



# 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 20. Februar 2024 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer  
vertreten durch RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Leistungen)

S 2022 36

A. Der Versicherte, A.\_\_\_\_\_, Jahrgang 1969, meldete sich im Jahr 2015 wegen psychischen Beschwerden, namentlich einer Depression, erstmals zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Nachdem eine Vollremission der depressiven Störung innert einem Jahr nach Beginn der Störung eingetreten war, verneinte die IV-Stelle Zug mit Verfügung vom 21. Juni 2016 einen Anspruch auf IV-Leistungen (IV-act. 27).

Am 27. Juli 2019 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit März 2019 bestehende Depressionen und Migräneattacken erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 29). Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2020 stellte die IV-Stelle gestützt auf die RAD-Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 (IV-act. 50) dem Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (IV-act. 51). Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (IV-act. 53 und 59), teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 15. Februar 2021 die Notwendigkeit einer bidisziplinären (psychiatrischen und neurologischen) Begutachtung mit (IV-act. 61). Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ datiert vom 11. Juni 2021 (IV-act. 70 f.). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 22. Februar 2022 erneut ab (IV-act. 89).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 25. März 2022 liess A.\_\_\_\_\_ beantragen, die Verfügung vom 22. Februar 2022 sei aufzuheben und ihm sei eine Rente basierend auf einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zuzusprechen. Eventualiter sei ein neues Gutachten zu veranlassen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung stellt sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, sein Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung erheblich verschlechtert und das bidisziplinäre Gutachten sei mangelhaft (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 28. März 2022 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 9. Mai 2022 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 7).

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: 22. Februar 2022) 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 146 V 364 E. 7.1).

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2022, womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, weshalb (mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022) die bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des IVG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]) und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] 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 [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 22. Februar 2022; diese ging tags darauf 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 25. März 2022 der Post übergeben und ging am 28. März 2022 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 wieder herstellen, 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; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

4. In der angefochtenen Verfügung stützte sich die IV-Stelle auf das im Einwandverfahren eingeholte bidisziplinäre Gutachten vom 11. Juni 2021.

4.1 Der Neurologe Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ging diagnostisch einerseits von episodischen Spannungskopfschmerzen und andererseits von einer Migräne mit möglicher visu-

eller Aura seit der Jugend aus. Dabei wies er darauf hin, dass diese primären Kopfschmerzen über Jahre nicht zu einer erkennbaren relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Gemäss Angaben des Patienten habe die Migräne dann aber seit 2008 an Häufigkeit zugenommen. Ein fluktuierender Verlauf von primären Kopfschmerzen sei durchaus nicht ungewöhnlich. Des Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass speziell die Migräne als neurologische Erkrankung mit einer erheblichen Komorbidität einhergehe, beispielsweise aus dem psychiatrischen Bereich in Form von Depressionen und Angststörungen, aber auch aus dem neurologischen Bereich in Form von Epilepsien und Schlaganfällen. Vor diesem Hintergrund sei eine Verbindung zwischen der beim Patienten bestehenden Migräne und der psychiatrischen Problematik durchaus möglich. Weiter führte der Gutachter aus, dass Kopfschmerzen durchaus zu einer Arbeitsunfähigkeit führen könnten, wenn gleich die Begründung einer langanhaltenden Arbeitsunfähigkeit in einem höheren Prozentsatz alleine durch Kopfschmerzen nur selten möglich und eher ungewöhnlich sei. Tatsache sei, dass beim Patienten seit rund acht Monaten keine Arbeitsunfähigkeiten mehr aufgetreten seien wegen der Migräne und auch nicht wegen der noch vereinzelt auftretenden Spannungskopfschmerzen, dies betreffe sein seit rund zwei Jahren ausgeübtes Arbeitspensum von 60 %. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hinzuweisen, dass der Patient vor der Hospitalisation in der Klinik E. \_\_\_\_\_ zum Teil jeden Monat häufige Migräneattacken gehabt habe. Bereits damals habe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bestanden. Seit der Hospitalisation im Oktober 2020 würden keine Migräneattacken mehr in Erscheinung treten. Trotzdem habe sich die Arbeitsfähigkeit seither nicht verbessert. Dies sei aus neurologischer Sicht bemerkenswert und deute darauf hin, dass nicht vorwiegend die Migränekopfschmerzen für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich seien. Die Spannungskopfschmerzen an sich führten wie bereits erwähnt, nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im aktuellen Pensum von 60 %. Auch Anfang 2020 habe es beim Patienten durchaus Monate gegeben wie im Februar oder im März 2020, in denen Migräneattacken nicht häufiger als ungefähr einmal im Monat aufgetreten seien. Vor diesem Hintergrund sei es aus neurologischer Sicht als unwahrscheinlich zu bezeichnen, dass die primären Kopfschmerzen des Patienten zu einer chronischen und erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne eines invalidisierenden Leidens führten. Natürlich seien auch weiterhin vorübergehende Arbeitsausfälle aufgrund der Migräneattacken durchaus möglich. In diesem Zusammenhang sei allerdings auch darauf hinzuweisen, dass der Patient die bei ihm als einzige offenbar relativ erfolgreiche prophylaktische Behandlung mit dem injizierbaren Medikament Aimovig seit mehr als einem Jahr nicht mehr eingesetzt habe, sodass offenbar kein relevanter Leidensdruck in Bezug auf die Migräneattacken seither bestanden habe. Der Patient arbeite aber aktuell seit rund

zwei Jahren nur 60 %, sodass es unklar erscheine, wie sich das Migräneleiden entwickeln würde bei einem höheren Arbeitspensum. Zusammenfassend werde aus neurologischer Sicht somit festgehalten, dass die primären Kopfschmerzen des Patienten für sich allein genommen nicht zu einer erheblichen und andauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, welche über die im psychiatrischen Gutachten attestierte 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinausginge. In Beantwortung der gestellten Fragen führte der Neurologe noch einmal aus, dass aufgrund der episodisch auftretenden Kopfschmerzen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % attestiert werden könne. Dementsprechend betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus neurologischer Sicht aktuell 80 %, wobei diese Tätigkeit als optimal angepasst eingestuft werden könne (IV-act. 70).

4.2 Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ging von einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell weitgehend remittiert, entweder als Ausdruck einer eigenständigen affektiven Störung (ICD-10 F33) oder einer jeweiligen Anpassungsstörung auf Belastungen und Stressfaktoren hin (ICD-10 F43.2) aus. Beurteilend führte er aus, beim Versicherten sei unter Beachtung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells von der Vulnerabilität/Disposition/Veranlagung für das Erleiden einer primär psychischen Störung auszugehen, so wie womöglich sein Vater alkoholabhängig und depressiv und auch seine Mutter depressiv gewesen sei, die auch einen Nervenzusammenbruch erlitten habe. Als Belastungsfaktoren seien beim Versicherten ein Arbeitsplatzwechsel 2001 und vor allem Arbeitsplatzbelastungen 2015, daneben ein Engagement in der Gemeinde mit grosser Verantwortung, ausserdem familiäre Stressfaktoren, die Familiengründung und Geburt zweier Söhne, die Erkrankung eines Sohnes mit unklarem Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom aufgetreten. Es sei nachvollziehbar, dass der Versicherte insbesondere in den Jahren 2015/2016 eine Vielzahl von Belastungen erlitten habe, die zum erneuten Auftreten des depressiven Syndroms im Sinne von Triggerfaktoren beigetragen hätten. Die endgültige Zuordnung, ob nun wiederholte Episoden einer Anpassungsstörung oder einer rezidivierenden depressiven Erkrankung vorgelegen hätten, könne nicht getroffen werden, da der Versicherte seit 2015 das Venlafaxin als Antidepressivum einnehme und hierunter in den vergangenen Jahren eine Besserung erfahren habe, sodass der klare Krankheitsverlauf von episodischer Depression und insbesondere auch der Ausprägungsgrad als sinnvollerweise behandelt und kuptiert betrachtet werden könne. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht ergebe sich also unter Berücksichtigung des aktuellen Befundes, der ohne Pathologika gewesen sei, eine weitgehende Remission der Depression.

Die Arbeitsfähigkeit schätzte der Sachverständige auf 80 % ein. Eine weitergehende Minderung, etwa um 40 % der Leistungsfähigkeit oder Minderung der Präsenzzeit, konnte er nicht nachvollziehen. Dabei verwies er einerseits auf den positiven Behandlungsverlauf und andererseits auf die fehlende Symptomatik. Bei erhaltener Work-Life-Balance könne der Versicherte aktuell sehr wohl seinen Aktivitäten unter anderem im sozialen Bereich normal nachgehen. Er habe sowohl familiäre Kontakte zu seinen Eltern und Geschwistern als auch soziale Kontakte zu Kollegen in F.\_\_\_\_\_. Besonders gross sei die Freude in der Natur bei Wanderungen, beim Töff fahren, bei Unternehmungen mit Kollegen oder bei Arbeiten im Gemüsegarten. Seine Argumentation, er sei bereits mit der 60%igen Tätigkeit am "Anschlag", es würden auch stressbedingt Kopfschmerzen auftreten und er brauche den 40%igen Ausgleich zum Erhalt der Lebensqualität, stütze sich im Wesentlichen auf krankheitsfremde Faktoren. So habe er angegeben, schon als junger Mensch sehr viel geleistet zu haben und dann von der Familie nicht wertgeschätzt worden zu sein. Zudem habe er angegeben, Übermässiges geleistet zu haben neben der Arbeit und der Familiengründung auch für die Gemeinde. Er sei z.B. Präsident der G.\_\_\_\_\_ und im H.\_\_\_\_\_ gewesen und habe im I.\_\_\_\_\_ mitgearbeitet. Es werde erkannt, dass er in seiner Arbeitstätigkeit bei der J.\_\_\_\_\_ AG sehr erfolgreich gearbeitet und womöglich zu Zeiten der anderweitigen Belastungen noch Überstunden und Mehrarbeit erbracht habe, was dann nachvollziehbar und evident zu einer Work-Life-Dysbalance geführt und im Sinne eines Burnouts bei bekannter Disposition die depressive Symptomatik verstärkt habe. Aktuell und weiterhin sei allerdings eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, wenn durch anhaltende Unterstützung psychiatrischer und psychotherapeutischer Art das erneute Auftreten einer weiterreichenden Work-Life-Dysbalance mit überschüssender Zeit an der Arbeitsstelle, zu viel Verantwortung und zusätzlichen Gemeindeaktivitäten vermieden werden könne.

Gemäss Gutachter müsse entweder eine akute Symptomatik als Ausdruck einer chronifizierten primär psychischen Störung oder ein andauernder psychischer Gesundheitsschaden beschreibbar sein, wolle man von einer Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit um mehr als 20 % oder gar 40 % im Längsschnitt ausgehen. Beides sei beim Versicherten nicht der Fall. Er erleide aktuell insbesondere nach dem Aufenthalt in der Klinik E.\_\_\_\_\_ keine andauernde Symptomatik einer solchen Ausprägung, dass von einer chronischen psychischen Erkrankung auszugehen wäre. Vielmehr sei hier die Restsymptomatik der Erschöpfung am frühen Nachmittag postprandial als unspezifisch zu betrachten und er erleide – wolle man die unterschiedlichen Aktivitätsbereiche im Leben

berücksichtigen – keinen psychischen Gesundheitsschaden, der ihn in seiner Teilhabe des alltäglichen Lebens einschränken würde (IV-act. 71).

4.3 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht betrage aktuell für sämtliche Tätigkeiten 80 % ohne weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde mit den episodisch auftretenden primären Kopfschmerzen, welche für sämtliche Tätigkeiten eine gewisse Einschränkung darstellten, begründet. Aus psychiatrischer Sicht bestehe zurzeit eine Einschränkung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit unter der Annahme einer rezidivierenden depressiven Erkrankung um andauernd lediglich 20 %. Interdisziplinär ergebe sich somit gesamthaft eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ohne weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit. Die Einschränkungen aus neurologischer und psychiatrischer Sicht seien hierbei nicht als additiv zu betrachten (IV-act. 70 S. 31 f. und IV-act. 71 S. 25).

5. Zunächst ist das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ vom 11. Juni 2021 auf seine Beweiskraft hin zu überprüfen.

5.1 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, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

5.2 Das bidisziplinäre Gutachten ist umfassend, basiert auf Kenntnis der Vorakten und einer eingehenden psychiatrischen sowie neurologischen 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.

5.2.1 Dem Einwand des Beschwerdeführers, wonach seine Arbeitsfähigkeit je aus neurologischer und aus psychiatrischer Hinsicht um 20 % reduziert und damit die Arbeitsun-

fähigkeit insgesamt höher als 20 % zu gewichten sei, kann nicht gefolgt werden. Gemäss konstanter Rechtsprechung besteht häufig kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt, und eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten je nach den konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen kann. Der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht gerade darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (BGer 9C\_461/2019 vom 22. November 2019 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

Im vorliegenden Fall erfolgte eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, im Rahmen derer die Gutachter auch die rechtsrelevante Frage nach einer Überschneidung oder Kumulation der einzelnen ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten beantworteten. Sie wiesen dabei darauf hin, dass die Einschränkungen aus neurologischer und psychiatrischer Sicht nicht als additiv zu betrachten seien (IV-act. 70 S. 31 f. und IV-act. 71 S. 25). Dem konnte sich auch RAD-Arzt K. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2021 (IV-act. 74) anschliessen. Weshalb das Gericht davon abweichen sollte, erschliesst sich nicht, zumal diese Frage gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung betrifft, welcher das Gericht grundsätzlich folgt. Kommt hinzu, dass selbst dem Gericht die Nichtkumulation angesichts der erhobenen Krankheitsbilder (Migräne und weitgehend remittiertes rezidivierendes depressives Syndrom) ohne weiteres einleuchtet. Im Übrigen zeigt auch der Beschwerdeführer selbst nicht auf, weshalb sich die beiden Arbeitsunfähigkeiten von 20 % aufgrund der Migräneattacken und der depressiven Störung gerade addieren sollten.

5.2.2 Wie in der angefochtenen Verfügung zutreffend festgestellt wurde, hat sich der psychiatrische Sachverständige im Rahmen seiner Beurteilung auch eingehend mit der von ihm abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. L. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt und begründend aufgezeigt, weshalb die anhaltende Attestierung einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden kann. Der Gutachter nannte in diesem Zusammenhang den positiven Behandlungsverlauf, die fehlende Symptomatik, die ausserberuflichen Aktivitäten und Kontakte sowie die krankheitsfremden Faktoren. Darauf kann

verwiesen werden (IV-act. 71 S. 23 f.). Das Gleiche hat im Hinblick auf die neurologische Begutachtung zu gelten. Der neurologische Sachverständige stellte fest, dass beim Beschwerdeführer seit rund acht Monaten keine Arbeitsunfähigkeiten mehr aufgetreten seien, weder aufgrund der Migräne noch aufgrund der vereinzelt auftretenden Spannungskopfschmerzen. Trotzdem habe sich die Arbeitsfähigkeit seither nicht verbessert, was darauf hindeute, dass nicht vorwiegend die Migränekopfschmerzen für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich seien (vgl. IV-act. 70 S. 26). Angesichts dessen erscheint die Schlussfolgerung des Gutachters schlüssig, wonach die primären Kopfschmerzen für sich allein genommen nicht zu einer erheblichen und andauernden Einschränkung führten, welche über die im psychiatrischen Gutachten attestierte 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinausginge. Der Neurologe zeigt somit ebenfalls nachvollziehbar auf, weshalb die seit Jahren attestierte 40%ige Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden kann. Attestiert der behandelnde Arzt dem Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die Gutachter, kann er daraus somit nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der Vollständigkeit halber ist in diesem Zusammenhang sodann auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGer 8C\_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5). 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. Therapiekräfte 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\_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2), was vorliegend allerdings nicht der Fall ist.

5.2.3 Soweit der Beschwerdeführer weiter einwendet, die Ausführungen der Gutachter, wonach er sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit gleichermaßen 20 % eingeschränkt sein solle, sei nicht nachvollziehbar, kann ihm ebenso wenig gefolgt werden. Wie die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Vernehmlassung zutreffend festgestellt hat, waren sich die Gutachter der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers durchaus bewusst. Sowohl der neurologische als auch der psychiatrische Sachverständige erwähnten unter dem Anforderungsprofil die bisherige Tätigkeit als Abteilungslei-

ter Metallbau bzw. Mitglied der Geschäftsleitung in einem 100%-Pensum (vgl. IV-act. 70 S. 6 und IV-act. 71 S. 4). Ebenfalls hatten die Gutachter Kenntnis über den Rücktritt aus der Geschäftsleitung und die Abgabe der Vorgesetztenfunktion (vgl. IV-act. 70 und 71 je S. 17). Wie aus dem psychiatrischen Gutachten hervorgeht, kamen neben den Überstunden und der Mehrarbeit bei seiner beruflichen Tätigkeit in der Vergangenheit noch die zahlreichen Tätigkeiten und Verantwortungen ausserhalb der Arbeit hinzu, die schliesslich zu einer Work-Life-Dysbalance führten und im Sinne eines Burnouts bei bekannter Disposition die depressive Symptomatik verstärkten (vgl. IV-act. 71 S. 24). Angesichts dessen ist der Beschwerdegegnerin Recht zu geben, dass es einleuchtet, wenn der psychiatrische Sachverständige daraufhin zum Schluss kommt, eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sei zumutbar, wenn mit einer Weiterführung der psychiatrischen Behandlung das Auftreten einer weiterreichenden Work-Life-Dysbalance mit überschüssender Zeit an der Arbeitsstelle, zu viel Verantwortung und zusätzlichen Gemeindeaktivitäten vermieden werden könne. Um eine Überforderung zu vermeiden, ist somit auch eine anhaltende Reduktion der Aktivitäten und Verantwortungen ausserhalb der Arbeit erforderlich. Dass es sich bei der bisherigen Tätigkeit bereits um eine optimal angepasste Tätigkeit handelt, die nunmehr aber lediglich noch zu 80 % ausgeübt werden kann, erscheint nach dem soeben Ausgeführten somit nachvollziehbar.

5.3 Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass sich die Vorbringen des Beschwerdeführers insgesamt nicht als stichhaltig erwiesen haben, um die ausschlaggebende Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens in Frage zu stellen. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das genannte Gutachten vom 11. Juni 2021 als beweiskräftig angesehen hat.

6. Im Nachgang zur Begutachtung von Juni 2021 ist für den Zeitraum vom 2. bis 29. September 2021 ein stationärer Aufenthalt in der Klinik E. \_\_\_\_\_ aktenkundig. Wie sich aus dem Zuweisungsschreiben des behandelnden Psychiaters vom 18. August 2021 (IV-act. 82) und dem entsprechenden Austrittsbericht der Klinik vom 15. Oktober 2021 (IV-act. 83) ergibt, war Grund für die psychische Dekompensation insbesondere der Umstand, dass der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz wieder mehr Verantwortung übernehmen und mehr als 60 % arbeiten musste. Er musste die Aufgaben des Abteilungsleiters übernehmen, welcher für längere Zeit in den Ferien weilte. Zudem war der Beschwerdeführer durch eine Knieoperation seiner Ehefrau zusätzlich belastet. Deshalb entwickelte sich Mitte August 2021 eine manifeste depressive Symptomatik, sodass der behandelnde Psychiater ab diesem Zeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte.

Die Ärzte der Klinik E. \_\_\_\_\_ diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig. Im Verlauf des Klinikaufenthalts konnte sich der Beschwerdeführer gut stabilisieren, sodass er in klinisch stabilem psychischen Zustand nach Hause entlassen werden konnte. Angesichts des soeben Ausgeführten ist es nicht von der Hand zu weisen, dass es im Sommer 2021 zu einer (zumindest) temporären Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes gekommen ist, was auch RAD-Arzt K. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 10. Dezember 2021 (IV-act. 84) anerkannt hat. Gleichzeitig wies er aber auch völlig zu Recht darauf hin, dass von einer Behandelbarkeit der depressiven Störung und einer Remission auf Vorniveau nach Wegfall der Belastungsfaktoren auszugehen sei. Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle anzumerken, dass es bereits im Vorfeld dieses stationären Aufenthalts in den Jahren 2015, 2019 und 2020 zu Belastungssituationen in Folge von Stress und Überbelastung am Arbeitsplatz, zahlreichen Ehrenämtern und Vorstandsmitgliedschaften sowie schwieriger familiärer Situation und einer damit einhergehenden psychischen Dekompensation gekommen ist, die im Herbst 2015 einen stationären Aufenthalt in der Klinik M. \_\_\_\_\_ und im Herbst 2020 in der Klinik E. \_\_\_\_\_ zur Folge hatte. Dabei konnte der Beschwerdeführer von den stationären Aufenthalten jeweils gut profitieren, sodass die depressive Symptomatik bei Austritt im Herbst 2015 vollständig remittiert war und sich die bei Eintritt im Oktober 2020 gezeigte mittelgradig ausgeprägte depressive Störung bei Austritt Mitte November 2020 ebenfalls stark verbessert hatte (vgl. Bericht der Klinik M. \_\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2015 [IV-act. 13 S. 7 ff.] und Austrittsbericht der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2020 [IV-act. 58]). Auch im März 2019 trat eine Remission der depressiven Symptomatik innert weniger Monate ein (vgl. RAD-Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 [IV-act. 50]). Angesichts dessen ging RAD-Arzt K. \_\_\_\_\_ bereits im Februar 2021 davon aus, dass dieser Sachverhalt eher die These des PMEDA-Gutachters von temporären depressiven Phasen im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung stütze (vgl. IV-act. 60).

Um im Nachgang zum dritten stationären Aufenthalt vom September 2021 die Frage zu beantworten, ob die depressive Störung inzwischen wiederum remittiert ist, oder ob von einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Begutachtung auszugehen ist, holte die IV-Stelle auf Empfehlung des RAD beim langjährig involvierten Psychiater Dr. L. \_\_\_\_\_ den Verlaufsbericht vom 17. Januar 2022 (IV-act. 86) ein. Doktor L. \_\_\_\_\_ hielt darin einen stationären Gesundheitszustand fest. Gleichzeitig merkte er an, dass es gegen Ende des Jahres 2021 zur Beendigung des bisherigen Arbeitsverhältnisses und zum Austritt aus der Firma gekommen sei. Dies habe –

zumindest vorübergehend – zu einer gewissen Entlastung und Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung geführt, wobei sich bei nun neu ergebenden Belastungen ein Wiederauftreten der bisherigen Psychopathologie zeige. Ab Dezember 2021 geht er neu von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Auch wenn Dr. L. \_\_\_\_\_ neu eine 50%ige und nicht mehr wie bis anhin eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, kann die daraus abgeleitete angebliche dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht nachvollzogen werden. Einerseits spricht er selbst von einem stationären Gesundheitszustand seit der Entlassung aus der Klinik E. \_\_\_\_\_ – im Verlauf dieses stationären Aufenthalts konnte jedoch gerade eine gute Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes erzielt werden – und einer sich in der Folge weiterhin verbesserten gesundheitlichen Verfassung und andererseits verweist er bei neu ergebenden Belastungen auf das Wiederauftreten der bisherigen Psychopathologie. Damit ergeben sich aus dem Verlaufsbericht aber keinerlei Anhaltspunkte für eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung. Vielmehr bestätigt sich die bisherige Problematik, dass es bei Belastungssituationen zu einer Dekompensation und damit einer temporären depressiven Phase im Sinne der rezidivierenden depressiven Störung kommt. Es ist mithin lediglich von einer vorübergehenden Verschlechterung auszugehen. Ein weiterer stationärer Aufenthalt gegen Ende 2021 bzw. Anfang des neuen Jahres ist denn auch nicht aktenkundig. Auch wenn entgegen der Auffassung des RAD-Arztes K. \_\_\_\_\_ der behandelnde Arzt nicht von einer Remission der Depression auf Vorniveau spricht, kann dem RAD-Arzt nach dem soeben Ausgeführten dennoch dahingehend gefolgt werden, dass die abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. L. \_\_\_\_\_ nicht einer substantiellen Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung, sondern der anderen Beurteilung der Leistungsfähigkeit gegenüber den therapeutenunabhängigen Gutachern geschuldet ist. Insofern kann weiterhin auf das bidisziplinäre Gutachten vom 11. Juni 2021 abgestellt werden. Mit der Beschwerdegegnerin ist somit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen Tätigkeit auszugehen.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren zu Recht abgewiesen, sich die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2022 mithin als rechtmässig erwiesen hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist.

8. Nachdem der medizinische Sachverhalt mit dem bidisziplinären Gutachten umfassend geklärt ist und dem Gutachten volle Beweiskraft zukommt, sind von einer weiteren

Begutachtung des Beschwerdeführers keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass sein Antrag in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d). Schliesslich kann der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht i.S.v. Art. 43 ATSG vorgehalten werden.

9. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensausgang 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, welche 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, 20. Februar 2024

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am