fachfremde Beurteilung des kardiologischen Gutachters. G. __/ H. __ argumentieren weitgehend basierend auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und berücksichtigten, anders als die Gutachter, auch invaliditätsfremde und damit sozialversicherungsrechtlich unbeachtliche Faktoren. Die psychiatrische Teilgutachterin hat denn auch plausibel aufgezeigt, weshalb sie bezüglich Diagnose, Folgeabschätzung und Bewertung der Testresultate nicht mit den Einschätzungen der behandelnden Fachpersonen G. __/ H. __ übereinstimmt. Die medizinische Folgenabschätzung weist notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge. Überdies ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden

21 ■ 27

Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Dies ist vorliegend nicht der Fall. G. __/ H. __ nannten weder in ihrer Stellungnahme vom 15. Juni 2020 noch in jener vom 25. Januar 2021 wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und Anlass zu weiteren Abklärungen geben würden.

E. 6.7.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, der RAD habe in seiner Aktennotiz vom 9. Dezember 2019 die prognostische Steigerung ebenfalls als widersprüchlich erachtet.

E. 6.7.2

Der RAD-Arzt ging in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 9. Dezember 2019 (IV-act. 107) irrtümlich, wie er selbst festhielt, von einer prognostischen Pensensteigerung ab Herbst 2019, statt ab Herbst 2018 aus (vgl. IV-act. 112), womit sich das beschwerdeführeri-

sche Argument als haltlos erweist.

E. 6.8.1

Im Weiteren moniert der Beschwerdeführer die retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, insbesondere, dass die Gutachter nicht zumindest bis zum Zeitpunkt der Begutachtung auf die Einschätzungen der behandelnden Fachärzte abstellten. Bei psychischen Störungen sei rechtssprechungsgemäss eine zuverlässige retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit generell schwierig sowie mit Unsicherheiten behaftet und in Übereinstimmung mit den echtzeitlichen Akten zu prüfen.

E. 6.8.2

Richtig ist, dass laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung rückblickenden Aussagen zur Arbeitsfähigkeit zurückhaltend zu gewichten sind (u.a. Urteil des BGer 8C_418/2010 vom 27. August 2010 E. 5.3.2). Der Beschwerdeführer lässt allerdings offen, welche fachärztliche(n) Be-

22■27

urteilung(en) der Arbeitsfähigkeit seiner Ansicht nach massgeblich gewesen wäre(n). Die Beurteilung G.__/H.__ (vgl. vorstehende E. 4.7) und jene der Gutachter divergiert erst ab November 2018, also jenem Zeitpunkt in dem die Gutachter eine Steigerung des Pensums annehmen (vgl. vorstehende E. 4.10.2 Abs. 3). Für die Zeit ab November 2018 sind keine echtzeitlichen fachärztlichen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit aktenkundig, womit sich der Einwand als unbehelflich erweist.

E. 6.9

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass vollumfänglich auf die Beurteilung des SAM-Gutachtens abzustellen ist. Angesichts der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht weder Anlass für die Einholung eines Gerichtsgutachtens noch für weitere Abklärungen. Damit ist die gutachterlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. Demnach war der Beschwerdeführer von März 2017 bis Februar 2018 in der bisherigen (als angepasst erachteten) Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig, ab 1. März 2018 bis 30. April 2018 konnte er eine Arbeitsfähigkeit von 40% und ab 1. Mai 2018 bis 20. Oktober 2018 von 60% erreichen. Danach war ein 90%-Pensum zumutbar.

E. 7.1

Zu prüfen bleiben die Auswirkungen im erwerblichen Bereich.

E. 7.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE

128 V 30 E. 1).

23■27

E. 7.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

E. 7.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

E. 7.5.1

Die IV-Stelle ging bei der Ermittlung des Valideneinkommens von der bis zur Erkrankung im Jahr 2017 ausgeübten Tätigkeit als Applikationsspezialist bei der I. AG aus (IV-act. 20). Ausgehend vom letzten Jahreseinkommen in einem 90%-Pensum (2016) von Fr. 96'667.■ (IV-act. 18 und 20) ermittelte sie, angepasst an die Nominallohnentwicklung und aufgewertet auf ein Vollzeitpensum, ein Valideneinkommen per 2018 von Fr. 107'908.■.

24■27

E. 7.5.2

Der Beschwerdeführer moniert, die IV-Stelle habe die Einkommensentwicklung bei seinem ehemaligen Arbeitgeber nicht ermittelt und in unzulässiger Weise mit nicht nachvollziehbaren Argumenten eine antizipierte Beweiswürdigung vorgenommen. Seinen Recherchen zufolge hätte er aktuell (2020) in einem 100 % Pensum einen Jahreslohn von Fr. 114'876.■ (Bruttojahreslohn Fr. 97'500.■, Bonus Fr. 3'500.■, Anteil Auto Mercedes Fr. 3'876.■, Secondlevel Fr. 4'000.■, Firstlevel Fr. 6'000.■).

Für die behauptete Lohnentwicklung von knapp 7% im Vergleich zum Jahreslohn 2016 finden sich in den Akten weder Belege noch Hinweise. Überdies erscheint sie angesichts der jährlichen Lohnerhöhungen zwischen 2013 und 2016 von 3.68 %, 0.94 % bzw. 0.66 % als wenig glaubhaft. Gemäss den aktenkundigen Lohnabrechnungen 2016 (IV-act. 9) wurde dem Beschwerdeführer auch bloss zweimal ein Secondlevel-Zuschlag (insgesamt Fr.

1'748.■), aber nie ein Firstlevel Zuschlag vergütet. Es dürfte sich bei den behaupteten Zahlen allenfalls um den bei der I.___ AG maximal erzielbaren Lohn handeln. Letztlich ist massgebend, was der Beschwerdeführer als Gesunder verdienen würde, und nicht, was er verdienen könnte.

E. 7.6.1

Die IV-Stelle hat für das Validen- und Invalideneinkommen dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen, was seitens des Beschwerdeführers bemängelt wird. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens sei auf die Tätigkeit bei der B.___ abzustellen.

E. 7.6.2

Der Beschwerdeführer arbeitet seit 1. Juli 2018 in einem 60%-Pensum als Applikationsbetreuer bei der B.___ (IV-act. 50), mithin einer der angestammten Tätigkeit vergleichbaren Beschäftigung. Die Gutachter erachteten die Tätigkeit bei der B.___ als angepasst. Insofern ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle das Invalideneinkommen auf gleicher Basis wie das Valideneinkommen errechnete, zumal eine Pensenerhöhung möglich gewesen war. Selbst wenn für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf das aktuelle (höhere) Einkommen bei der B.___ abzustellen wäre, würde dies augenscheinlich nicht zum vom Beschwerdeführer erhofften Ziel führen.

25■27

Der Beschwerdeführer verdient bei der B.___ in einem 60%-Pensum Fr. 5'100.■ (IV-act. 51) bzw. Fr. 8'500.■ in einem Vollpensum (Fr. 110'500.■ pro Jahr [Fr. 8'500.■ x 13]). Damit ergäbe sich bei einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 44'200.■, bei einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit von Fr. 66'300.■ und bei einer 10%igen Arbeitsunfähigkeit von Fr. 99'450.■. Eine Gegenüberstellung von Valideneinkommen und Invalideneinkommen ergäbe für den Zeitraum März 2018 bis April 2018 (40%ige Arbeitsunfähigkeit) einen Invaliditätsgrad von 60% (59.9%) bzw. eine $\frac{3}{4}$ -Rente, für den Zeitraum Mai bis Oktober 2018 (60%ige Arbeitsunfähigkeit) von 40% (39.9%) bzw. eine $\frac{1}{4}$ -Rente und ab 1. November 2018 (20%ige Arbeitsunfähigkeit) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 27%.

E. 7.6.3

Ein Leidensabzug ist, wie die IV-Stelle richtig festhält, nur bei einem nach dem Tabellenlohn (LSE) bestimmt Invalideneinkommen möglich. Dies ist vorliegend nicht der Fall, sodass sich Weiterungen erübrigen.

E. 8

Der Beschwerdeführer verlangt, die von Dr. med. G.___ und Prof. E.___ fakturierten Kosten seien der IV-Stelle aufzuerlegen.

Nach Art. 78 Abs. 3 IVV (in Kraft bis 31. Dezember 2021) werden die Kosten von Abklärungsmassnahmen von der Versicherung getragen, wenn die Massnahmen durch die IV-Stelle angeordnet wurden oder, falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zuspicherung von Leistungen unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Eingliederungsmassnahmen bilden. Entsprechend dem materiellen Prozessergebnis kommt den aufgelegten Berichten die in Art. 78 Abs. 3 IVV umschriebene Qualität nicht zu. Folglich fällt eine Entschädigung aufgrund dieser Vorschrift ausser Betracht.

E. 9

Zusammenfassend hat die IV-Stelle den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und vollumfänglich abzuweisen, soweit überhaupt darauf einzutreten ist.

26■27

E. 10.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Gerichtskosten werden den Parteien im Verhältnis ihres Unterliegens auferlegt.

Im Lichte dieser Richtlinien werden die Gerichtskosten auf Fr. 800.■ festgesetzt, ausgangsmässig dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt, dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen und sind damit bezahlt.

E. 10.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

27■27

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.