



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

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

URTEIL vom 22. Februar 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2019 143

A. Der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1976, meldete sich im Januar 2017 wegen einer Darmerkrankung (Colitis ulcerosa) erstmals bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Die IV-Stelle holte daraufhin im Rahmen ihrer Abklärungen bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein und legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Sodann liess sie den Versicherten polydisziplinär (Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Neurologie und Gastroenterologie) begutachten. Die Gutachter konnten dabei keine relevante Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen und gingen daher sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit von einer durchgängig vollen Arbeitsfähigkeit seit Sommer 2017 aus (IV-act. 98). Gestützt auf diese Beurteilung wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Vorbescheid vom 23. Oktober 2018 (IV-act. 102) bzw. Verfügung vom 24. September 2019 (IV-act. 131) ab.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 23. Oktober 2019 liess A. _____ beantragen, die Verfügung der IV-Stelle vom 24. September 2019 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen IV-Leistungen auszurichten. Eventualiter sei ein gerichtliches, polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben und subeventualiter sei die Angelegenheit zur neuen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen darauf hinweisen, dass nach Juli 2017 vier stationäre Hospitalisationen erfolgt seien. Wie die Beschwerdegegnerin bei dieser Sachlage behaupten könne, es bestehe seit Juli 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit, sei nicht nachvollziehbar. Aufgrund der diversen Erkrankungen, welche auch eine Wechselwirkung zur Folge gehabt hätten, sei er zwischen dem 29. Februar 2016 und Ende September 2019 zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen. Zu bedenken sei schliesslich, dass neben den somatischen Beschwerden auch die psychiatrischen Diagnosen zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Diesbezüglich hätten Dr. C. _____ mit Bericht vom 14. November 2018 sowie Dres. D. _____ und E. _____ mit Bericht vom 26. November 2018 die gestellten Diagnosen und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit schlüssig dargelegt. Die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt mithin nicht genügend abgeklärt und den Untersuchungsgrundsatz verletzt.

C. Der mit Verfügung vom 24. Oktober 2019 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt.

D. Mit Vernehmlassung vom 3. Dezember 2019 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Begründend wies sie im Wesentlichen darauf hin, für sie habe keine Veranlassung bestanden, sich weiter mit dem Abklärungsresultat auseinanderzusetzen, sei doch der Einwand am 17. September 2019 zurückgezogen worden und der Beschwerdeführer habe es unterlassen, sich zum Beweisergebnis zu äussern. Im aktuellen Verfahrensstadium sei es nicht Sache der IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen zu initiieren. Sollten die Vorbringen des Beschwerdeführers aber weitere Abklärungen erfordern, könne die nun aufgrund des Beschwerdeverfahrens entstehende Verzögerung zu Lasten des Beschwerdeführers nicht der IV-Stelle angelastet werden.

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 24. September 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).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 83 ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 23. Oktober 2019 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG 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 24. September 2019; diese ging gemäss Eingangsstempel am 25. 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 23. Oktober 2019 der Post übergeben und ging tags darauf 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).

3.

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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 einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalidenein-

kommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (BGer 8C_812/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 8.2) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum

Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweismwürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

4. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich aus den Akten Folgendes:

4.1 Beim Versicherten wurde im Jahr 2003 eine chronisch entzündliche Darmerkrankung im Sinne einer Colitis ulcerosa diagnostiziert. Während er in den Jahren zuvor relativ beschwerdefrei war, verstärkten sich die Beschwerden Anfang Dezember 2015, indem er unter starker Diarrhoe mit imperativem Stuhldrang bis zu zwölf Mal pro Tag litt, was dazu führte, dass er sich in ärztliche Behandlung bei Dr. F. _____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, begab. Während der Zeit, in der er bei ihr in Behandlung stand, lehnte der Versicherte sowohl eine diagnostische Koloskopie wie auch eine Behandlung mit Steroiden ab, da er in der Vergangenheit mit beidem schlechte Erfahrungen gemacht habe. Behandlerseits wurde eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit seit dem 29. Februar 2016 attestiert. Doktor F. _____ wies aber auch darauf hin, dass sich die Beschwerden mit einer adäquaten Therapie der Colitis ulcerosa stark vermindern liessen (vgl. IV-act. 7 S. 1 ff.). In der Folge kam es zu zwei Schubereignissen, welche eine stationäre Behandlung vom 15. bis 26. August 2016 und vom 13. bis 19. Oktober 2016 in der Klinik G. _____ bedingten. Im Laufe der zweiten Hospitalisation waren die Entzündungsparameter unter der Therapie rasch rückläufig und die Durchfälle sistierten, weshalb die Prednisolon-Dosis wieder reduziert werden konnte. Zusätzlich wurde eine Hyperthyreose bei Morbus Basedow festgestellt und behandelt (IV-act. 7 S. 8 ff. und IV-act. 17 S. 75 ff.). Angesichts der von Seiten der Colitis ulcerosa stabilen Situation ohne Hinweise auf ein neuerliches entzündliches Schubereignis und der Behandelbarkeit der Schilddrüsenerkrankung erachtete der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung ab dem 1. Dezember 2016 keine Arbeitsunfähigkeit mehr für ausgewiesen (IV-act. 17 S. 56), weshalb an der Leistungseinstellung der Krankentaggeldversicherung per 28. Februar 2017 festgehalten wurde (IV-act. 17 S. 57). Die Ärzte der Klinik G. _____ gingen demgegenüber bei stabilem Allgemeinzustand aufgrund einer deutlich reduzierten

Belastbarkeit von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit (ca. zu 80 %) aus und wiesen darauf hin, dass bei anhaltender Remission der Colitis ulcerosa im weiteren Verlauf zumindest eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit wieder vorliegen könnte (IV-act. 17 S. 104 ff.).

4.2 Wegen einer psychischen und physischen Erschöpfung mit einer depressiven Symptomatik vor dem Hintergrund multipler Belastungen im sozialen und beruflichen Umfeld in Verbindung mit somatischer und psychosomatischer Multimorbidität wurde beim Versicherten im Februar 2017 eine psychotherapeutische Behandlung in die Wege geleitet. Doktor phil. E. _____, Psychotherapeut, Psychoonkologe und Logotherapeut, ging von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und einer Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.01) aus und empfahl weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 37).

4.3 Infolge extremer Tagesmüdigkeit wurden beim Versicherten im Verlaufe des Sommers 2017 zusätzlich ein leicht bis mittelgradig schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom und eine Insomnie diagnostiziert. Als Behandlungsmassnahmen wurden die Anwendung einer Protrusionsschiene, die Durchführung einer CPAP-Behandlung oder einer entsprechenden Operation empfohlen (IV-act. 49), woraufhin sich der Versicherte für einen Versuch mit CPAP-Therapie entschied (IV-act. 89 S. 21 ff.).

4.4 Im November 2017 berichtete der Versicherte sodann erstmals über auftretende Spannungsgefühle und Kribbelmissempfindungen in den Unterschenkeln und Füßen besonders zur Einschlafzeit. Daraufhin diagnostizierte das Zentrum H. _____ ein Restless-Legs-Syndrom und schlug dem Versicherten einen Therapieversuch mit Sifrol vor (IV-act. 89 S. 21 ff.).

4.5 Vom 23. Januar bis 17. Februar 2018 erfolgte eine stationäre Hospitalisation im I. _____. Dabei wurde in psychiatrischer Hinsicht folgende Diagnose gestellt: Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73.0). Dem Bericht kann entnommen werden, dass das Hauptproblem aus Sicht des Patienten die anhaltende Schlafstörung sei. Dementsprechend stand auch die komplexe chronische Schlafstörung im Vordergrund der Behandlung. Beurteilend wurde schliesslich darauf hingewiesen, dass es auffällig gewesen sei, wie vehement der Patient Hilfe eingefordert habe, die bisher vorgeschlagenen Massnahmen jedoch zum grossen Teil nicht akzeptiert oder toleriert

worden seien. Die Ärzte attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 23. Januar bis 3. März 2018 (IV-act. 69).

4.6 Zwischen dem 4. April und dem 26. Juni 2018 wurde der Versicherte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie und Gastroenterologie begutachtet. Das entsprechende Gutachten erstattete die ZVMB GmbH am 24. September 2018. Dabei konnten die Gutachter keine relevante Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Diverse Diagnosen (Colitis ulcerosa, Morbus Basedow, Schlafapnoesyndrom, Restless-Legs-Syndrom, Insomnie, Steatosis hepatis und Xerosis cutis mit Onychomykose beider Füsse) wurden als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit eine durchgängige volle Arbeitsfähigkeit seit Sommer 2017 bestehe. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass mehrfache deutliche Inkonsistenzen bestünden, welche in Art und Ausprägung unter Einbezug der psychiatrischen Bewertung überwiegend wahrscheinlich doch vorrangig bewusstseinsnah zu werten seien. Zudem seien die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft (IV-act. 98).

4.7 Kurz nach der gutachterlichen Untersuchung musste der Versicherte am 2. Juli 2018 aufgrund eines infizierten Atheroms im Bereich der linken Flanke im Spital G._____ behandelt werden, wobei die Indikation zur Abszessspaltung gestellt wurde. Da der Patient mit dem diensthabenden Chirurgen unzufrieden war, erfolgte eine Vorstellung in der J._____ verbunden mit einem stationären Aufenthalt bis zum 9. Juli 2018 und einer Inzision am 4. Juli 2018. Nach der Abszessspaltung heilte die Läsion gemäss Bericht der J._____ vom 17. Juli 2018 recht schön ab (IV-act. 89 S. 8 ff. und Bf-act. 7).

4.8 Aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Fieber über 39°C erfolgte vom 13. bis 19. August 2018 eine weitere Hospitalisation in der Klinik G._____ bei Lymphknoten-Exzision am 15. August 2018, wobei sich der Lymphom-Verdacht in der Folge nicht bestätigte. Ebenfalls ergab sich kein Hinweis auf einen Infektfokus, sodass die Ursache des Fiebers unklar blieb. Im Verlaufe kam es ohne relevante Therapie zu einem spontanen Entfiebern und zu einer Stabilisierung der Blutwerte, sodass wenige Tage später die Entlassung bei subjektivem Wohlbefinden nach Hause erfolgen konnte (Bf-act. 8).

4.9 Am 16. Oktober 2018 nahm RAD-Arzt Dr. K. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, zum polydisziplinären Gutachten Stellung und stellte fest, dass das Gutachten die an ein medizinisches Gutachten gestellten Qualitätskriterien erfülle. Abweichend vom Gutachten vertrat er die Meinung, dass bereits ab Ende 2016/Anfangs 2017 bzw. vor Ablauf des Wartejahres keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden habe (IV-act. 99).

4.10 Im Rahmen des Einwandverfahrens wurde ein weiterer Bericht der Klinik G. _____ vom 14. November 2018 zu den Akten gereicht. Darin weist Dr. med. C. _____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin und Anthroposophische Medizin, darauf hin, dass die chronische Colitis ulcerosa trotz derzeit guter stabiler Einstellung mehrere weitere Komplikationen nach sich gezogen habe. Insbesondere hätten im Jahr 2018 chronisch rezidivierende Abszesse bestanden, die einer ärztlichen Abszess-Inzision bedurften sowie zwei Spitalaufenthalte vom 2. bis 9. Juli 2018 und vom 13. bis 19. August 2018 notwendig machten. Bei letztendlich unklarer rezidivierender Abszess-Bildung sei eine dermatologische Vorstellung erfolgt. Da darüber hinaus der Verdacht einer Mitbeteiligung der Gelenke bestehe, sei auch noch eine rheumatologische Abklärung in die Wege geleitet worden. Weiter sei die chronische Insomnie nicht vollständig geklärt und es bestehe ein Schlafapnoesyndrom. Der stationäre Aufenthalt im I. _____ habe zunächst zu einer Stabilisierung geführt. Bei weiteren Komplikationen habe sich der psychische Befund zwischenzeitlich immer wieder verschlechtert. Aufgrund der Komplexität der Krankheitssituation sowie noch mehrerer ungeklärter Fragen fühle sich der Patient weiterhin sehr belastet. Für das Jahr 2018 ging Dr. C. _____ von einer deutlich eingeschränkten Belastbarkeit zwischen 50 bis 100 % aus. Zu guter Letzt merkte die Allgemeinmedizinerin an, dass sie eine IV-Rente von mindestens 50 % für angebracht halte, da eine dauerhafte konstante Leistungsfähigkeit von über 50 % nicht absehbar erscheine (IV-act. 109 S. 5 ff.).

4.11 Mit Bericht vom 26. November 2018 bestätigten Dr. med. D. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und der behandelnde Psychotherapeut Dr. E. _____ die bereits gestellten Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, einer generalisierten Angststörung und der Verdacht auf nicht organische Insomnie. Dabei konnten die Therapeuten keine einstudierte Haltung in der Stellungnahme des Versicherten feststellen. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Antidepressiva geprüft und ausprobiert worden seien. Es habe sich dabei aber gezeigt, dass der Patient viele Medikamente nicht vertrage. Was den aktuellen

Gesundheitszustand anbelangt, konnten die Therapeuten eine leichte Besserung des depressiven Zustandsbildes mit Stimmungsaufhellung und Stabilisierung sowie einer leichten Steigerung des Antriebs bei gleichzeitig weiterhin vorhandenen depressiven Symptomen feststellen (IV-act. 109 S. 9 ff.).

4.12 Zu den im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten Arztberichten nahm RAD-Arzt Dr. K._____ am 22. Januar 2019 Stellung. Er wies darauf hin, dass sich die Bizytopenie offenbar normalisiert habe, während darüberhinausgehende Informationen insbesondere in Bezug auf vorübergehend resultierende funktionelle Einschränkungen fehlten. Von Seiten der Schilddrüsen-Problematik werde über eine euthyreote Stoffwechsellage berichtet. Ein infiziertes Atherom im Bereich der Flanke links habe lediglich zu einer kurzdauernden vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt, ebenso wie die rezidivierenden Abszesse inguinal und axillär. Der Verdacht auf ein differentialdiagnostisch erwogenes Lymphom habe sich glücklicherweise nicht bestätigt. Des Weiteren vermöge auch das generalisierte allergische Exanthem eine länger andauernde oder gar dauerhafte Einschränkung nicht zu begründen. Unklare Handgelenks- und Fussbeschwerden hätten offenbar eine fachärztlich rheumatologische Standortbestimmung notwendig gemacht. Angaben zur klinischen Befundlage und allfälligen funktionellen Einschränkungen würden von Dr. C._____ nicht gemacht. Das Schlafapnoesyndrom sei bereits gutachterlich gewürdigt worden. Im Falle einer gleichwohl stattfindenden Operation im Kieferbereich würde dies lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. Doktor K._____ kam zum Schluss, dass sich den Neuakten keine Befunde entnehmen liessen, welche zu einer dauerhaften Einschränkung bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit führen würden. Gleichwohl schlug er vor, die Gutachter mit den im Einwand beigebrachten Kritikpunkte zu konfrontieren (IV-act. 112).

4.13 In der Folge holte die IV-Stelle die Berichte der zugezogenen Fachärzte im Bereich Dermatologie und Rheumatologie ein (IV-act. 113 ff.) und stellte diese zusammen mit den im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten medizinischen Berichten der Gutachterstelle zur Stellungnahme zu (IV-act. 124). Diese hielt am 11. Juli 2019 fest, dass die im Einwandschreiben beigebrachten Kritikpunkte und die neuen Arztberichte nicht in der Lage seien, eine abweichende Einschätzung bzw. Beurteilung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu bewirken (IV-act. 126). Diese Einschätzung wurde von RAD-Arzt Dr. K._____ am 2. September 2019 gestützt (IV-act. 127).

4.14 Mit Bestätigung vom 11. Oktober 2019 hielt die Nachfolgerin von Dr. C. _____ am Spital G. _____, Dr. med. L. _____, FMH Innere Medizin, fest, dass der Versicherte an chronischen Erkrankungen leide, die aktuell in Remission seien. Sein Gesundheitszustand und die Laborwerte hätten sich deutlich gebessert. Anamnestisch fühle er sich sowohl körperlich als auch seelisch zu 100 % gesund (Bf-act. 9).

5. Die Beschwerdegegnerin stellt in der Beurteilung des Leistungsbegehrens auf das Gutachten der ZVMB GmbH vom 24. September 2018 ab, wonach sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit eine durchgängige volle Arbeitsfähigkeit seit Sommer 2017 bestehe. Wie unter Erwägung 3.3 ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

5.1 In formeller Hinsicht ist diesbezüglich festzustellen, dass das MEDAS-Gutachten umfassend ist, auf Kenntnis sämtlicher Vorakten basiert und auf einer eingehenden internistischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und gastroenterologischen Untersuchung beruht. Zudem enthält das Gutachten anamnestische Angaben, es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und vermittelt ein vollständiges Bild seines Gesundheitszustandes. Die Schlussfolgerungen sind zudem begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Aus rein formeller Sicht ist mithin kein Grund ersichtlich, weshalb auf das Gutachten nicht abgestellt werden könnte.

5.2 Des Weiteren ist zu prüfen, ob das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und schliesslich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar ist.

5.2.1 Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seit 2003 an einer Colitis ulcerosa leidet. Ebenfalls gilt als erstellt, dass es im Dezember 2015 zu einer Verschlechterung der Darmerkrankung mit starker Diarrhoe und imperativem Stuhldrang bis zu zwölf Mal pro Tag und damit einhergehender Attestierung einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit seit dem 29. Februar 2016 und zwei klinischen Exazerbationen mit stationärer Behandlung vom 15. bis 26. August 2016 und vom 13. bis 19. Oktober 2016

gekommen ist (vgl. IV-act. 7 S. 8 ff. und IV-act. 17 S. 75 ff.). Unter Einleitung der medikamentösen Therapie (Pentasa und Budenofalk) waren die Entzündungsparameter rasch rückläufig und die Durchfälle sistierten (vgl. IV-act. 7 S. 9). Kommen die MEDAS-Gutachter unter diesen Umständen zum Schluss, die schubweise verlaufende Colitis ulcerosa sei seit über einem Jahr (seit Mitte 2017) in einer vollständigen klinischen Remission, erscheint dies nach dem soeben Dargelegten nachvollziehbar, zumal dies im Einklang mit den Laborresultaten – normale Calprotectin-Konzentration im Stuhl (vgl. IV-act. 98 S. 82 f.) – und insbesondere auch mit den Angaben des Beschwerdeführers steht. So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der internistischen Begutachtung vom April 2018 spontan an, dass die Colitis-Beschwerden momentan nicht mehr im Vordergrund stünden. Was den Verlauf der Erkrankung anbelangt, wies er darauf hin, dass die Colitis-Beschwerden bis zum Herbst 2016 im Vordergrund gestanden hätten. Danach seien Depressionen verbunden mit der Schlaflosigkeit auf ihn zugekommen, sodass seit Anfang 2017 diese Müdigkeit und die Schlafstörungen ganz in den Vordergrund getreten seien und die Colitis-Beschwerden momentan im Hintergrund wären; diese seien gut behandelt. Dementsprechend nannte der Beschwerdeführer als Hauptproblem die Müdigkeit verbunden mit den Schlafstörungen (vgl. IV-act. 98 S. 63). Dies entspricht auch seinen Angaben gegenüber den Ärzten des I. _____, wonach das Hauptproblem die anhaltende Schlafstörung sei. Dementsprechend stand im Rahmen des stationären Aufenthalts von Januar/Februar 2018 auch die Behandlung der komplexen chronischen Schlafstörung im Vordergrund (vgl. IV-act. 69 S. 3 f.). Anlässlich der polydisziplinären Begutachtung gab der Beschwerdeführer im Bereich der Colitis ulcerosa noch den imperativen Stuhldrang – sehr selten, vorwiegend bei Aufregungen – als Problem an. Zusätzlich besteht eine anhaltend erhöhte Stuhlfrequenz (ca. drei- bis fünfmal pro Tag). Blutbeimengungen hat er seit 2016 nicht mehr (vgl. IV-act. 98 S. 70). Abgesehen davon, dass der Arbeitsplatz eine leicht erreichbare Toilette haben sollte, dürfte diese Diagnose gemäss Beurteilung der Gutachter bezüglich Eingliederungspotential somit keine Schwierigkeiten bereiten. Nach dem soeben Ausgeführten ist der Gutachterstelle zuzustimmen, dass die chronisch entzündliche Darmerkrankung unter Dauermedikation zum Zeitpunkt der Begutachtung relativ gut im Griff war und daraus keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden konnte. Dies hat in Übereinstimmung mit dem Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung und den eigenen Angaben des Beschwerdeführers wohl seit Ende 2016/Anfang 2017 bzw. entsprechend der Auffassung der Gutachter spätestens ab Mitte 2017 zu gelten. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die behandelnde Ärztin Dr. C. _____ die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit ab dem

1. März 2017 nicht mehr mit der Colitis ulcerosa, sondern mit den psychiatrischen Diagnosen und der chronischen Insomnie begründete (vgl. IV-act. 51 S. 6).

Was den Verlauf der Darmerkrankung nach der Begutachtung anbelangt, zeigt sich, dass beim Beschwerdeführer insofern erneut Probleme aufgetreten sind, als zwei weitere stationäre Hospitalisationen vom 2. bis 9. Juli 2018 und vom 13. bis 19. August 2018 verbunden mit operativen Eingriffen – Abszessspaltung im Bereich des Atheroms am 4. Juli 2018 und Exzision eines Lymphknotens am 15. August 2018 – notwendig wurden (vgl. Bf-act. 7 und 8). Damit setzten sich die Sachverständigen in ihrer Stellungnahme vom 11. Juli 2019 (IV-act. 126) eingehend auseinander und legten dar, dass diese Gesundheitsstörungen lediglich zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Dies erscheint insofern nachvollziehbar, als sich die Symptomatik relativ rasch verbesserte und der Beschwerdeführer das Spital jeweils nur nach wenigen Tagen wieder verlassen konnte. Des Weiteren ergaben sich keine typischen Zeichen einer exazerbierten Colitis ulcerosa; die Blutkulturen sowie Stuhl- und Urinproben erbrachten keinen Hinweis auf einen Infektfokus (vgl. Bf-act. 8). Schliesslich konnte auch der Verdacht auf ein Lymphom (glücklicherweise) nicht bestätigt werden. Mit den Sachverständigen darf somit davon ausgegangen werden, dass die Therapien zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik beigetragen haben, zumal der Zustand von der Klinik G. _____ seit Mitte November 2018 wieder als stabil bezeichnet wurde (vgl. IV-act. 109 S. 7). In Anbetracht dessen ist der Begutachtungsstelle zuzustimmen, dass das infizierte Atherom und die rezidivierenden Abszesse lediglich vorübergehende, kurzdauernde Arbeitsunfähigkeiten zur Folge hatten, wovon bereits RAD-Arzt Dr. K. _____ mit Stellungnahme vom 22. Januar 2019 (IV-act. 112) ausgegangen ist. Soweit Dr. C. _____ dem Beschwerdeführer allein aufgrund der Colitis ulcerosa für das Jahr 2018 eine schwankende Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 und 100 % attestiert, kann ihr nach dem soeben Ausgeführten somit nicht gefolgt werden. In diesem Zusammenhang haben die MEDAS-Gutachter gegenüber der behandelnden Ärztin sodann zu Recht eingewendet, dass eine weiterhin bestehende dauerhafte Arbeitsunfähigkeit nicht mit der Notwendigkeit der täglichen Medikamenten-Einnahme von 14 verschiedenen Präparaten begründet werden könne. Darüber hinaus kann alleine aufgrund der Tatsache, dass bereits wenige Tage nach der gastroenterologischen Untersuchung eine Hospitalisation aufgrund eines infizierten Atheroms erforderlich wurde, nicht auf fehlende Seriosität des gastroenterologischen Teilgutachtens geschlossen werden. Vielmehr darf davon ausgegangen werden, dass der Sachverständige zu diesem Zeitpunkt von den Abszessen

oder Fistelbildungen ebenso wenig Kenntnis hatte wie die behandelnden Ärzte, konnte er doch keine diesbezüglichen Befunde erheben (vgl. IV-act. 126 S. 8).

Schliesslich trifft es zu, dass unklare Handgelenks- und Fussbeschwerden des Beschwerdeführers eine rheumatologische Abklärung bei Dr. med. M. _____, Facharzt Rheumatologie FMH, notwendig machten. Dieser diagnostizierte zwar eine beginnende enteropathische Arthritis und zeigte dem Beschwerdeführer die therapeutischen Optionen auf, woraufhin eine medikamentöse Behandlung eingeleitet wurde. Angaben zu allfälligen funktionellen Einschränkungen bzw. zur Arbeitsfähigkeit ergeben sich aus dem rheumatologischen Bericht hingegen nicht (vgl. IV-act. 115). Zu guter Letzt erfolgte bei unklarer rezidivierender Abszess-Bildung auch noch eine dermatologische Vorstellung bei Dr. med. N. _____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH. Dabei wurde eine stammbetonte Ostiofollikulitis diagnostiziert und eine Eradikations-Behandlung durchgeführt. Daneben stellte Dr. N. _____ die Verdachtsdiagnose einer Akne inversa (vgl. IV-act. 123), was in der Folge bei Überweisung an die dermatologische Klinik des O. _____ bestätigt wurde. Die von den Ärzten gestellte Indikation zur Systemtherapie lehnte der Beschwerdeführer jedoch ab, ebenso wie die empfohlene Durchführung von Kontrollabstrichen hinsichtlich der diagnostizierten Staphylokokken-Ostiofollikulitis (vgl. IV-act. 119 S. 2 f.). Angesichts der Tatsache, dass den genannten Berichten keine Angaben zu allfälligen funktionellen Einschränkungen entnommen werden können und die Therapieoptionen zumindest in dermatologischer Hinsicht sicherlich nicht ausgeschöpft sind, kann der Beschwerdeführer auch daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5.2.2 Im August 2016 wurde beim Beschwerdeführer zusätzlich die Diagnose einer Hyperthyreose bei Morbus Basedow gestellt (vgl. IV-act. 17 S. 75 ff.). Unter Etablierung einer entsprechenden thyreostatischen Therapie lagen die Schilddrüsenwerte in der Folge jeweils im euthyreoten Bereich. Dies hat insbesondere auch für den Zeitpunkt der internistischen Begutachtung zu gelten, lagen die eingeholten Laborbefunde der Klinik G. _____ betreffend Schilddrüsenfunktion doch ebenfalls im Normbereich.

Entsprechend ging die MEDAS Bern von einer normalen Schilddrüsenfunktion ohne entsprechende Probleme aus und kam zum Schluss, dass daraus keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden könnten (vgl. IV-act. 98 S. 68 ff.). In Anbetracht der erfolgreichen Behandlung der Hyperthyreose ist dies nicht zu beanstanden.

Anhaltspunkte, dass sich die Schilddrüsenwerte nach der Begutachtung verschlechtert hätten, ergeben sich nicht. Vielmehr wies der Beschwerdeführer auch im Rahmen der 2018 erfolgten Hospitalisationen eine normale Schilddrüsenfunktion auf (vgl. Bf-act. 7 und

8) und Dr. C. _____ berichtete Mitte November 2018 ebenfalls über eine euthyreote Stoffwechsellage (vgl. IV-act. 109 S. 5). Angesichts der guten Behandelbarkeit der Schilddrüsen-Problematik vermag diese Diagnose somit eine andauernde Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht zu begründen.

5.2.3 Das Hauptproblem des Beschwerdeführers ist gemäss seinen eigenen Angaben die Schlaflosigkeit. Seinen Ausführungen entsprechend komme er nachts praktisch nicht zur Ruhe, weshalb er morgens immer unausgeschlafen sei und mehrfach am Tag ein kurzes Nickerchen halten würde. Hierbei fühle er sich immer wie zerschlagen, könne sich schlecht konzentrieren und sei nicht leistungsfähig (vgl. IV-act. 98 S. 70). Diese Schlaflosigkeit führte dazu, dass im August 2017 in der Klinik P. _____ von Prof. Dr. med. Q. _____ eine polysomnographische Untersuchung durchgeführt (vgl. IV-act. 32) und in der Folge ein leicht bis mittelgradig schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert wurde (vgl. IV-act. 49 S. 3). Das bei Prof. Dr. Q. _____ durchgeführte Polysomnogramm wurde im neurologischen Teilgutachten eingehend gewürdigt. Unter Berücksichtigung der entsprechenden Befunde wurde das Schlafapnoesyndrom als lediglich mild bis beginnend moderat ausgeprägt klassifiziert (vgl. IV-act. 98 S. 98 f.). Dies erscheint bei einem Apnoe-Hypopnoe-Index von gerade einmal 16,8/h als absolut plausibel und nachvollziehbar. Des Weiteren hat der Sachverständige zu Recht darauf hingewiesen, dass ein lediglich mild bis allenfalls moderat ausgeprägtes Schlafapnoesyndrom nicht ausreichend sei, um eine Tagesmüdigkeit in einer solch relevanten Form zu erklären, wie es der Beschwerdeführer in der Vergangenheit und auch aktuell subjektiv beschreibe. Dies wurde zusätzlich damit begründet, dass die Sauerstoffsättigungswerte im Durchschnitt gut imponierten (Sättigung unter 90 %: 1,1 %; Sättigung unter 80 %: 0 %; durchschnittliche Sättigung 92 %) und nur vereinzelt Apnoephasen (Apnoe-Index 3,8/h) bei überwiegenden Hypopnoe-Episoden bestünden. In Anbetracht der Tatsache schliesslich, dass die Einschlaflatenz beim Beschwerdeführer mit 15 Minuten im Normalbereich eines Menschen (13 bis 17 Minuten) liegt, konnte der neurologische Teilgutachter auch hieraus keine erhöhte Ermüdbarkeit und Einschlafneigung ableiten (vgl. IV-act. 98 S. 99). Entsprechend ist es bei einer lediglich leicht ausgeprägten Gesundheitsstörung ohne verkürzte Einschlaflatenz nicht zu beanstanden, wenn die MEDAS-Gutachter das Schlafapnoesyndrom als ohne versicherungsmedizinische Relevanz einstufen. Dies hat umso mehr zu gelten, als auch im klinischen Eindruck in keiner Weise Auffälligkeiten imponierten und sich insbesondere auch während der Begutachtung keinerlei Müdigkeitszeichen zeigten (vgl. IV-act. 98 S. 93 und 99).

Im Übrigen darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass ein lediglich leicht ausgeprägtes obstruktives Schlafapnoesyndrom gut behandelbar ist. Neben der Anwendung einer Protrusionsschiene und der Durchführung eines Lagetrainings kommt gemäss dem Zentrum H. _____ insbesondere auch eine CPAP-Therapie in Frage. Eine solche wurde beim Beschwerdeführer denn Ende Oktober 2017 auch eingeleitet (vgl. IV-act. 89 S. 22). Mit der Maske, die das ganze Gesicht abdeckt, ist der Beschwerdeführer aber offenbar nicht zurechtgekommen, weshalb er in der Folge eine neue Maske nur für die Nasenbeatmung erhalten hat. Infolge eines Infekts im November 2017 musste die CPAP-Maskenatmung jedoch bereits kurze Zeit später wieder beendet werden (vgl. IV-act. 51 S. 4) Dass in der Folge weitere Maskentypen besprochen oder gar zum Einsatz gekommen wären, ergibt sich aus den Akten, wie die MEDAS Bern mit Stellungnahme vom 11. Juli 2019 (IV-act. 126) zu Recht festgestellt hat, nicht. Entsprechend kann in Bezug auf das obstruktive Schlafapnoesyndrom sicherlich nicht von ausgeschöpften Therapieoptionen gesprochen werden. Dem Sachverständigen ist vielmehr zuzustimmen, dass die bisherigen therapeutischen Massnahmen auffällig gering und nicht angemessen im Vergleich zu der vom Beschwerdeführer angegebenen Schwere der Beeinträchtigung sind. Des Weiteren wurden mehrere therapeutische Angebote durch den Beschwerdeführer abgelehnt, was auf einen deutlich geringeren Leidensdruck im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hindeutet. Krankheitswerte Gründe für eine Einschränkung der Therapieadhärenz konnte der neurologische Teilgutachter keine feststellen (vgl. IV-act. 98 S. 101). In der Zwischenzeit wurde zwar offenbar noch die Indikation zur Kieferumstellungsosteotomie gestellt (vgl. IV-act. 109 S. 6 f.). Wie RAD-Arzt Dr. K. _____ mit Stellungnahme vom 22. Januar 2019 (IV-act. 112) zutreffend dargelegt hat, würde eine solche Operation jedoch lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bedingen. Nach dem Dargelegten wirkt sich das nur leicht ausgeprägte obstruktive Schlafapnoesyndrom somit in keiner Weise invalidisierend aus.

5.2.4 Seit November 2017 leidet der Beschwerdeführer sodann an einem Restless-Legs-Syndrom, welches sich durch Spannungsgefühle und Kribbelmissempfindungen in den Unterschenkeln und Füssen besonders zur Einschlafzeit bemerkbar macht. Entsprechend der Empfehlung des Zentrums H. _____ (vgl. IV-act. 89 S. 21 ff.) wurde in der Folge ein Therapieversuch mit Sifrol unternommen, wobei dies dem Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben nicht erkennbar geholfen hat. Wegen einer unklaren Thrombopenie wurde das Medikament daraufhin wieder abgesetzt (vgl. IV-act. 98 S. 90). Die behandelnde Ärztin Dr. C. _____ geht ebenfalls von der

Unwirksamkeit von Sifrol aus (vgl. IV-act. 109 S. 6). Auch wenn in der Behandlung des Restless-Legs-Syndroms heute vorwiegend Dopaminagonisten eingesetzt werden (vgl. IV-act. 89 S. 22), sind diesbezüglich die Ausführungen der MEDAS-Gutachter zu berücksichtigen, wonach therapeutische Alternativen (z.B. Medikamente aus der Gruppe der Antikonvulsiva oder Opioide und andere Substanzgruppen) bestünden (vgl. IV-act. 126 S. 6). Ob nach dem Absetzen von Sifrol andere therapeutische Optionen in Betracht gezogen wurden, ist aus den Akten nicht ersichtlich. In Anbetracht der guten Behandelbarkeit und der lediglich leichten Ausprägung ist es nicht zu beanstanden, wenn der Sachverständige aus der Diagnose des Restless-Legs-Syndroms keine versicherungsmedizinischen Auswirkungen ableiten konnte, zumal tagsüber ja gerade keine objektivierbare relevante Tagesmüdigkeit erkennbar war (vgl. E. 5.2.3 vorstehend).

5.2.5 Wie bereits dargelegt, stellt das Hauptproblem des Beschwerdeführers gemäss seinen eigenen Angaben die Schlaflosigkeit dar. Dabei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass in neurologischer Hinsicht trotz langer Anreise mit eigenem PW und Begutachtung in den späten Nachmittagsstunden bis abends um 18:20 Uhr überhaupt keine erkennbare Müdigkeit oder Beeinträchtigung während der fast dreistündigen Anamnese und Untersuchung gefunden werden konnten. Müdigkeitszeichen waren nicht einmal im Ansatz feststellbar und auch die kognitiven Funktionen zeigten sich völlig unauffällig (vgl. IV-act. 98 S. 93 f.), während der Beschwerdeführer die Schlafstörung im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung als schwerstgradig beschrieb – trotz aller Müdigkeit könne er nur sehr schwer einschlafen und auch nicht lange schlafen, wodurch er permanent hochgradig müde und stark erschöpft sei mit schlechter Konzentration und Durchhaltefähigkeit (vgl. IV-act. 98 S. 91). Die subjektiv so hochgradig geltend gemachte Einschränkung konnte der Sachverständige somit weder im aktuellen Ausdrucksverhalten und klinischen Eindruck feststellen noch aus den Alltagsaktivitäten mit Freude am Autofahren und Reiseaktivitäten ableiten (vgl. IV-act. 98 S. 93).

In der Folge hat der Sachverständige ausführlich zu den einzelnen Insomnieformen Stellung genommen und begründet aufgezeigt, weshalb die durch den Beschwerdeführer angegebene Insomnie am ehesten als psychophysiologische Insomnie zu klassifizieren sei (vgl. IV-act. 98 S. 99 f.). Dem kann gefolgt werden, zumal beim Beschwerdeführer psychosoziale Belastungen eine Rolle spielen (finanzielle Sorgen).

Was schliesslich die Therapiemöglichkeiten anbelangt, hat der Neurologe begründend dargelegt, dass eine psychophysiologische Insomnie gut behandelbar sei (vgl. IV-act. 98

S. 100). Auch darin kann dem Gutachter zugestimmt werden. Insbesondere der speziell für Insomnie entwickelten kognitiven Verhaltenstherapie, die verschiedene Komponenten wie Psychoedukation/Schlafhygiene, Entspannungsverfahren, verhaltensbezogene und kognitive Strategien umfasst, werden sehr gute Erfolge beschieden. Dementsprechend wurden im vorliegenden Fall auch schon längst schlafhygienische Massnahmen instruiert (vgl. IV-act. 32 S. 2) und verschiedene Empfehlungen zu den Schlafgewohnheiten abgegeben (vgl. IV-act. 89 S. 23). Die ihm erklärten Schlafhygienemassnahmen wurden vom Beschwerdeführer aber offenbar noch nicht umgesetzt, vermochte er diese im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung jedenfalls nicht zu benennen (vgl. IV-act. 98 S. 32 und 45) und es fehlen auch entsprechende Hinweise in den medizinischen Berichten. Auffallend ist in diesem Zusammenhang sodann, dass der Beschwerdeführer bereits im August 2017 gegenüber Prof. Dr. Q. _____ ohne weitere Begründung anmerkte, die schlafhygienischen Massnahmen seien für ihn im Moment nicht anwendbar (vgl. IV-act. 32 S. 2). Des Weiteren fiel auch im Rahmen des stationären Aufenthalts im I. _____ auf, wie vehement der Beschwerdeführer Hilfe einforderte, die vorgeschlagenen Massnahmen jedoch zum grossen Teil nicht akzeptierte oder tolerierte (vgl. IV-act. 69 S. 4). Gemäss den Gutachtern ist sodann erstaunlich, dass bisher auch Entspannungsverfahren nicht in konsequenter Weise zur Anwendung kamen, ebenso wie eine sportliche Aktivität im therapeutischen Management fehlt (vgl. IV-act. 98 S. 32 und 71). Zu guter Letzt wies der Sachverständige darauf hin, dass neben der kognitiven Verhaltenstherapie auch noch eine pharmakologische Intervention möglich wäre (vgl. IV-act. 98 S. 100). In Bezug auf die chronische Insomnie bestehen somit sicherlich genügend Therapieoptionen, die vom Beschwerdeführer bis zum heutigen Zeitpunkt ohne nachvollziehbare Begründung weitgehend abgelehnt bzw. nicht umgesetzt wurden, was wiederum auf einen geringen Leidensdruck im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung schliessen lässt. In Anbetracht der Tatsache schliesslich, dass im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung – wie bereits dargelegt – keine klinischen Korrelate objektivierbar waren, ist es nicht zu beanstanden, wenn der neurologische Gutachter daraus keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten konnte.

5.2.6 Was schliesslich die Begutachtung in psychiatrischer Hinsicht anbelangt, ist festzustellen, dass Dr. med. R. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seinem Teilgutachten auf die behandlerseits gestellten Diagnosen einging und diese überprüfte. Dabei erhob er einen ausführlichen klinisch-psychiatrischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien (vgl. IV-act. 98 S. 28 f.). Inwiefern der Sachverständige hierbei nicht lege artis vorgegangen wäre, ist nicht ersichtlich. Er hat

gestützt auf seine Befunderhebung darauf geschlossen, dass eine leichte affektive Beteiligung möglich sei. Dabei handle es sich vornehmlich um jeweils kurze reaktive Verstimmungszustände, die situativ in belastenden Situationen, beispielsweise im Rahmen der somatischen Grunderkrankung, auftreten könnten (vgl. IV-act. 98 S. 32 f.). Der psychiatrische Teilgutachter stellte die Diagnose "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" (ICD-10 Z73; vgl. IV-act. 98 S. 34), was im Einklang mit der Beurteilung des I. _____ steht (vgl. IV-act. 69). Relevante affektive und kognitive Defizite, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen könnten, konnte der Sachverständige hingegen nicht feststellen. Insbesondere die durch den behandelnden Psychotherapeuten gestellten psychiatrischen Diagnosen (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, generalisierte Angststörung, Agoraphobie mit Panikattacken) konnte er nicht nachvollziehen. Dies begründete er unter anderem mit der fehlenden Nennung von diagnostischen Kriterien durch Dr. phil. E. _____ (vgl. IV-act. 98 S. 32), was in Anbetracht der Tatsache, dass sich die Beurteilung des behandelnden Psychotherapeuten im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützt, einleuchtet. Darüber hinaus ist zu beachten, dass Dr. phil. E. _____ Psychotherapeut und nicht Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Er war somit ohne psychiatrische Fachkenntnisse nicht befähigt, ein psychiatrisches Krankheitsbild und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen (BGE 131 V 49 E. 1.2). Das Verneinen einer relevanten depressiven Symptomatik und einer Angststörung steht sodann im Einklang mit dem im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung erhobenen klinischen Befund, ebenso wie mit den anlässlich der neurologischen Untersuchung gemachten Beobachtungen (kognitive Funktionen, Affekt, Antriebsverhalten und kognitive Ressourcenlage vollumfänglich unauffällig; vgl. IV-act. 98 S. 94). Schliesslich war auch im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung von zahlreichen Ressourcen und einem nahezu unauffälligen klinischen Bild bei gleichzeitiger Feststellung von diversen Inkonsistenzen die Rede. Die mehrfachen, erheblichen Inkonsistenzen wurden überwiegend wahrscheinlich als bewusstseinsnah gewertet und konnten durch schwerwiegende krankheitswertige psychische Störungen nicht erklärt werden. Negative und bewusste Antwort- und Leistungsverzerrungen waren belegbar, sodass kein gültiges Testprofil erhoben werden konnte. Die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Sprache und Zahlenverarbeitung wurden in nachvollziehbarer Weise als nicht-authentisch gewertet bei bewusster Leistungsverzerrung (Aggravation; vgl. IV-act. 98 S. 104 ff.).

Des Weiteren sticht ins Auge, dass trotz Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung seit Februar 2017 keine leitliniengerechte Therapie stattfindet. Darauf haben bereits die RAD-Ärzte Dr. K. _____ und S. _____ Ende 2017 hingewiesen. Angesichts einer nicht stattgefundenen medikamentös antidepressiven Behandlung und des fehlenden Einbezugs eines psychiatrischen Facharztes gingen sie von einem nicht ausgeschöpften therapeutischen Rahmen (keine leitliniengerechte Therapie) oder aber einem geringen Schweregrad der psychischen Problematik aus (vgl. IV-act. 27 S. 2, IV-act. 38 S. 1 und IV-act. 41). Die behandlerseitig andauernd attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit war jedenfalls bereits für die RAD-Ärzte nicht nachvollziehbar. An der fehlenden adäquaten Therapie hat sich bis zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung – und auch darüber hinaus – nichts geändert, nimmt der Beschwerdeführer doch weiterhin keine Antidepressiva ein und die Behandlung erfolgt lediglich bei einem Psychotherapeuten. Soweit der Beschwerdeführer zum Vorwurf der nicht ausgeschöpften Therapieoptionen einwendet, es seien in der Vergangenheit viele Medikamente getestet, aber wegen Unverträglichkeiten oder zu starken Nebenwirkungen wieder abgesetzt worden, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es trifft zwar zu, dass im Bericht von Dr. D. _____ und Dr. phil. E. _____ vom 26. November 2018 (IV-act. 109 S. 9 ff.) von einer Unverträglichkeit vieler Medikamente die Rede ist. Dabei zeigt sich jedoch, dass die Medikamente infolge des bis zum damaligen Zeitpunkt fehlenden Einbezugs eines Psychiatriefacharztes durch die behandelnde Ärztin, die im Übrigen keine Psychiaterin ist, verschrieben wurden. Welche Medikamente durch die behandelnde Ärztin verschrieben und getestet wurden und ob es sich dabei um Antidepressiva handelte, geht aus dem genannten Bericht – abgesehen von Stilnox und Remeron – nicht hervor, ebenso wenig wie die Tatsache, dass eine medikamentöse antidepressive Therapie infolge Unverträglichkeit beim Beschwerdeführer überhaupt nicht möglich wäre. Immerhin sind die den Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht behandelnden Ärzte nach Kenntnis des polydisziplinären Gutachtens nun ebenfalls der Auffassung, dass eine medikamentöse Behandlung notwendig ist, sprechen sie doch davon, dass nun andere Medikamente ausprobiert werden würden. Nach dem Gesagten wird im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung sowohl die fehlende Behandlung bei einem Psychiater als auch die fehlende leitliniengerechte Pharmakotherapie bei einer gleichzeitig von Dr. phil. E. _____ angenommenen mittelschweren psychischen Störung zu Recht bemängelt (vgl. IV-act. 98 S. 42).

In Anbetracht dessen ist es wenig erstaunlich, dass nach dem negativen Vorbescheid ein Psychiatriefacharzt beigezogen wurde, auch wenn davon auszugehen ist, dass der Beizug lediglich im Zusammenhang mit der auf Wunsch des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers abgegebenen Berichterstattung vom 26. November 2018 erfolgte. Ebenso wenig erstaunt die Tatsache, dass im genannten Bericht die bereits in der Vergangenheit von Dr. phil. E. _____ angenommene mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und die generalisierte Angststörung bestätigt wurden und es entsteht der Eindruck, dass diese Diagnosen weitgehend ungeprüft übernommen wurden. Hierbei ist auch der in Erwägung 3.3 erwähnten Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Fachärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, was auch vorliegend den Anschein macht. Wie die MEDAS-Gutachter im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom 11. Juli 2019 (IV-act. 126) zu Recht festgestellt haben, basiert der aktuelle psychopathologische Befund der beiden Therapeuten jedenfalls wiederum mehrheitlich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Befindlichkeit. Eine kritische Auseinandersetzung mit den geklagten Beschwerden fand nicht statt. Des Weiteren sucht man eine Auseinandersetzung mit dem davon abweichenden psychiatrischen Teilgutachten vergebens, ebenso wie eine Erwähnung bzw. Kommentierung des Ergebnisses der neuropsychologischen Untersuchung – nicht authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Sprache und Zahlenverarbeitung bei bewusster Leistungsverzerrung (Aggravation; vgl. IV-act. 98 S. 104 ff.) –, was bei den Gutachtern den Eindruck entstehen lässt, die behandelnden Therapeuten hätten gar keine Kenntnis des neuropsychologischen Teilgutachtens. Hierfür spricht gemäss ihren Ausführungen insbesondere auch die Aussage, die Schilderungen des Beschwerdeführers seien nicht einstudiert. Daraus kann der Beschwerdeführer jedenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal die behandelnden Ärzte auch keinen Bezug zu den im polydisziplinären Gutachten enthaltenen Angaben zur Befundkonsistenz im Hinblick auf Verdeutlichung und Aggravation nehmen. Wie die Gutachter zutreffend anmerken, erscheinen die Ausführungen der beiden Therapeuten weder plausibel noch nachvollziehbar. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer relevanten depressiven Störung, einer Angststörung oder einer hirnorganisch begründeten kognitiven Störung konnten die Sachverständigen jedenfalls nicht feststellen. Die abweichenden Einschätzungen von Dr. D. _____ und Dr. phil. E. _____ vermögen somit weder zu überzeugen noch sind sie für die vorliegenden Belange umfassend. Somit vermag der Beschwerdeführer aus dem Bericht der behandelnden Therapeuten vom 26. November 2018 nichts zu seinen Gunsten

abzuleiten und auch keine Zweifel an der Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. R._____ zu erwecken, der in seiner Expertise lege artis vorgegangen ist.

5.3 Nach dem soeben Dargelegten ist festzustellen, dass sich die Vorbringen des Beschwerdeführers insgesamt als nicht stichhaltig erweisen und insbesondere auch die Ausführungen von Dr. C._____ sowie Dr. D._____ und Dr. phil. E._____ nicht geeignet sind, die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens der ZVMB GmbH in Frage zu stellen. Die im Nachgang zur polydisziplinären Begutachtung eingereichten Stellungnahmen bzw. medizinischen Berichte führten jedenfalls nicht dazu, dass konkrete Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens erweckt wurden. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das genannte Gutachten vom 24. September 2018 und die ergänzende Stellungnahme vom 11. Juli 2019 als beweiskräftig angesehen und darauf abgestellt hat. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer noch vor dem frühestmöglichen Rentenanspruch im Juli 2017 als vollumfänglich arbeitsfähig zu gelten hat.

6. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint, sich die angefochtene Verfügung vom 24. September 2019 mithin als rechtmässig erwiesen hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist.

7. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweismwürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

Mit dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten ist der medizinische Sachverhalt umfassend geklärt und von einer weiteren Begutachtung des Beschwerdeführers sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass der diesbezügliche Antrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweismwürdigung abzuweisen ist. Das soeben Gesagte führt sodann dazu, dass auch die Aussage der als Zeugin einzuvernehmenden Internistin Dr. L._____ nicht zu einer anderen Beurteilung des Sachverhalts führen würde und am Ausgang des Verfahrens nichts ändern könnte, zumal das Wiedererlangen der 100%igen Arbeitsfähigkeit ab September 2019 unbestritten

ist. Zu guter Letzt ist auch der Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung einer Statistik der MEDAS Bern zu den in den letzten fünf Jahren attestierten Arbeitsfähigkeiten in polydisziplinären Gutachten in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung abzuweisen. Es würde jedenfalls für den vorliegenden Fall keinen relevanten Erkenntnisgewinn bedeuten, wenn bekannt wäre, welche Arbeitsunfähigkeiten die MEDAS Bern für die Beschwerdegegnerin attestiert hat. Diese Zahlen sind bereits deshalb uninteressant, weil nicht bekannt ist, welche Werte bei einer anderen, aus der Sicht des Beschwerdeführers neutralen Gutachterstelle zu erwarten wären. Ohne Vergleichsdaten sind die Daten eines einzelnen Begutachtungsinstituts nutzlos. Somit erübrigen sich Weiterungen hierzu. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG vorgehalten werden kann.

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

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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

Zug, 22. Februar 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am