



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Gisela Bedognetti, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 25. Juni 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2020 15

A. Der 1964 geborene A._____ meldete sich am 27. März 2019 unter Hinweis auf chronische Muskelschmerzen bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Diese tätigte daraufhin Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Insbesondere liess sie den Versicherten psychiatrisch und neuropsychologisch begutachten. Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 29) und verfügte am 14. Januar 2020 im angekündigten Sinne (IV-act. 33).

B. Dagegen erhob A._____ am 3. Februar 2020 Beschwerde beim Verwaltungsgericht mit dem sinngemässen Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung, Durchführung von erneuten Abklärungen und Zusprache einer Invalidenrente. Dies begründete er im Wesentlichen mit einer ungenügenden Abklärung seiner Schmerzen seitens der IV-Stelle Zug (act. 1).

C. Am 11. Februar 2020 bezahlte der Beschwerdeführer den ihm auferlegten Kostenvorschuss innert Frist (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 11. März 2020 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde. Dabei wies sie auf die umfangreichen somatischen Untersuchungen hin und verneinte eine seither eingetretene Verschlechterung (act. 6).

E. Darüber wurde der Beschwerdeführer am 16. März 2020 orientiert (act. 7). In der Folge gingen keine weiteren Eingaben ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 14. Januar 2020 [BF-act. 1]) 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. 82a 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 4. Februar 2020 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 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 14. Januar 2020 (BF-act. 1) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich des Beschwerdeführers eingetroffen. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 3. Februars 2020, wurde am Tag darauf der Post übergeben und ging am 5. Februar 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Damit ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine 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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte

und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5.1; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. BGer 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 141 V 281 E. 2.1; 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob und inwiefern es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1; 141 V 281 E. 3.7; 139 V 547 E. 5.2; 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

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

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (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 115 V 133 E. 2 mit Hinweisen).

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

3.6 Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychische Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind (E. 6 und 7). Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

3.7 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3)
 - Komplex "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1)
 - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)
 - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)
 - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)
 - Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2)
 - Komplex "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3)
- Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4)
 - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)
 - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

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.

4.1

4.1.1 Mit Bezug auf die somatischen Beschwerden lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer infolge chronischer Rückenschmerzen thorakolumbal und Verspannungen der Nacken-/Schultergürtelmuskulatur von Dr. med. B. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, 2011 und 2016 untersucht wurde. Die Abklärungen ergaben keine relevanten pathologischen Befunde, weshalb Dr. B. _____ die Rückenschmerzen als nicht objektivierbar beurteilte. Differenzialdiagnostisch schloss er eine McArdle-Myopathie nicht aus und hielt angesichts der gleichzeitigen Erschöpfungssymptomatik auch eine psychosomatische Dekompensation bzw. Burn-out-Symptomatik für möglich. Abschliessend bemerkte er, dass der Beschwerdeführer allfällige medikamentöse Behandlungen ablehne (Berichte vom 19. Mai 2011 [IV-act. 9/70] und 24. Mai 2016 [IV-act. 9/61–62]).

4.1.2 Die von Dr. B. _____ veranlasste neurologische Beurteilung im Spital C. _____ ergab laut Bericht vom 18. August 2016 (IV-act. 9/59–60) einen klinisch-neurologischen Normalbefund. Differenzialdiagnostisch wäre eine McArdle-Myopathie durchaus denkbar, jedoch träten die Myalgien und das Muskelkatergefühl nur bei

grösseren körperlichen Anstrengungen auf. Ein sogenanntes Second-Wind-Phänomen sei nicht zu erfragen gewesen und Dunkelverfärbungen des Urins habe es bisher nicht gegeben. Darauf wurde eine Zweitmeinung im Spital D. _____ eingeholt.

4.1.3 Im Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals D. _____ vom 10. Januar 2017 (IV-act. 9/49–51) wurden seit 20 Jahren bestehende chronische Myalgien thorakokostovertebral und eine Hypovitaminose D diagnostiziert. Die berichtenden Spitalärzte gaben weiter an, trotz verschiedener Untersuchungen sei die Situation ungeklärt geblieben. Da der festgestellte schwere Vitamin D-Mangel diffuse Weichteilbeschwerden verursachen könne, empfahlen die untersuchenden Spitalärzte eine konsequente perorale Ergänzung von Vitamin D, gegebenenfalls bei rezidivierenden Bindegewebebeschwerden auch mit Vitamin C.

4.1.4 Eine elektrodiagnostische Untersuchung ergab gemäss Bericht der Klinik für Neurologie des Spitals D. _____ vom 6. Februar 2017 (IV-act. 9/46–48) milde axonale Schäden an beiden Nervi mediani, jedoch keinen Hinweis auf eine Polyneuropathie oder auf eine Läsion des Plexus brachialis. Bei den Myographien gab es keinen Hinweis auf eine Myopathie oder auf neurogene Veränderungen der Muskulatur. Mangels Hinweise auf eine neurologische Ursache der Beschwerden erachteten die berichtenden Neurologen weitere Abklärungen als nicht erforderlich. Da sich bei der klinischen Untersuchung aber Schmerzen durch Druck im Bereich von Sehnenansatzpunkten hätten auslösen lassen, schlugen sie eine erneute rheumatologische Abklärung mit der Frage nach einer Tendinopathie vor.

4.1.5 Bei fehlenden neuen Aspekten wurde in der Klinik für Rheumatologie des Spitals D. _____ eine Ganzkörper-Magnetresonanztomographie (Ganzkörper-MRI) verordnet. Dem Bericht vom 22. Mai 2017 (IV-act. 9/44–45) lässt sich entnehmen, dass diese diffus ödematöse Veränderungen der Schultergürtelmuskulatur, passend zu einer entzündlichen Genese, zudem eine Symphysis Pubis gezeigt habe. Differenzialdiagnostisch könnte es sich um eine milde Form von Dermatomyositis handeln. Für eine McArdle-Myopathie sei der Beschwerdeführer formal zu jung. Aber diese Differenzialdiagnose sei durchaus denkbar, ebenfalls eine Einschusskörperchenmyositis. Zur Charakterisierung der möglichen Muskelerkrankung wurde eine Muskelbiopsie veranlasst. Diese ergab gemäss Bericht des Instituts für komplementäre und integrative Medizin des Spitals D. _____ vom 10. Oktober 2017 (IV-act. 9/37–39) keinen wegweisenden Befund.

4.1.6 Es folgte eine Zuweisung zur interdisziplinären Schmerzprechstunde des Spitals D._____. Die mitwirkenden Fachärzte wiederholten im Bericht vom 29. September 2018 (IV-act. 9/16–17) die Diagnose von chronischen Myalgien thorakokostovertebral und ergänzten die Diagnose einer Hypovitaminose D3 mit derjenigen einer Hypovitaminose B12. Weiter gaben sie an, die neurologische Beurteilung im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde habe ebenfalls keine wegweisenden Befunde ergeben, welche die Symptome des Beschwerdeführers erklären könnten. Mögliche Differenzialdiagnosen eines Selenium-Mangels oder einer Zöliakie hätten laborchemisch ausgeschlossen werden können. Für eine Myopathie oder eine neurogene Veränderung der Muskulatur bestünden ebenfalls keine Hinweise (vgl. auch Bericht der Klinik für Neurologie des Spitals D._____ vom 8. Juni 2018 [IV-act. 9/22–25]). Aus psychiatrischer Sicht gebe es keinerlei Anhaltspunkte für eine psychiatrische Diagnose. Allerdings weise der Beschwerdeführer einige Eigenschaften wie starken Ehrgeiz und Anspannung auf, welche das Schmerzgeschehen beeinflussen könnten. Extensive rheumatologische Abklärungen seien allesamt bereits in der Vergangenheit unauffällig gewesen. Aus interventionell-schmerztherapeutischer Sicht könnte eine Serie Ketamin-Infusionen angeboten werden, was vom Beschwerdeführer aufgrund des langen Anfahrtsweges und der schwierigen beruflichen Situation nicht gewünscht werde (vgl. auch Berichte des Schmerzambulatoriums des Spitals D._____ vom 23. April 2018 [IV-act. 9/31–35], 25. April 2018 [IV-act. 9/28–30], 27. Juni 2018 [IV-act. 9/20–21] sowie 9. Juli 2018 [IV-act. 9/18–19]). Aus komplementärmedizinischer Sicht wäre der Behandlungsfokus auf mentale und Entspannungs-Strategien zu legen (vgl. auch Bericht des Instituts für komplementäre und integrative Medizin des Spitals D._____ vom 10. Oktober 2017 [IV-act. 9/37–39]).

4.1.7 Vom 7. Januar bis 4. Februar 2019 nahm der Beschwerdeführer mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung am ganzheitlich orientierten interdisziplinären Behandlungsprogramm der Klinik E._____ für Patienten mit chronischen Schmerzen teil. Laut Austrittsbericht vom 6. Februar 2019 (IV-act. 11/1–5) war seine Toleranzschwelle gegenüber Schmerzen im Verlauf gestiegen. Es sei zu einer ersten Veränderung des Verhaltens gekommen, vor allem in Bezug auf die Akzeptanz der eigenen Grenzen und sich gegenüber. Gegen Ende der Behandlung sei es zu einer verbesserten Beweglichkeit und Belastbarkeit bei entsprechend erreichter Kraftsteigerung gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich belastbarer gezeigt und im Voraus gewusst, wie man sich Hilfe zur Selbsthilfe leisten könne. Er habe gelernt, mit den Schmerzen ohne

Schmerzmittel umzugehen. Abschliessend wurde eine Vorstellung im Schlaflabor empfohlen.

4.1.8 Nach einer Abklärung in der pneumologischen Sprechstunde des Spitals C. _____ wurde gemäss Bericht vom 25. März 2019 (IV-act. 9/11–12) die neue Diagnose einer leichten, rückenlage-abhängigen obstruktiven Schlafapnoe gestellt. Weiter gaben die untersuchenden Fachärzte an, der gemessene Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) liege so nahe am oberen Normbereich, dass wohl kaum eine klinische Relevanz bestehe. Eine Therapie sei nicht gerechtfertigt. Eine weiterführende Abklärung mittels Polysomnografie sei aus pulmologischer Sicht nicht sinnvoll. Weitere Kontrollen seien nicht geplant.

4.1.9 Im Bericht vom 24. April 2019 (IV-act. 9/1–10) wiederholte der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeinmedizin, die bereits bekannten Diagnosen und attestierte ab 1. November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in den angestammten, körperlich anstrengenden Tätigkeiten in den eigenen Hauswartungs- und Druckereibetrieben mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation in der Klinik E. _____. Für leichte Arbeiten erachtete er eine volle Arbeitsfähigkeit als möglich.

4.2

4.2.1 Die neuropsychologische Abklärung durch lic. phil. G. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, ergab gemäss Teilgutachten vom 14. Oktober 2019 (IV-act. 23) in kognitiver Hinsicht insgesamt leichte Minderleistungen in wenigen Bereichen bei einer ansonsten normgemässen Leistungsfähigkeit. Sodann führte der Gutachter aus, der Schweregrad der kognitiven Minderleistungen erfülle die Anforderungen für eine ICD-10-Diagnosekategorie nicht. Aufgrund des Werdegangs des Beschwerdeführers sei als Ursache der leichten kognitiven Minderleistungen in erster Linie ein prämorbidem Geschehen im Sinne einer Begabungsvariante und kein krankhaftes hirnormales Geschehen oder Auswirkungen der Schmerzsymptomatik anzunehmen (IV-act. 23/8).

Der neuropsychologische Gutachter verneinte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht und beurteilte die Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers bei der Untersuchung als gut. Darauf wiesen die unauffälligen Leistungen bei den zwei Symptomvalidierungsverfahren und die Leistungen in der übrigen Testung hin (IV-act. 23/10).

4.2.2 Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Teilgutachten vom 25. November 2019 (IV-act. 27) die Diagnose einer seit mindestens 2014 bestehenden chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass er sodann der Diagnose einer seit der Adoleszenz bestehenden Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen bei (ICD-10 Z73.1 [IV-act. 27/19]). Zur Diagnose einer Schmerzstörung gab der Gutachter an, der Beschwerdeführer beobachte sich selbst intensiv und mit ängstlicher Besorgnis. Bei unangenehmen Körpersignalen bewerte er diese als Zeichen einer Krankheit. Er nehme die körperlichen Reize als unverhältnismässig intensiv und beeindruckend auf. Es falle ihm schwer, eine sachliche und realitätsgerechte Einordnung der Eigenwahrnehmung vorzunehmen (IV-act. 27/20).

In seiner Beurteilung führte Dr. H. _____ aus, der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit sein Selbstwertgefühl immer wieder durch das Erbringen von Leistung und die daraus resultierende Anerkennung stabilisiert. Im Verlauf habe er zunehmende Schmerzen entwickelt, wobei diese aus psychosomatischer Sicht auch so gedeutet werden könnten, dass der Körper dem Beschwerdeführer Grenzen aufzeige, welche er selbst nicht sehen oder einhalten könne. Das Krankheitsverständnis des Beschwerdeführers sei dabei weiterhin sehr somatisch geprägt. Zu den bisherigen Behandlungen stellte der Gutachter das Fehlen einer längerfristigen psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlung bzw. einer längerfristig angelegten multimodalen Schmerztherapie fest. Im Rahmen der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität gab er sodann an, die psychiatrisch objektivierbaren Befunde und auch das Alltagsverhalten des Beschwerdeführers mit beruflicher Aktivität an fünf Tagen in der Woche und verschiedenen Freizeitaktivitäten relativierten dessen Beschwerdeschilderung und die daraus abgeleiteten Einschränkungen. Nach einer Würdigung der vorhandenen, noch erheblichen Ressourcen kam der Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer trotz seiner chronischen Schmerzstörung eine berufliche Tätigkeit in einem etwas reduzierten Pensum ausüben könne (IV-act. 27/22–23).

4.2.3 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 26. November 2019 (IV-act. 26) attestierten die Gutachter Dr. H. _____ und lic. phil. G. _____ dem Beschwerdeführer eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 10–15 % für die bisher ausgeübten sowie für weitere angepasste Tätigkeiten (IV-act. 26/7).

5.

5.1 Gegen die Beweiskraft des Administrativgutachtens bemängelt der Beschwerdeführer, es sei keine rheumatologische und neurologische Begutachtung durchgeführt worden. Dementsprechend beantworte das Administrativgutachten die Frage nach dem Ursprung der Schmerzen nicht (act. 1 S. 1). Dem ist zu entgegnen, dass die körperlichen Beschwerden im Spital D. _____ in den Jahren 2017 und 2018 umfassend abgeklärt wurden. Es wurden verschiedene Verdachtsdiagnosen gestellt, welche nach den angezeigten Abklärungen verworfen werden mussten. Schliesslich liess sich eine somatische Herkunft der Beschwerden nicht erhärten. Weder dem Austrittsbericht der Klinik E. _____ (E. 4.1.7) noch den Angaben des Hausarztes Dr. F. _____ (E. 4.1.9) lassen sich sodann Anhaltspunkte für eine seit den Abklärungen im Spital D. _____ eingetretene Veränderung der körperlichen Beschwerden entnehmen, weshalb der Verzicht auf weitere somatische Abklärungen nicht zu beanstanden ist. Vielmehr durften und mussten die IV-Gutachter die vorhandenen medizinischen Berichte in ihrer Würdigung miteinbeziehen, wurde doch die Frage nach einer psychischen Beeinflussung des Schmerzgeschehens bereits in der Vergangenheit aufgeworfen (vgl. E. 4.1.1 und 4.1.6) und bis zur IV-Begutachtung nie abschliessend geklärt.

5.2 Insgesamt entspricht das Administrativgutachten von Dr. H. _____ und lic. phil. G. _____ den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 3.5). So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch in schlüssiger Weise die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und beruht auf einer eingehenden neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung. Die Gutachter schilderten ausführlich die vom Beschwerdeführer erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit sowie mit dem Alltagsverhalten des Exploranden auseinander. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren nahm Dr. H. _____ eine rechtsprechungsgemässe Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.6–3.7) des Beschwerdeführers vor. Zu erwähnen ist insbesondere die einleuchtende Darstellung der psychischen Zusammenhänge und die Würdigung der vielseitigen Ressourcen des Beschwerdeführers. Weiter stellte Dr. H. _____ zu Recht fest, dass trotz der angegebenen beruflichen Einschränkungen abgesehen von der vierwöchigen Behandlung in der Klinik E. _____ noch keine längerfristig angelegte multimodale Schmerztherapie stattgefunden hat. Dieser Umstand lässt sich zwar mit dem somatisch geprägten

Krankheitsverständnis des Beschwerdeführers erklären, relativiert jedoch den geltend gemachten Leidensdruck.

Aus diesen Gründen überzeugt die Einschätzung der Gutachter einer um lediglich 10–15 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Auf das Administrativgutachten von Dr. H._____ und lic. phil. G._____ darf somit abgestellt werden.

5.3 Zu erwähnen bleibt, dass die unterschiedliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Hausarztes Dr. F._____ (E. 4.1.9) die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens nicht zu erschüttern vermag. Zunächst liegt es in der Natur der Sache, dass einer psychiatrischen Einschätzung notwendigerweise ein erheblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum inhärent ist. Weiter erfolgte die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. F._____ nicht in Anwendung der Standardindikatoren, weshalb sie den höheren Beweiswert des Administrativgutachtens nicht zu erreichen vermag.

Nicht zuletzt ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Solche Aspekte lassen sich der Berichterstattung von Dr. F._____ nicht entnehmen. Schliesslich berücksichtigten die beiden IV-Gutachter sämtliche vom Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung geklagten Beschwerden sowie die von den bisher involvierten Ärzten erhobenen Befunde und abgegebenen Beurteilungen.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer 10–15%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist, was zur Auslösung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 3.3) als Voraussetzung für eine Invalidenrente nicht genügt. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist bei diesem Verfahrensausgang nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Es wird keine Parteientschädigung 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 Beschwerdeführer (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), 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, 25. Juni 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am