



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

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

U R T E I L vom 24. Oktober 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2020 159

A. Nachdem sich der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1971, zuletzt als Sachbearbeiter bei der C. _____ Polizei tätig, bereits in jungen Jahren wegen eines Keratokonus beider Augen zweimal bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug angemeldet hatte (IV-act. 1 f.), erfolgte eine neuerliche Leistungsanmeldung aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen am Rücken, Knie und Fuss (defekte Bandscheibe und instabile Wirbelkörper LWK 2/3, Lähmungserscheinungen durch Einengung der Wurzel L2 rechts, Facettengelenksarthrose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 mit kleinen Geoden LWK 4/5 beidseits, Arthrose im Mittelfuss rechts und Knorpelschäden am Knie rechts) am 23. April 2018 (IV-act. 11). Die IV-Stelle holte in der Folge bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein, zog die Akten der Unfallversicherung bei und liess den Versicherten daraufhin durch die MEDAS Bern polydisziplinär (Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie und Gastroenterologie) begutachten. Dabei ergaben die durchgeführten medizinischen Abklärungen eine zumutbare 70%ige Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum ab Januar 2018 und eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit (IV-act. 136). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Vorbescheid vom 10. September 2020 (IV-act. 142) bzw. Verfügung vom 27. Oktober 2020 (IV-act. 158) ab.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 27. November 2020 liess A. _____ beantragen, die Verfügung vom 27. Oktober 2020 sei aufzuheben, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine Invalidenrente, zu gewähren und er sei durch das Gericht begutachten zu lassen. Eventualiter sei die Sache zwecks Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. In materieller Hinsicht stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, mangels Beweiskraft könne auf das Gutachten der MEDAS Bern nicht abgestellt werden.

C. Der mit Verfügung vom 30. November 2020 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt.

D. Mit Vernehmlassung vom 12. Januar 2021 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

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. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehaltlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen). Die hier angefochtene Verfügung erging am 27. Oktober 2020; die zu beurteilende Beschwerde wurde am 27. November 2020 der Post übergeben. Anwendbar sind demnach die bis zum 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Art. 82a ATSG (Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Juni 2019), der ebenfalls vorsieht, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 27. Oktober 2020; diese ging tags darauf bei der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 27. November 2020 der Post übergeben und ging am 30. November 2020 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; AHJ 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen

Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welcher die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellt zur Beurteilung des Rentenanspruchs auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 26. August 2020 ab. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nahmen die Gutachter eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) an. Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu:

- Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1)
- Minimale kognitive Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen
- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit:
 - St. n. Dekompression und dorsoventraler Stabilisation LWK 2/3 am 26. Oktober 2017 wegen therapieresistentem lumboradikulärem Schmerzsyndrom L2 rechts bei Chondrose LWK 2/3 mit Instabilität bei atypischem Laminadefekt LWK 2
 - St. n. Facettengelenksblockade L5/S1 am 23. Januar 2018
 - St. n. Facettengelenksblockade L4/5 bds. am 3. April 2018
 - St. n. Kryorhizotomie L4/5 bds. am 2. Mai 2018
 - regelrechten Verhältnissen im Bereich der Spondylodese und Cage-Anlage L2/3 mit leichter Anschlussdegeneration L3/4 mit Osteochondrose und rechtsseitiger Facettengelenksarthrose (MRI vom 6. März 2020) und konventionell radiologisch (8. Mai 2020) weiterhin ohne Lockerungszeichen oder Materialbruch, ohne Imbalance in der Sagitalebene, ohne Lithesis und ohne wesentliche degenerative Veränderungen
 - neurologisch ohne signifikante radikuläre Störungssymptomatik
 - elektromyographisch ohne Pathologie in den Myotomen L4, L5 und S1 rechts
 - Lasègue negativ
- Myofaszielles Beschwerdebild aus dem Thoracic-Outlet-Segment links mehr wie rechts
- Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit:
 - mittelgradigen Foramenstenosen C6 und C8 rechts mit ansonsten leichten degenerativen Veränderungen der HWS (MRI vom 6. März 2020)
- Restbeschwerden Hüfte bds. bei/mit:
 - St. n. Hüftarthroskopie rechts, intraartikuläre Synovektomie und Labrumresektion sowie anschließende Schenkelhalstaillierung Hüfte rechts am 26. September 2018 bei femoro-acetabuläres Impingementsyndrom (FAI) vom kombinierten Cam- / Pincertyp mit Labrumrissbildung Hüfte rechts
 - radiologisch leichten degenerativen Veränderungen mit Offfeststörung bds. (Rö vom 6. März 2020)
 - weiterhin diskreter CAM Impingement Konstellation bds. links betont
- Knieschmerzen rechts bei/mit:
 - St. n. Kniearthroskopie rechts mit lateraler Meniskushinterhornresektion, Resektion des Knorpeltraktes und Durchführung von Microfrakturierungen posterolateraler Meniskushinterhornbereich am 17. März 2012 wegen posttraumatischer laterale Meniskushinterhornläsion mit begleitendem lokalisiertem Knorpelschaden Knie rechts (UE vom 3. März 2012)
 - konventionell radiologisch altersentsprechende Verhältnisse (Rö vom 6. März 2020)
 - moderate Chondropathie Grad II retropatellar und femorotibial ohne neuen Meniskusriss, regredienter Gelenkerguss (MRI vom 8. Mai 2020)
- Residuelle Schulterschmerzen rechts bei/mit:
 - Einschränkung Schürzengriff rechts und minimal in Vorwärtselevation
 - St. n. Schulterarthroskopie rechts, intraartikulärem Débridement, Tenotomie und Tenodese LHB und Revision des Labrums sowie subacromiale Dekompression, Bursektomie, anteriore Acromioplastik und AC Gelenksresektion mit Co-Planing der lateralen Clavicula am 9. Juni 2016
 - geringgradige gleno-humerale Degeneration rechts (Rö vom 6. März 2020)
- St. n. nicht dislozierter Tuberculum-majus-Fraktur rechts
- St. n. Ellbogenkontusion rechts am 8. Juni 2010 (beim Fussballspielen) mit Absprengung ossärer Fragmente und Extensionsdefizit
- St. n. Dekompression N. ulnaris links am 12. Juni 2019 bei Kubitaltunnelsyndrom links elektroneurografisch verifiziert

- St. n. OSG-Distorsion rechts 1995 und 2003 und St. n. OSG-Arthroskopie rechts, intraartikuläres Débridement und Synovektomie und offener Bandrekonstruktion am 20. Februar 2014 bei/mit:
 - leichte degenerative Veränderungen OSG rechts und Lisfranc rechts
- Prae-Adipositas = Übergewicht I (BMI 29.0)
- Divertikulose mit Divertikulitis und Abszessbildung, ICD-10/K57.8 mit Zustand nach Sigmaresektion und Exstirpation einer kolovesikalen Fistel im Oktober 2014
- Leichtes Schlafapnoe-Syndrom, deutlich lageabhängig (ED Januar 2020)

Was die funktionellen Einschränkungen anbelangt, wurden in somatischer Hinsicht eine Minderbelastbarkeit des Achsenskeletts, der Schulter rechts, des rechten Knies und der Hüfte beidseits angenommen. In psychiatrischer Hinsicht zeigten sich mittelgradige bis schwere Beeinträchtigungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mittelgradige Störungen der Initiierung von Spontanaktivität und leichte bis mittelgradige Störungen der Selbstbehauptungsfähigkeit. Ansonsten ergaben sich nur leichte oder keine Einschränkungen und eine verminderte Stresstoleranz ("bei länger anhaltendem psychischem Stress und in Überforderungssituationen kann es zu Vermeidung, Rückzug und Somatisierung kommen"). Betreffend Persönlichkeit zeigte sich eine anankastisch-perfektionistische Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer -akzentuierung. Gleichzeitig wurde aber auch angemerkt, dass auch eine altruistische, leistungsbetonte und leistungsbereite Persönlichkeit mit Neigung zur Rationalisierung vorliege. Der psychiatrische Teilgutachter stellte fest, dass der Versicherte wegen seiner guten persönlichen und beruflichen Ressourcen und der aktuell nur geringen funktionellen Einbussen (allenfalls marginale Beeinträchtigungen im privaten Kontext mit vorwiegenden Einschränkungen im Beruf) nach einer adäquaten Therapie voraussichtlich wieder in der Lage sein werde, an seine frühere berufliche Leistungsfähigkeit anzuknüpfen. Voraussetzung dafür sei jedoch, dass es ihm gelinge, die Hemmnisse eines Transfers in die Arbeitswelt zu überwinden und er dann auch bereit sei, seine Aktivitäten und Kompetenzen dem beruflichen Bereich zur Verfügung zu stellen. Nach einer Therapie sei mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Im Rahmen der Konsistenzprüfung ergaben sich Diskrepanzen zwischen den privaten und beruflichen Aktivitäten. Nicht alle vom Versicherten berichteten Funktionseinbussen konnten als plausibel und reproduzierbar betrachtet werden. Des Weiteren war der Medikamentenspiegel für Escitalopram und Trazodon unter der Nachweisschwelle und für Pregabalin weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Dass ein Retard-NSAR in mittlerer Dosierung als Schmerzreserve eingesetzt wird, sprach gemäss den Gutachtern gegen das Vorliegen erheblicher Schmerzen. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum ab Januar 2018 zu 70 % zumutbar sei. Nach erfolgter

Behandlung sei von keiner Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit [recte: wohl Arbeitsfähigkeit] mehr auszugehen. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe eine durchgängige und auch retrospektiv geltende volle Arbeitsfähigkeit. Davon ausgenommen seien die peri- und postoperativen Zeiten von maximal drei Monaten nach der LWS-Operation im Oktober 2017 bzw. maximal sechs Wochen nach der Operation in Ellenbogenhöhe 2019. Betreffend Begründung der Gesamtarbeitsunfähigkeit merkten die Gutachter an, es dominierten rückblickend die Auswirkungen der Somatisierungsstörung. Die somatischen Faktoren erklärten nicht den dysfunktionalen Beschwerdenverlauf. Was das Zumutbarkeitsprofil anbelangt, wurde darauf hingewiesen, dass das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 5 kg, Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Kopfes und des Rumpfes sowie ständige Überkopfarbeiten, Arbeiten in gebückter, kniender und gehockter Stellung, rein gehende und rein stehende Arbeiten wie auch das Gehen auf unebenem Boden und das Begehen von Treppen oder Gerüsten, das Hantieren mit vibrierenden und schlagenden Maschinen rechts sowie Arbeiten mit längerer Armvorhaltepositionen nicht mehr zumutbar seien. Aus psychiatrischer Sicht erscheine im Rahmen der zukünftigen beruflichen Tätigkeit eine individuelle Einarbeitungszeit sinnvoll und empfehlenswert. Dabei sei gegebenenfalls der Einsatz eines Coachings zu empfehlen. Der Versicherte sollte durch kognitive, emotionale und interaktionelle Anforderungen nicht überfordert werden (IV-act. 136). Dieses Gutachten wurde von RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, der IV-Stelle als Entscheidungsgrundlage empfohlen (IV-act. 140).

4.2 Würdigend ist festzustellen, dass das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 vorstehend) erfüllt. Das Gutachten ist umfassend und basiert auf Kenntnis der Vorakten sowie auf einer eingehenden neurologischen, psychiatrischen, orthopädischen, internistischen, neuropsychologischen und gastroenterologischen Abklärung. 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. Dem Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu. Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen und Einwendungen gegen das Gutachten stichhaltig sind und an dessen Beweiswert etwas zu ändern vermögen.

4.3

4.3.1 Soweit sich der Beschwerdeführer zunächst auf den Standpunkt stellt, die Gutachter hätten sich nicht fundiert mit seinem Arbeitsplatzprofil auseinandergesetzt, kann ihm nicht gefolgt werden. Die Gutachter haben das Arbeitsplatzprofil des Beschwerdeführers als HR Sachbearbeiter im administrativen Bereich als leichte wechselseitige Arbeit beschrieben. Auch wenn es zutreffen mag, dass an eine solche Tätigkeit erhöhte geistige Anforderungen gestellt werden, vermag der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, wurden die im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung festgestellten Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen doch lediglich als minimal bezeichnet. Die Gutachterin interpretierte die objektivierten Defizite denn auch als Normvariante oder aber im Rahmen der Schmerzproblematik (vgl. IV-act. 136 S. 168 ff.). Angesichts der geringen Ausprägung erscheint es somit nachvollziehbar, wenn der in neuropsychologischer Hinsicht gestellten Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Dass keine namhaft limitierende kognitive Störung besteht, zeigt sich im Übrigen auch daran, dass der Beschwerdeführer weiterhin in der Lage ist, Auto zu fahren, lässt das gezeigte Verhalten in Anbetracht der enormen motorischen und kognitiven Anforderungen, welche das Autofahren an eine Person stellt, gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung doch auf nicht unerhebliche Ressourcen schliessen (BGer 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.3.2.1). Im Übrigen wurden auch in den Vorakten kaum kognitive Einschränkungen genannt (vgl. IV-act. 136 S. 170). Weil die festgestellten kognitiven Einschränkungen des Beschwerdeführers minim sind und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, leuchtet es auch ein, dass sich anlässlich der klinisch-psychiatrischen Untersuchung keine relevanten kognitiven Defizite ergeben haben (vgl. IV-act. 136 S. 92). Die Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung und Abstraktion sowie das Gedächtnis waren im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht *bedeutsam* reduziert (vgl. IV-act. 136 S. 93). Das gleiche Bild zeigte sich auch während der neurologischen Untersuchung. Störungen der Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit sowie Gedächtnisfunktionen waren jedenfalls nicht feststellbar. In kognitiver Hinsicht fielen trotz der Untersuchung bis um 18.10 Uhr keine Müdigkeit oder erhöhte Ermüdbarkeit auf. Ebenfalls waren keine Konzentrationsstörungen oder Merkfähigkeitsstörungen feststellbar (vgl. IV-act. 136 S. 75). Von einer Widersprüchlichkeit zwischen den einzelnen Teilgutachten kann somit gerade keine Rede sein. Angesichts der Tatsache schliesslich, dass die festgestellten kognitiven Einschränkungen des Beschwerdeführers minim sind und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleiben, erübrigen sich auch weitere Abklärungen bezüglich kognitiver Anforderungen an die angestammte Tätigkeit.

4.3.2 Der Einwand, das MEDAS-Gutachten sei nicht nach den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) verfasst worden, verfängt ebenso wenig. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen hat, schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor. Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Ein Gutachten verliert demnach nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (BGer 8C_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.1.2 mit mehreren Hinweisen). An dieser weiterhin geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung vermag auch der vom Beschwerdeführer genannte Bericht "Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung" vom 10. August 2020 nichts zu ändern. Inwiefern das Fähigkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit ungenügend diskutiert bzw. beschrieben sein soll, vermag der Beschwerdeführer nicht überzeugend darzutun. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festgestellt hat, wird das Fähigkeitsprofil sowohl im orthopädischen Teilgutachten in körperlicher Hinsicht (vgl. IV-act. 136 S. 139) als auch im psychiatrischen Teilgutachten – "Im Rahmen seiner zukünftigen beruflichen Tätigkeit erscheint eine individuelle Einarbeitungszeit sinnvoll und empfehlenswert, dabei ist ggf. der Einsatz eines Coachings falls notwendig zu empfehlen. Der Versicherte sollte durch kognitive, emotionale und interaktionelle Anforderungen nicht überfordert werden." (vgl. IV-act. 136 S. 103) – hinreichend beschrieben. Nicht unberücksichtigt bleiben darf in diesem Zusammenhang sodann, dass nach adäquater Behandlung der Somatisierungsstörung wieder mit einer Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, mithin auch in der angestammten, gerechnet wird (vgl. IV-act. 136 S. 12 und 103), sodass sich die Sachverständigen ohnehin nicht weiter mit den Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit auseinanderzusetzen hatten.

4.3.3 Ebenfalls fehlt geht der Einwand, die starken Schmerzen hätten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Berücksichtigung gefunden. Die Schmerzen fanden durchgehend Erwähnung im Gutachten. Sodann ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass die Schmerzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dahingehend berücksichtigt wurden, als im Rahmen der Somatisierungsstörung eine Einschränkung von 30 % anerkannt wurde.

4.3.4 Unbehelflich ist des Weiteren auch der Einwand, die Gutachter hätten es unterlassen, sich mit den abweichenden Einschätzungen der Fachärzte

auseinanderzusetzen. Einleitend ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Fall eine polydisziplinäre Begutachtung ja gerade deshalb in Auftrag gegeben wurde, weil die behandlerseits andauernd attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit somatisch, klinisch befundlich nicht nachvollziehbar war (vgl. dazu RAD-Stellungnahme von Dr. D. _____ vom 2. Oktober 2019 [IV-act. 91]). Des Weiteren hatten die Gutachter Kenntnis der Beurteilung der behandelnden Ärzte, wurden ihnen doch sämtliche IV-Akten zur Verfügung gestellt. Dementsprechend finden sich im polydisziplinären Gutachten auch eine zehnteilige Aktenzusammenfassung und in den Teilgutachten ein jeweiliger fachspezifischer Aktenauszug, sofern Vorakten in den einzelnen Disziplinen überhaupt vorhanden waren. In den Teilgutachten haben sich die Sachverständigen und insbesondere auch gerade die orthopädische Expertin denn ausführlich mit den behandlerseits gestellten Diagnosen auseinandergesetzt. Vorliegend bestehen jedenfalls keine Zweifel daran, dass die wichtigsten Akten von den Gutachtern nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern auch gebührend berücksichtigt wurden. Attestieren die behandelnden Ärzte dem Beschwerdeführer schliesslich eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die Gutachter, kann er alleine daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Vielmehr ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 3.3 vorstehend). Rechtsprechungsgemäss 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) jedenfalls nicht zu, ein Administrativgutachten 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 Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, was vorliegend allerdings nicht der Fall ist. Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung liessen sich die körperlichen Beschwerden gerade nicht ausreichend somatisch erklären, weshalb eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 diagnostiziert und hieraus eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert wurde. Im Übrigen ist festzustellen, dass bis zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung weder eine psychiatrische noch eine neuropsychologische Abklärung stattgefunden hat, weshalb diesbezüglich mangels entsprechender Vorakten auch keine Auseinandersetzung stattfinden konnte.

4.3.5 Nach dem soeben Dargelegten ist festzustellen, dass sich die Vorbringen des Beschwerdeführers insgesamt als nicht stichhaltig erweisen und nicht geeignet sind, die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS Bern in Frage zu stellen. Dies gilt umso mehr, als die Einwände des Beschwerdeführers nicht mit medizinischen Ausführungen eines Arztes untermauert wurden. Ohnehin liegen überhaupt keine ärztlichen Berichte oder Stellungnahmen vor, die sich mit dem Gutachten auseinandersetzen bzw. aufzeigen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Es darf davon ausgegangen werden, dass die ausgewiesenen gutachterlichen Fachärzte die Gesundheitsstörungen und die daraus abgeleiteten Einschränkungen in objektiver Hinsicht besser einzuschätzen vermögen als der Beschwerdeführer als medizinischer Laie.

4.4

4.4.1 Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben an ein Gutachten ergibt sich aus BGE 141 V 281, dass die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG nicht erbringen kann, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

4.4.2 Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Kategorie "funktioneller Schweregrad"
 - Komplex "Gesundheitsschädigung"
 - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz
 - Komorbiditäten
 - Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - Komplex "Sozialer Kontext"
- Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)
 - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. BGer 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

4.4.3 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus juristischer Sicht soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

4.4.4

4.4.4.1 Mit Bezug auf den funktionellen Schweregrad rügt der Beschwerdeführer die fehlende Berücksichtigung der akzentuierten Persönlichkeitszüge. Mit BGE 143 V 418 vollzog das Bundesgericht eine Abkehr von der früher praktizierten Ausscheidung einzelner Beschwerden wegen fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz. Dementsprechend ist neu auch ein leichtes affektives Leiden wie z.B. die Dysthymie zu berücksichtigen, wenn es im Einzelfall zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen kann (BGE 143 V 418 E. 8.1). Vorliegend wies Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, würdigend darauf hin, dass der Versicherte eine anankastisch-perfektionistische Persönlichkeitsstruktur (im Sinne einer -akzentuierung) zeige, aber auch eine altruistische, leistungsbetonte und leistungsbereite Persönlichkeit mit Neigung zur Rationalisierung vorliege. Bei länger anhaltendem psychischem Stress und in Überforderungssituationen könne es bei ihm zu Vermeidung, Rückzug und Somatisierung kommen. Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung konnte der psychiatrische Teilgutachter nicht finden. Die komplexen Ich-Funktionen zeigten sich intakt (vgl. IV-act. 136 S. 101). Angesichts dessen kann – auch wenn aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge von einer auffälligen, möglicherweise ressourcenraubenden Persönlichkeitsstruktur zu sprechen ist – festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer über nicht gänzlich ungünstige persönliche Ressourcen verfügt. Sodann ist in Anbetracht des vom Beschwerdeführer angegebenen Tagesablaufs (vgl. IV-act. 136 S. 91) auf einige Ressourcen zu schliessen. Diese Gegebenheiten sind auch unter dem Titel des "sozialen Kontexts" von Bedeutung. In diesem Zusammenhang sind sodann die Feststellungen des Sachverständigen zu erwähnen, wonach ein wirksames soziales Netzwerk vorhanden sei und intakt erscheine (Familie, Kollegen). Von dort erhalte er volle soziale Unterstützung. Von einem sozialen Rückzug könne nicht ausgegangen werden (vgl. IV-act. 136 S. 102). Dies erscheint in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit 1999 verheiratet ist, mit seiner Ehefrau und den zwei Kindern, die ihn allesamt unterstützen, zusammenwohnt, mit ihnen Ausflüge unternimmt, auch Kontakt zum Vater besteht und der Freundeskreis trotz Krankheit ebenfalls weiterhin gut erhalten geblieben ist, als nachvollziehbar. Mit dem Gutachter darf somit von einem intakten sozialen Umfeld ausgegangen werden. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass bislang keine psychiatrische-therapeutische Behandlung erfolgt sei, diese jedoch in Anbetracht der psychiatrischen Diagnose vorrangig wäre. Die Behandlungsmassnahmen seien somit nicht ausgeschöpft. Unter Berücksichtigung der geringen Leistungsdefizite sei nach einer Therapie mit einer positiven Prognose und einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (vgl. IV-act. 136 S. 101). Unter diesen Umständen ist

nicht davon auszugehen, dass eine schwere und therapeutisch nicht mehr angehbare psychische Störung vorliegt. Was allfällige Komorbiditäten anbelangt, liegen orthopädische Gesundheitsstörungen vor (u.a. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, cervicospondylogenes Schmerzsyndrom, Restbeschwerden Hüfte beidseits, Knieschmerzen rechts, residuelle Schulterschmerzen rechts), welche die Arbeitsfähigkeit hingegen nur qualitativ einschränken. Hinweise für eine namhaft limitierende kognitive Störung bestehen nicht, wurden die festgestellten kognitiven Einschränkungen doch lediglich als minimal und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Weitere psychiatrische Erkrankungen wurden – abgesehen von der Somatisierungsstörung und der Persönlichkeitsakzentuierung, die ausreichend berücksichtigt wurden, – ausgeschlossen; es konnten auch keine depressiven Symptome exploriert werden. Die Ausprägung der Gesundheitsstörung stuft der psychiatrische Teilgutachter sowohl retrospektiv als auch aktuell als leichtgradig ein (vgl. IV-act. 136 S. 102). Dies erscheint in Anbetracht des erhobenen psychopathologischen Befunds und der gemäss Mini-ICF-Rating erhaltenen Funktionen und Ressourcen – abgesehen von der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten zeigten sich nur leichte oder gar keine Einschränkungen (vgl. IV-act. 136 S. 102) – als schlüssig und nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht zeigten sich jedenfalls nur geringe Defizite (vgl. IV-act. 136 S. 102). Würdigend kam Dr. E. _____ zum Schluss, dass der Versicherte wegen seiner guten persönlichen und beruflichen Ressourcen und der aktuell nur geringen funktionellen Einbussen nach einer adäquaten Therapie voraussichtlich wieder in der Lage sein werde, an seine frühere berufliche Leistungsfähigkeit anzuknüpfen (vgl. IV-act. 136 S. 101). Aufgrund der Somatisierung ging der Sachverständige von einer aktuellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 % aus. Nach Abschluss der Behandlungsmassnahmen rechnete er hingegen wieder mit einer vollen Arbeitsfähigkeit und zwar auch in der angestammten Tätigkeit (vgl. IV-act. 136 S. 103). Nach dem soeben Ausgeführten ist festzustellen, dass sich der Gutachter eingehend mit dem Gesundheitsschaden, der Persönlichkeit und den Ressourcen des Beschwerdeführers befasste. Gestützt auf seine nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen lässt sich aus juristischer Sicht feststellen, dass sich auch mit Blick auf die Standardindikatoren kein Nachweis für eine mehr als leichtgradige Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens durch die diagnostizierten Störungen findet. Angesichts der leichten Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der bestehenden Ressourcen, des intakten sozialen Kontexts und der guten Prognose bzw. Therapierbarkeit vermag es einzuleuchten, wenn der psychiatrische Teilgutachter zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Einschränkung von 30 % annahm.

4.4.4.2 Weiter wirft der Beschwerdeführer dem Gutachter vor, im Rahmen der Konsistenzprüfung die Einschränkung im Aktivitätenniveau und den Leidensdruck falsch erfasst zu haben.

Diesbezüglich sind die Ausführungen des Gutachters dahingehend zu konkretisieren, als ein gewisser Rückzug im Alltag festzustellen ist. Er trifft sich zwar nach wie vor mit Freunden und Bekannten, unternimmt ab und zu einen Tagesausflug mit der Familie, übernimmt einige Aufgaben im Haushalt und geht mit dem Hund spazieren. Allerdings gab er anlässlich der Begutachtung auch zu Protokoll, dass er zeitlebens sehr sportlich ausgerichtet gewesen sei. Neben dem Fussballspielen sei er auch gewandert und Ski gefahren. Dies gehe momentan fast gar nicht mehr (vgl. IV-act. 136 S. 91 f.). Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers nahm aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in leichtem Ausmass ab, was auch Dr. E. _____ anzuerkennen scheint, geht er doch von marginalen Beeinträchtigungen im privaten Kontext aus (vgl. IV-act. 136 S. 101). Bei gleichzeitig vorwiegenden Einschränkungen im Beruf ist dem Gutachter indes zuzustimmen, dass eine gewisse Diskrepanz zwischen den privaten und beruflichen Aktivitäten besteht. Von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus kann nach dem soeben Dargelegten jedenfalls nicht die Rede sein und zwar auch dann nicht, wenn im privaten Rahmen ein gewisser Rückzug durchaus beobachtet werden kann. Die Konsistenzprüfung durch den Sachverständigen zeigte sodann gewisse weitere Inkonsistenzen, so konnten nicht alle vom Versicherten berichteten Funktionseinbussen (z.B. schnelle Ermüdbarkeit und anhaltende Tagesmüdigkeit) als plausibel und reproduzierbar betrachtet werden. Soweit dies der Beschwerdeführer nicht nachvollziehen kann, kann ihm nicht gefolgt werden. Wie sich aus den einzelnen Teilgutachten ergibt, wurde die seitens des Beschwerdeführers angegebene Müdigkeit zur Kenntnis genommen und an mehreren Stellen der Gutachten wiedergegeben. Entgegen seinen Angaben konnte eine Ermüdung im Rahmen der einzelnen Untersuchungen hingegen nicht festgestellt werden. Im neurologischen Teilgutachten wurde hierzu festgehalten, dass während der Untersuchung in kognitiver Hinsicht keine Müdigkeit oder erhöhte Ermüdbarkeit aufgefallen seien (vgl. IV-act. 136 S. 75). Dabei nahm der Sachverständige auch Bezug zur Polygraphie vom 30. Januar 2020 und merkte an, dass diese insgesamt nur ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom ergeben habe. Diese relativ geringen Befunde der Polygraphie würden gut erklären, dass auch im klinischen Eindruck trotz langer ausführlicher Befragung bis in die Abendstunden keine Müdigkeit erkennbar gewesen sei und somit

auch keine relevante Tagesschläfrigkeit bestehe. Allenfalls könne bei sehr monotonen Tätigkeiten eine etwas schnellere Ermüdung einsetzen (vgl. IV-act. 136 S. 78). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration war die Ermüdung ebenfalls nicht erkennbar (vgl. IV-act. 136 S. 93). Schliesslich liessen sich auch während der neuropsychologischen Untersuchung weder Ermüdungszeichen noch ein Leistungsabfall beobachten (vgl. IV-act. 136 S. 166). Dies stand im Widerspruch zu den Ausführungen des Beschwerdeführers, gab er doch von Beginn weg eine erhöhte und im Verlauf dann zunehmende Müdigkeit an, wofür sich dann aber kein klinisches Korrelat finden liess (vgl. IV-act. 136 S. 170). Auch wenn es zutreffen mag, dass der klinische Eindruck während einer Begutachtung nicht unbesehen auf einen achtstündigen Arbeitstag übernommen werden kann, darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die neurologische Untersuchung immerhin mehr als drei Stunden und insbesondere auch bis in die früheren Abendstunden hinein gedauert hat (von 15.00 bis 18.15 Uhr). Trotz dessen war keine erhöhte Ermüdbarkeit feststellbar, was sich auch mit den Erkenntnissen aus den anderen Untersuchungen deckt. Wie der Neurologe schliesslich nachvollziehbar dargelegt hat, steht diesen Feststellungen auch das Ergebnis der Polygraphie nicht entgegen. Die Ausführungen der Sachverständigen hinsichtlich Müdigkeit erscheinen nach dem soeben Dargelegten somit schlüssig. Des Weiteren zeigten sich Inkonsistenzen betreffend Medikation, ergab die Blutanalyse (vgl. IV-act. 136 S. 105) doch eine fehlende oder unzureichende Einnahme von Medikamenten, welche als regelmässig eingenommen deklariert wurden (vgl. IV-act. 136 S. 101). So lag der Medikamentenspiegel für Escitalopram (Cipralox) und Trazodon (Trittico) unter der Nachweisschwelle und für Pregabalin weit unterhalb des therapeutischen Bereichs, was eine Einnahme der genannten Medikamente gemäss Auffassung der Gutachter als äusserst unwahrscheinlich macht (vgl. IV-act. 136 S. 11). Soweit der Beschwerdeführer dagegen einwendet, eine ungenügende Konzentration von Medikamenten im Blut bedeute noch nicht, dass die vom Hausarzt verordneten Psychopharmaka nicht eingenommen würden, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen hat, bleiben unabhängig vom Wert der Blutanalyse die durch die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers hervorgebrachten Inkonsistenzen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme bestehen. Während der Beschwerdeführer nämlich gegenüber dem Gastroenterologen angegeben hatte, am Tag der Blutentnahme unter der gastroenterologischen Untersuchung vom 17. Juni 2020 sowohl Trittico als auch Citalopram bzw. Escitalopram eingenommen zu haben, räumte er fast zwei Monate danach ein, dass er nach der per Ende April 2020 erfolgten Verordnung von Pregabalin die Medikamente Escitalopram und Trittico relativ rasch abgesetzt habe und seit

Anfang/Mitte Juni 2020 nur noch bei Bedarf Ibuprofen Retard 800 einnehme (vgl. IV-act. 136 S. 11 f. und 175). Es besteht somit ein Widerspruch zu seinen ursprünglichen dem Gastroenterologen gegenüber gemachten Angaben. Nach dem soeben Dargelegten erscheinen die gutachterlich festgestellten Inkonsistenzen schlüssig.

Ebenfalls nachvollziehbar sind die Ausführungen zum Leidensdruck. Das Gericht und wohl auch die Gutachter bezweifeln nicht, dass ein gewisser Leidensdruck vorhanden ist, nahm der Beschwerdeführer – wie aus dem psychiatrischen Teilgutachten ersichtlich wird (vgl. IV-act. 136 S. 89) – doch verschiedenste Behandlungsmassnahmen in Anspruch. Dies ergibt sich auch aus den im vorliegenden Beschwerdeverfahren neu aufgelegten medizinischen Berichten. Dem stehen jedoch die Feststellungen des neurologischen Teilgutachters, wonach die Therapiemassnahmen aktuell als gering zu bezeichnen seien, nicht entgegen. Der Neurologe begründet dies damit, dass keine regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln erfolge (vgl. IV-act. 136 S. 81). Wie sich aus dem Teilgutachten ergibt, nimmt der Beschwerdeführer keine regelmässige Schmerzmedikamente, sondern nur allenfalls bedarfsweise Dafalgan ein (vgl. IV-act. 136 S. 73) und dies trotz Angaben von Schmerzen in einer Stärke von 5–8/10 (vgl. IV-act. 136 S. 78). Angesichts dessen erscheinen die Ausführungen des neurologischen Teilgutachters schlüssig. In diesem Zusammenhang sind sodann auch die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter zu erwähnen, wonach er einmal täglich 75 mg Pregabalin einnehme. Gemäss Ausführungen des Sachverständigen entspricht diese Einnahmedosis jedoch bei weitem nicht den allgemeinen Empfehlungen zur Dosierung von Pregabalin bei der Behandlung von chronischen Schmerzen, wird seitens des Herstellers und der verschiedenen Fachgesellschaften doch vielmehr eine Dosierung zwischen 150 bis 600 mg angegeben (vgl. IV-act. 136 S. 94). Wie aus dem Gutachten des Weiteren hervorgeht, nimmt der Beschwerdeführer seit Anfang/Mitte Juni 2020 nur noch bei Bedarf Ibuprofen Retard 800 ein. Der Umstand, dass ein Retard-NSAR in mittlerer Dosierung als Schmerzreserve eingesetzt wird, spricht gemäss Auffassung der Gutachter ebenfalls gegen das Vorliegen erheblicher Schmerzen (vgl. IV-act. 136 S. 12). Wird seitens der Gutachter ein hoher Leidensdruck bezweifelt, erscheint dies unter Berücksichtigung des soeben Dargelegten jedenfalls nachvollziehbar. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich der Beschwerdeführer im Nachgang zur polydisziplinären Begutachtung testphasenweise einen Neurostimulator implantieren liess. Denn wie bereits dargelegt, wird das Vorhandensein eines gewissen Leidensdrucks und die Inanspruchnahme weiterer Therapiemassnahmen nicht bestritten. Entgegen der Auffassung des

Beschwerdeführers erscheint es somit nachvollziehbar, auf welchen Feststellungen die Konsistenzprüfung des Gutachters basiert.

5. Zusammenfassend ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten der MEDAS Bern vom 26. August 2020 als beweiskräftig angesehen und darauf abgestellt hat. Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint, sich die angefochtene Verfügung vom 27. Oktober 2020 mithin als rechtmässig erwiesen hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist.

6. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung 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 Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

Mit dem voll beweiskräftigen Gutachten der MEDAS Bern ist der medizinische Sachverhalt umfassend geklärt und von einer weiteren Begutachtung des Beschwerdeführers sind auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass sein Antrag auf Einholung eines Gerichtsgutachtens in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen ist. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG vorgehalten werden kann.

7. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensaufwand angemessen erscheint. Eine 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 24. Oktober 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am