



# 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 Jeannine Suter

U R T E I L vom 30. August 2021 *[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 2019 114

A. Der 1968 geborene A.\_\_\_\_\_ meldete sich mit Gesuch vom 11. Februar 2013 mit dem Hinweis auf Rückenbeschwerden nach einem Sturz bei der Arbeit am 23. April 2012 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Dies, nachdem die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 11. Januar 2013 mangels Unfallkausalität der noch bestehenden Beschwerden abgelehnt hatte (IV-act. 10 S. 69 ff.; bestätigt mit VGer ZG S 2013 112 vom 27. Mai 2014 und BGer 8C\_524/2014 vom 20. August 2014). Die IV-Stelle des Kantons Zug (nachfolgend IV-Stelle) klärte in der Folge die medizinischen und erwerblichen Verhältnisse ab und zog die Akten der SUVA bei. Mit Vorbescheid vom 13. März 2014 kündigte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens an (IV-act. 24). Im Rahmen des darauffolgenden Einwandverfahrens wurde A.\_\_\_\_\_ von der MEDAS C.\_\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet (Orthopädie, Chirurgie/Unfallchirurgie, Psychiatrie, Innere Medizin und Neurologie; Gutachten vom 5. Januar 2015; IV-act. 36). Mit Verfügung vom 20. August 2015 hielt die IV-Stelle am Vorbescheid fest und wies das Leistungsbegehren bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 20 % ab (IV-act. 82). Die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde mit Urteil S 2015 127 des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 10. März 2016 abgewiesen. Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Mit Gesuch vom 26. Januar 2018 meldete sich A.\_\_\_\_\_ erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 113). Die IV-Stelle trat in der Folge auf die Neuanschuldung ein (vgl. IV-act. 119), tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und liess ihren regionalen ärztlichen Dienst (RAD) Stellung nehmen. Mit Vorbescheid vom 4. Mai 2018 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 129). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ Einwände erheben und insbesondere einen Antrag auf psychiatrische Begutachtung stellen (IV-act. 130 und 133). Am 28. August 2018 teilte die IV-Stelle mit, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine medizinische Untersuchung (Psychiatrie) als notwendig erachte. Diese werde bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erfolgen (IV-act. 137). A.\_\_\_\_\_ zeigte sich daraufhin mit dem beauftragten Gutachter nicht einverstanden (IV-act. 139). Mit Zwischenverfügung vom 20. November 2018 hielt die IV-Stelle an der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_\_ fest (IV-act. 141), was unangefochten blieb. Doktor D.\_\_\_\_\_ erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 29. April 2019 (Untersuchung vom 9. April 2019; IV-act. 148). Der RAD nahm im Nachgang am 16. Mai 2019 eine versicherungspsychiatrische Würdigung vor (IV-act. 149). Mit Verfügung vom 11. Juli 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab und verneinte den Anspruch auf

eine Invalidenrente, nach erneuten Abklärungen und der Beurteilung des RAD bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 20. August 2015 (IV-act. 154 = Bf-act. 2).

B. Am 11. September 2019 liess A. \_\_\_\_\_ (fortan Beschwerdeführer) Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 11. Juli 2019 sei aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und zum Neuentscheid über den Anspruch auf eine Invalidenrente an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle. In prozessualer Hinsicht sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu bewilligen (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 12. September 2019 verlangte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts – unter Hinweis auf die Möglichkeit innert Frist ein nunmehr substantiiertes Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung einzureichen – vom Beschwerdeführer einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– (act. 2). Dieser wurde am 2. Oktober 2019 fristgerecht bezahlt (act. 3).

D. Am 3. Oktober 2019 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das ausgefüllte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nach § 27 VRG" mit entsprechenden Beilagen zu den Akten (act. 4).

E. Das Verwaltungsgericht teilte dem Beschwerdeführer bzw. seinem Rechtsvertreter mit Schreiben vom 7. Oktober 2019 mit, dass das Gericht davon ausgehe, dass trotz rechtzeitig einbezahltem Kostenvorschuss am Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege festgehalten, andernfalls um entsprechende Mitteilung ersucht werde. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführer unter Fristansetzung dazu aufgefordert, den Nachweis zu erbringen, dass das sich offenbar in seinem Eigentum befindliche Grundstück in E. \_\_\_\_\_ mit einem Steuerwert von Fr. 109'000.– weder höher belehnt noch mit einem Nettoerlös verkauft werden könne (act. 5).

F. Mit Schreiben vom 31. Oktober 2019 bat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers um Kenntnisnahme, dass es seinem Mandanten leider nicht möglich

sei, die vom Verwaltungsgericht am 7. Oktober 2019 verlangten Unterlagen zu beschaffen (act. 6).

G. Mit Verfügung vom 5. November 2019 lehnte das Verwaltungsgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mangels Bedürftigkeit ab (act. 7).

H. Die IV-Stelle (fortan auch Beschwerdegegnerin) schloss am 28. November 2019 vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (act. 8).

I. Am 20. Januar 2020 liess der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik verzichten und an den am 11. September 2019 gestellten Anträgen festhalten (act. 10).

J. Mit Eingabe vom 27. Juli 2020 liess der Beschwerdeführer den Austrittsbericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 einreichen (act. 12; Bf-act. 3). Die IV-Stelle nahm hierzu am 27. August 2020 Stellung (act. 14). Nach der Zustellung dieses Schreibens an den Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme (act. 15) gingen beim Gericht keine weiteren Eingaben mehr ein.

K. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 11. Juli 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. 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 11. September 2019 der Schweizerischen Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.2 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 [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. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die angefochtene Verfügung datiert vom 11. Juli 2019 und ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 12. Juli 2019 zugegangen (vgl. Bf-act. 2). Mit der am 11. September 2019 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG (15. Juli bis und mit 15. August) – als gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

1.3 Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit 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 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).

3.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Tritt die IV-Stelle auf die Neuanmeldung ein, hat sie abzuklären, ob eine solche (glaubhaft gemachte; vgl. dazu BGer 9C\_367/2016 vom 10. August 2016 E. 2.2) Veränderung tatsächlich eingetreten ist. Verneinendenfalls weist sie das Rentengesuch ab (BGE 117 V 198 E. 3a). Die Frage, ob eine erhebliche Tatsachenänderung im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhenden Verfügung (BGer 9C\_451/2018 vom 6. November 2018 E. 3).

Im Rahmen einer Neuanmeldung sind die Revisionsregeln analog anwendbar. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben

(Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3; BGer 9C\_496/2018 vom 21. November 2018 E. 4.1).

3.4 Zu berücksichtigen ist dabei, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (BGer 8C\_121/2021 vom 27. Mai 2021 E. 4.2.2; 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2; 8C\_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1, je mit Hinweisen).

### 3.5

3.5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2; 132 V 93 E. 4).

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; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.5.2 Die Feststellung einer revisionsbegründenden gesundheitlichen Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidenderheblichen

Differenz in Bezug auf Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befundes und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur massgeblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision – bzw. in analoger Anwendung zwecks Beurteilung einer Neuanschuldung (vgl. vorstehende E. 3.3) – erstellten Gutachtens hängt folglich auch davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (BGer 8C\_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2; 8C\_157/2014 vom 26. August 2014 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Es rechtfertigt sich, diese Rechtsprechung auch anzuwenden, wenn es evident ist, dass der Gesundheitszustand der versicherten Person unverändert geblieben ist (BGer 8C\_121/2021 vom 27. Mai 2021 E. 4.2.1).

3.6 Rechtsprechungsgemäss ist es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b).

So ist etwa wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen kommen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc; BGer 8C\_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 und 8C\_787/2013 vom 14. Februar 2014 je mit Hinweisen).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Verwaltung 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, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; BGer 8C\_452/2016 vom 27. September 2016 E. 3 mit Hinweisen).

Damit der Beweiswert von Berichten des RAD nach Art. 49 Abs. 2 IVV mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar ist, müssen sie den von der

Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die beurteilende RAD-Arztperson muss über die notwendige fachliche Qualifikation verfügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Es ist dabei nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4 mit zahlreichen Hinweisen). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; BGer 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3).

3.7 Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist. Hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanter Sachumstände, das heisst nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallender Geschehensabläufe ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (BGE 126 V 353 E. 5b; BGer 9C\_541/2011 vom 7. Dezember 2011 E. 5.1; 9C\_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit Hinweisen).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen, gestützt auf die Berichte des behandelnden Dr. med. G. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Februar und 19. März 2018 sei aus psychiatrischer Sicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands Anfang 2017 auszugehen (Arbeitsunfähigkeit von 60–70 % in einer angepassten Tätigkeit). Die Negierung einer depressiven Erkrankung im Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2019 sei angesichts der klaren Diagnosestellung von Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht plausibel und nachvollziehbar. Insbesondere lasse das Gutachten jegliche Auseinandersetzung mit der entgegengesetzten Auffassung von Dr. G. \_\_\_\_\_ und dessen Berichten vermissen. Zudem sei selbst gestützt auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ (auch ohne Diagnose einer depressiven Störung) im Vergleich zum früheren MEDAS-Gutachten von einer Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Doktor D. \_\_\_\_\_ diagnostiziere immerhin eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Zudem halte er bei der Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wesentlich mehr

Einschränkungen fest, als dies im MEDAS-Gutachten der Fall gewesen sei. Aufgrund des Berichts von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 4. September 2017, bestehe der Anschein, dass sich die Situation auch aus somatischer Sicht kontinuierlich verschlechtert habe. Die medizinische Situation erweise sich zusammengefasst als ungenügend abgeklärt. Zudem seien die Wechselwirkungen zwischen den psychischen und somatischen Beschwerden ergänzend zu durchleuchten. Es dränge sich eine polydisziplinäre Begutachtung und eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auf (act. 1 S. 4 ff.).

4.2 Die Beschwerdegegnerin bringt vernehmlassend im Wesentlichen vor, der Beschwerdeführer habe mit der Einwandbegründung vom 3. Juli 2018 ausdrücklich eine psychiatrische Begutachtung verlangt. Eine solche sei durchgeführt worden. Das Gutachten vom 29. April 2019 beurteile und erfasse den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in fachärztlich psychiatrischer Hinsicht umfassend und sei nachvollziehbar begründet. Die von Dr. D.\_\_\_\_\_ genannten Inkonsistenzen zeigten zudem, dass durchaus Hinweise für eine aktuelle oder im Verlauf stattgefundenene bewusstseinsnahe Aggravation vorliegen würden. Hierzu sei auch auf die Stellungnahme des damaligen RAD-Psychiaters vom 26. April 2018 hingewiesen, welcher bereits damals die Widersprüchlichkeiten der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_\_ sowie die fehlende Beschreibung klar abgegrenzter depressiver Phasen aufgedeckt habe. Hinsichtlich der geltend gemachten Verschlechterung gestützt auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_\_ im Vergleich zum früheren MEDAS-Gutachten sei darauf hingewiesen, dass es sich dabei lediglich um eine zusätzliche Diagnose handle. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben aber unter einem invalidenversicherungsrechtlichen Niveau. Doktor H.\_\_\_\_\_ könne keine orthopädischen Ursachen für das chronische Schmerzsyndrom verantwortlich machen. Seit der Beurteilung durch den RAD am 17. April 2018 lägen keine neuen Berichte oder sonstige Befunde vor, welche dazu veranlassen würden, weitere somatische Abklärungen durchzuführen. Konkrete Kritik an der Beurteilung des RAD vom 17. April 2018 übe weder der Beschwerdeführer noch irgendein somatisch ausgerichteter behandelnder Arzt. Der Beschwerdeführer zeige nicht auf, inwiefern allfällige Wechselwirkungen, ausgehend von einer psychiatrischen Schmerzdiagnose, sich auf die somatischen und somit grundsätzlich objektivierbaren Kapazitäten auswirken sollten (act. 8).

5. Der im vorliegenden Fall massgebliche Vergleichszeitraum (vgl. hierzu auch BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3) erstreckt sich von der Verfügung der IV-Stelle vom 20. August 2015, mit welcher ein Rentenanspruch des Versicherten bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 20 % verneint wurde (IV-act. 82), bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2019 (IV-act. 154). Entscheidend ist die Frage, ob innerhalb dieses Vergleichszeitraums eine anspruchserhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist.

6. In der Verfügung vom 20. August 2015 (IV-act. 82) stellt die IV-Stelle massgeblich auf das Gutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2015 (IV-act. 36) ab.

6.1 Die Ärzte der MEDAS C. \_\_\_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Orthopädie, Chirurgie/Unfallchirurgie, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie.

6.1.1 Aus interdisziplinärer Sicht hielten die MEDAS-Gutachter als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (in angestammter Tätigkeit) den klinisch und radiologisch dringenden Verdacht auf ein Hüftimpingement links fest. Sämtliche weiteren Diagnosen aus allen Fachgebieten wurden als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (1. Chronisch wiederkehrende Zervikodorsolumbalgien bei beginnenden degenerativen HWS-, BWS und LWS-Veränderungen, zervikalen, thorakalen und lumbalen Bandscheibenprotrusionen und geringer Wirbelsäulenfehlstatik in Form eines Rundrückens; 2. Wiederkehrende Thoraxschmerzen links ohne sicheres Korrelat; 3. Fussfehlstatik in Form eines Spreizfusses beidseits; 4. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, Persönlichkeitsakzentuierung [ICD-10 F68.0]; 5. Labile arterielle Hypertonie; 6. Unklare Leberzyste rechts; 7. Untergewicht, BMI <20 kg/m<sup>2</sup>; 8. Status nach Helicobacter-Eradikation bei gastroscopisch eher milder Gastritis; 9. Status nach Entfernung zweier Polypen aus dem Colon transversum von 5 resp. 7 mm, Abklärung wegen Analschmerzen, nach wie vor ohne Korrelat; 10. Prostatahyperplasie, abklärungsbedürftig). Die Arbeitsfähigkeit als Bauarbeiter (ausgehend von einem Job-Profil mit schwerer Arbeit) scheine mit der Hüftaffektion links (klinisch und radiologisch Impingement-Situation) bei Status nach Sturz auf diese Seite nicht mehr gegeben zu sein, dies obschon die Beschwerden klinisch beim orthopädischen Teilgutachter nicht so ausgeprägt gewesen seien wie beim chirurgischen Teilgutachter. Alle Teilgutachter kamen zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit liege bei 100 %, d.h. 8,5 Stunden pro Tag ohne Leistungsminderung. Der Versicherte könne mit

Sicherheit mittelschwere Arbeiten erledigen. Lange Gehstrecken seien aufgrund der Hüftaffektion links nicht zu empfehlen. Aus gutachterlicher Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis ca. zwei Monate nach dem Unfall 2012 konstatiert werden. Weitere Arbeitsunfähigkeiten seien nicht nachvollziehbar (IV-act. 36 S. 23 ff.).

6.1.2 Aus psychiatrischer Sicht hielt Teilgutachter Dr. med. I. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere fest, insgesamt ergäben sich aufgrund der Gesamtsituation keine Hinweise für relevante psychiatrische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) sowie die Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1). In der psychiatrischen Untersuchung sei allerdings aufgefallen, dass der Versicherte zu Überbewertung von normalen Körperwahrnehmungen neige und diese auch fehlinterpretiere. Negative Untersuchungsbefunde hätten bislang nicht zu einer Entlastung des Versicherten, sondern teilweise sogar zu einer Verstärkung seiner Beschwerden geführt. Der Versicherte vermittele zeitweilig auch in der Untersuchungssituation einen schmerzempfindsamen und unangemessen leidenden Eindruck, eine authentisch wirkende depressive Stimmungslage könne nicht erkannt werden. Die psychischen Symptome zu Anfang und auch in der späteren Zeit nach dem Unfall hätten allenfalls einer Anpassungsstörung entsprochen. Weil das Ereignis schon längere Zeit zurück liege, könne aufgrund der ICD-Kriterien die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht mehr gestellt werden. Aus differenzialdiagnostischen Überlegungen heraus sei für die Diagnose "ICD-10 F68.0: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen" entschieden worden. Dabei seien körperliche Symptome gemeint, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung, Krankheit oder Behinderung, welche jedoch wegen des psychischen Zustandes des Betroffenen aggraviert werde oder länger anhalte. Die Grundlage dafür bilde beim Versicherten eine Persönlichkeits- und Verhaltensakzentuierung im Sinne einer Persönlichkeitsvariante mit histrionischen, narzisstischen Zügen. Diesem Zustandsbild könne allerdings keine relevante psychiatrische Bedeutung beigemessen werden, da ein Grossteil der Beschwerden bewusstseinsnah erfolge und dies bei entsprechender willentlicher Anstrengung im Bedarfsfall korrigierbar wäre. Hierzu verfüge der Versicherte über eine ausreichende Introspektionsfähigkeit. Eine krankheitsbedingte Einschränkung der Kritikfähigkeit in Bezug auf die Störung bestehe nicht. Unter Berücksichtigung der noch erhaltenen psychischen Funktionen in Anlehnung an Mini-ICF, ergäben sich im Bereich der Aktivitäten und der Partizipation allenfalls leichte Störungen. In Bezug auf die

unzureichenden Deutschkenntnisse trotz normaler Intelligenz und langer Anwesenheit in der Schweiz, scheine der Versicherte vorwiegend motivational bedingte Schwächen und Schwierigkeiten beim Lernen und bei der Wissensanwendung zu haben. Diese spielten jedoch in dem Beruf eines Bauhelfers aus psychiatrischer Sicht keine relevante Rolle. Dies gelte auch für eine leidensangepasste Verweistätigkeit. Die praktischen Aufgaben scheine er stets kompetent ausgeführt zu haben. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung sei auch keine relevante Störung der Kommunikation erkennbar gewesen. Auch die Aufmerksamkeitsfokussierung sei nicht gestört gewesen. Die interpersonelle Interaktion und das Gemeinschaftsleben erschienen ebenfalls gut funktionsfähig, auch die Mobilität. Die Selbstversorgung könnte wohl unproblematisch wieder erlernt werden. In Bezug auf die Durchhaltefähigkeit habe in der Untersuchungssituation keine erkennbare Beeinträchtigung bestanden; diese sei auch im Berufsleben nicht zu erwarten. In angestammter Tätigkeit (Bauhelfer) wie in einer ideal angepassten Verweistätigkeit sei der Explorand zu 100 % arbeitsfähig (Leistung 100 %, Präsenzzeit 8,5 Stunden). Es habe retrospektiv nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-act. 36 S. 39 ff.).

In Würdigung der damaligen Aktenlage hielt der Gutachter insbesondere fest, Symptome wie sie Dr. med. J. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, schildere (Bericht vom 21. Februar 2014), würden vom Versicherten gegenwärtig nicht so dramatisch beschrieben. Die vom Arzt genannten Defizite seien in der Untersuchungssituation nicht erkennbar gewesen und es handle sich allenfalls um rein subjektive Beschwerden des Versicherten im Rahmen der vorhandenen Persönlichkeitsstruktur, welche jedoch keine Auswirkungen auf seinen beruflichen Einsatz bewirkten. Aus rein psychiatrischen Gründen sei der Versicherte daher in der Lage einer Arbeit nachzugehen, die beschriebene Akzentuierung der von ihm beobachteten Symptomatik werde vom Versicherten in entsprechender, ihm eigener Weise ausgestaltet. Dies entspreche jedoch keinem relevanten psychiatrischen Zustandsbild, auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor (IV-act. 36 S. 40).

6.2 Gestützt darauf anerkannte die IV-Stelle aufgrund des klinisch und radiologisch festgestellten Hüftimpingements (links) eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter. In einer Verweistätigkeit (mittelschwere Arbeit, ohne lange Gehstrecken) schloss sie auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, nahm einen Einkommensvergleich vor und ermittelte unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10 % einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 20 % (IV-act. 82). Dies wurde vom Verwaltungsgericht mit Urteil S 2015 127 vom 10. März 2016 bestätigt und

dabei insbesondere die volle Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens festgestellt. Das Gericht hielt weiter fest, die Beweiskraft des Gutachtens würde auch nicht durch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung in den nachfolgenden Arztberichten geschmälert. Eine solche liege nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht vor (vgl. hierzu E. 6.2.2.3 und 6.3 des erwähnten Urteils).

7. Bei der aktuellen Abweisung des Leistungsbegehrens des Versicherten (IV-act. 154) stützte sich die IV-Stelle in psychiatrischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2019 (IV-act. 148) und in somatischer Hinsicht auf die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt Praktischer Arzt, vom 17. April 2018 (IV-act. 127).

7.1 RAD-Arzt Dr. K. \_\_\_\_\_ hielt am 17. April 2018 fest, entgegen seiner ersten Einschätzung (vgl. IV-act. 118) würden die nachträglich eingereichten Arztberichte nicht zwingend auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des 49-jährigen Versicherten nach Erlass der letzten Verfügung vom August 2015 hindeuten. Seinerzeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit angenommen worden. Aus rein somatischer Perspektive sei keine wesentliche und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustands zu erkennen. Ob aus psychiatrischer Sicht eine Veränderung bzw. Verschlechterung angenommen werden müsse, solle von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beurteilt werden (IV-act. 127).

7.2 Doktor D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 29. April 2019 in der Folge eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei somatischen (organpathologischen) Befunden nach einem Arbeitsunfall am 23. April 2012 mit Status nach Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) bei akzentuierten (narzisstisch, histrionischen) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1). Zusammenfassend sei im Fall des Versicherten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht die in den Akten vorgeschlagene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu bestätigen. Als Teil bzw. Ausdruck dieser Störung zeige der Versicherte immer wieder unterschiedlich ausgeprägte niedergeschlagen-ängstliche Verstimmungen; auf akzentuierte Persönlichkeitszüge und soziale Belastungen sei dabei ebenso hinzuweisen. Aufgrund der vom Exploranden seit 2012 subjektiv erlebten körperlichen Schmerzen und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat, sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10 F45.4 eine anhaltende

Schmerzstörung zu diskutieren. Dies werde in den Akten auch regelmässig vorgeschlagen, dort jedoch jeweils nicht differenziert erörtert. Die Differenzialtypologie gemäss ICD-10, die seit 2009 zur Verfügung stehe, umfasse bezüglich der Kategorie F45.4 (anhaltende Schmerzstörung) mit F45.40 eine "anhaltende somatoforme Schmerzstörung" und mit F45.41 eine "chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren". Dies begründe jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine wesentliche Unterscheidung (IV-act. 148 S. 22 f.). Gutachter Dr. D. \_\_\_\_\_ diskutiert in der Folge die diagnostischen Kriterien von F45.40 eingehend und kommt für den Versicherten zusammenfassend zum Schluss, dass die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung nur teilweise erfüllt seien. Die Forderung nach ursächlichen psychischen Faktoren ("emotionaler Konflikt") sei unklar. Es stünden soziale Belastungen im Vordergrund. Es sei deshalb die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diskutieren. Diese Kriterien gemäss ICD-10 F45.41 seien beim Versicherten im Verlauf nach dem Unfallereignis im April 2012 "nach und nach" erfüllt und würden in den Akten entsprechend zugeordnet. Die Schmerzstörung sei Folge des Arbeitsunfalls, der zunächst zu einer Anpassungsstörung und dann zur Entwicklung körperlicher Symptome aus psychiatrischen Gründen geführt habe. Ab wann genau im weiteren Verlauf nach Januar 2015 von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren auszugehen sei, lasse sich aufgrund hierfür ungenügender Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schätzen (IV-act. 148 S. 23 ff.).

Inwiefern eine eigenständige somatoforme autonome Funktionsstörung (des unteren Verdauungssystems, ICD-10 F45.32) vorliegen solle, werde in den Akten nicht erläutert. Anlässlich der aktuellen Untersuchung seien keine entsprechenden Belege zu finden. Das vom Versicherten beschriebene somatoforme Syndrom gehe in der Kategorie F45.41 auf (IV-act. 148 S. 25).

Die akzentuierten Persönlichkeitszüge des Exploranden (sog. Z-Kodierung) stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten einer Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besitzen würden (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Im Fall des Versicherten seien keine Belege vorhanden, die annehmen liessen, dass die Eingangskriterien der Definition einer Persönlichkeitsstörung tatsächlich erfüllt seien. Eine entsprechende diagnostische Einordnung der Befunde werde in den Akten auch zu keinem Zeitpunkt vorgeschlagen (IV-act. 148 S. 25 f.).

Weitere (allfällig versicherungsmedizinisch relevante) Störungen gemäss ICD-10 könnten im Fall des Versicherten ebenfalls nicht begründet werden. Ein Suchtleiden sei ausdrücklich nicht vorhanden. Insbesondere seien auch die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode objektiv nicht erfüllt. Der Schweregrad erreiche bzw. habe das notwendige Ausmass nicht erreicht. Beim Versicherten haben bzw. hätten auch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge bestanden, um eine langdauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Eine relevante (und auch noch eigenständige) depressive Episode gemäss ICD-10 F3 bestehe bzw. habe somit nicht bestanden. Die niedergeschlagen-ängstlichen Verstimmungen des Beschwerdeführers liessen sich als Folge körperlicher Missempfindungen und sozialer Belastung interpretieren (IV-act. 148 S. 26 f.).

Die mit der Gesundheitsschädigung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht bis maximal sehr gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung, wie sie vom Versicherten für alle vergleichbaren Lebensbereiche [Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit und soziale Aktivitäten] beschrieben werde) sei – soweit sie allfällig somatisch begründbare Defekte übersteige – vollständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen (IV-act. 148 S. 28).

Eine wesentliche Veränderung (Verbesserung oder Verschlechterung) gegenüber der Begutachtung von 2015 lasse sich gegenwärtig aus versicherungspsychiatrischer Sicht weder aufgrund der Akten, noch aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse vom 9. April 2019 begründen. Eine relevante langdauernde Arbeitsunfähigkeit, die allfällig einer somatisch begründbaren Einschränkung hinzugerechnet werden könne, sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie den damit verbundenen Defiziten (inkl. einer rezidivierenden ängstlich-niedergeschlagenen Verstimmung) im Fall des Versicherten für keinen Zeitraum begründbar (IV-act. 148 S. 28 und S. 37).

Mit Verweis auf die "elegische Selbstdarstellung" in der Untersuchung vom 9. April 2019 hielt der Gutachter zudem fest, dass soziale Faktoren und eine bewusstseinsnahe Aggravation weit überwiegend auch den (weiteren) Verlauf der Störung beeinflussen würden (IV-act. 148 S. 40).

8. In Würdigung der Aktenlage ist evident, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der gutachterlichen Beurteilung vom 5. Januar 2015 im Rahmen der letzten materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs des Versicherten in somatischer Hinsicht im Wesentlichen unverändert geblieben ist bzw. sich die Befundlage nicht massgeblich verändert hat. Nebst der dahingehenden Einschätzung des RAD (vgl. vorstehende E. 7.1) lassen auch die übrigen Berichte der behandelnden Ärzte keinen anderen Schluss zu. Insofern ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung, dass die Beurteilung des RAD vom 17. April 2018 eher knapp ausfällt und sich auch nicht eingehend mit dem Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts auseinandersetzt (vgl. vorstehende E. 3.5).

8.1 So wird etwa in den Berichten des Spitals F. \_\_\_\_\_ festgehalten, der klinische Untersuchungsbefund sei mit dem Vorbefund seit Januar 2014 vergleichbar und dokumentiere (vor allem auch unter Berücksichtigung der zahlreichen apparativen Zusatzdiagnostik seit 2012) eine leichte funktionelle sensomotorische Hemisymptomatik links in Folge chronischer Schmerzempfindung. Eine Progredienz der sensomotorischen und teils hypokinetischen Symptomatik liege nicht vor. Der Patient empfinde eine Zunahme der bekannten Schmerzen seit Sistierung der regelmässigen physiotherapeutischen Behandlung (Bericht Neurologie vom 30. März 2016; IV-act. 110). Im Vergleich zur Erstbeurteilung 2014 zeige sich ein eher verbessertes Bewegungsmuster der linken Körperseite ohne die initial ausgeprägte, in der Untersuchung demonstrierte Hypokinesie der linken Körperseite und Fehlhaltung des Schultergürtels. Insgesamt liege keine Verschlechterung der Symptomatik vor. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Bericht Neurologie vom 16. August 2017; IV-act. 124 S. 12 f.). Der Patient leide seit mehreren Jahren relativ unverändert an linksthorakalen Beschwerden ohne bildgebend fassbares Korrelat. Zusätzlich hätten auf der gleichen Seite intensive Schulterschmerzen bestanden, diese seien im September 2017 sowohl bildgebend als auch mit klinischer Untersuchung bei Dr. H. \_\_\_\_\_ abgeklärt worden (Bericht Schmerzklinik vom 16. November 2017; IV-act. 124 S. 7 ff.). Der Patient berichte, aus Geldmangel und infolge Nichtbezahlens der Krankenkassenprämien aktuell den Protonenpumpeninhibitor (PPI) nur noch einmal täglich zu nehmen und auch Symbicort nur noch einmal täglich zu inhalieren. Die Lungenfunktion zeige im Vergleich zum Sommer 2017 eine Abnahme, somit handle es sich aktuell sowohl klinisch wie auch lungenfunktionell um eine partiell kontrollierte Situation. Dem Patienten sei erklärt worden, dass die Medikation wieder zweimal täglich eingenommen bzw. inhaliert werden solle (Bericht Pneumologie vom 26. Februar 2018; IV-act. 124 S. 3 f.).

8.2 Doktor H.\_\_\_\_\_ hielt am 18. September 2017 fest, in der durchgeführten Arthro-MRI-Untersuchung des linken Schulter- und Hüftgelenks zeigten sich keine neuen sicheren Hinweise auf eine Gelenkspathologie. Unter den aktuellen Gesichtspunkten scheine aus orthopädischer Sicht keine organische Ursache für das chronische Schmerzsyndrom verantwortlich zu sein (IV-act. 124 S. 10 f.).

8.3 Doktor med. L.\_\_\_\_\_, FMH Praktischer Arzt, erklärte am 19. März 2018 zuhanden der IV-Stelle, beim Beschwerdeführer bestehe seit einem Arbeitsunfall am 23. April 2012 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung der linken Körperseite und des Rückens. Verschiedenste Therapien inkl. Physiotherapie, Schmerzmedikamente und zweimalige stationäre Aufenthalte in Rehakliniken hätten keinerlei Besserung gebracht. Eine rheumatologische, neurologische und orthopädische Begutachtung habe keinerlei Hinweise auf eine organische Ursache ergeben und die Beschwerden seien im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung interpretiert worden. Der Patient sei in psychiatrischer Behandlung, jedoch habe auch dies bisher keine Besserung seiner anhaltenden Schmerzen gebracht. Bei seit ca. zwei Jahren bestehenden Atembeschwerden mit Dyspnoe habe die pneumologische Abklärung Asthma bronchiale ergeben, welches mittels Inhalator (Symbicort) therapiert werde. Da der Beschwerdeführer den Inhalator wegen Geldmangels zu wenig verwende, bestehe diesbezüglich nur eine partiell kontrollierte Situation (IV-act. 124 S. 1).

8.4 Keinem dieser aktenkundigen Berichte sind Anhaltspunkte auf eine relevante somatische Verschlechterung zu entnehmen. Insbesondere ist die beschriebene Abnahme der Lungenfunktion auf die mangelnde Medikamenten-Compliance des Beschwerdeführers zurückzuführen und bei Wiederaufnahme der indizierten Medikation überwiegend wahrscheinlich nicht von dauerhafter Natur, zumal bezüglich des diagnostizierten Asthmas ohnehin keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben wurden (vgl. IV-act. 124 S. 3 f.).

Der zuletzt vom Versicherten aufgelegte Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 ("aktuell: immobilisierende Schmerzen in der Hüfte"; Bf-act. 3), datiert nach der hier angefochtenen Verfügung und ist damit für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts – soweit dieser keine Rückschlüsse auf den massgeblichen Beurteilungszeitraum erlaubt – grundsätzlich unbeachtlich (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1; BGer 9C\_269/2021 vom 9. Juli 2021 E. 2.4 sowie vorstehende E. 1.1). Immerhin sei bemerkt, dass sich auch daraus

keine neue somatische Befundlage ableiten lässt. Die darin aktuell beklagten Schmerzen wurden im Rahmen einer bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer vorbestehenden chronischen Schiefhaltung interpretiert.

9. Zu prüfen bleibt damit, ob es in psychischer Hinsicht zu einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gekommen ist.

9.1 Diesbezüglich gelangt das Gericht in Würdigung der Aktenlage zum Schluss, dass dem verwaltungsexternen Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2019 im Licht der einschlägigen Rechtsprechung (vgl. vorne E. 3.5 und 3.6) voller Beweiswert zuerkannt werden kann. Die betreffenden Angaben beruhen auf einer eigenen Untersuchung, sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, erscheinen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtend und bezüglich der Schlussfolgerung des Experten begründet. Die Befunde werden erläutert und im Gesamtkontext gewürdigt. Gutachter Dr. D. \_\_\_\_\_ äussert sich ausreichend zum Beweisthema der in Frage stehenden erheblichen Veränderung des Sachverhalts. Auch in Bezug auf die Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit leuchtet das Gutachten vom 29. April 2019 ein. Demzufolge besteht aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit. Diesbezüglich sei festgehalten, dass das Gutachten die bundesgerichtliche Anforderung eines strukturierten Beweisverfahrens, welches bei allen psychischen Leiden anzuwenden ist (vgl. BGE 143 V 418; 143 V 409), erfüllt und der Gutachter den durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachkommt. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung hat nicht stattzufinden und es besteht auch kein triftiger Grund, der ein Abweichen von dieser medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung im Rahmen der freien Überprüfung durch den Rechtsanwender gebietet (vgl. BGE 145 V 361 E. 4; 144 V 50 E. 4.3; 141 V 281 E. 5.2.3). Es kann folglich auf das Gutachten verwiesen werden. Insbesondere bringt auch der Beschwerdeführer keine Einwände gegen die vom Gutachter in diesem Zusammenhang gemachten Ausführungen vor.

Für das Gericht besteht deshalb kein Anlass, an den Aussagen des Gutachters zu zweifeln. Daran vermögen auch die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen.

9.2 Doktor D. \_\_\_\_\_ erstattete sein Gutachten am 29. April 2019 in Kenntnis der Berichte von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 19. Februar und 19. März 2018 (vgl. IV-act. 148 S. 6). Der Gutachter erörterte dabei nachvollziehbar und plausibel, weshalb er die ICD-Kriterien einer depressiven Erkrankung als nicht erfüllt erachte. Die dokumentierten niedergeschlagen-ängstlichen Verstimmungen des Beschwerdeführers interpretierte er nachvollziehbar und begründet im Rahmen körperlicher Missempfindungen und sozialer Belastungen (vgl. vorne E. 7.2). Folglich dringt der Beschwerdeführer mit seiner Rüge, die Diagnosestellung von Dr. D. \_\_\_\_\_ sei angesichts der klaren Diagnosestellung von Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht plausibel und nachvollziehbar, nicht durch. Ferner sind keine – bisher allenfalls unberücksichtigt gebliebenen – Wechselwirkungen zwischen den unverändert gebliebenen somatischen Beschwerden und den psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten ersichtlich.

9.3 Wie vorstehend erwähnt, ist auch hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ abzustellen. Ohnehin kann es – vor dem Hintergrund der Unterschiede von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag – nicht Sache des behandelnden Arztes sein, in umstrittenen Fällen verbindliche Aussagen über die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu treffen (vgl. vorne E. 3.6).

10. Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 29. April 2019 ist auch in psychischer Hinsicht von keiner wesentlichen Tatsachenänderung – im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten – auszugehen.

10.1 Was die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Depression betrifft, kann einerseits auf vorstehende E. 9.2 verwiesen werden. Andererseits bestanden auch schon vor der letzten materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs Hinweise behandelnder Ärzte auf eine depressive Erkrankung im Sinne einer "larvierten Depression", einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion oder der Vermutung auf depressive Symptome im Hintergrund, welche dann aber vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter so nicht (mehr) bestätigt wurden (vgl. in diesem Zusammenhang VGer ZG S 2015 127 vom 10. März 2016 E. 4.1, 4.3, 4.5 und 4.6).

Gleich verhält es sich mit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Diese stand auch schon bei der letzten materiellen Beurteilung des Rentenanspruchs im Raum und wurde gutachterlicherseits nachvollziehbar verneint (vgl. hierzu insbesondere VGer ZG S 2015 127 vom 10. März 2016 E. 6.2.2.3). Auch vorliegend gehen verschiedene

behandelnde Ärzte von dieser Diagnose aus, ohne dabei eine differenzierte Erörterung der Diagnosestellung vorzunehmen. Gutachter Dr. D. \_\_\_\_\_ legt jedoch einleuchtend und schlüssig dar, weshalb er die ICD-10-Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nur teilweise als erfüllt erachtet.

10.2 Vor diesem Hintergrund ist von einer im Kern unverändert gebliebenen Befundlage auszugehen. Die minimalen diagnostischen Unterschiede zwischen den Beurteilungen vom 5. Januar 2015 (MEDAS-Gutachten; IV-act. 36) und vom 29. April 2019 (Dr. D. \_\_\_\_\_; IV-act. 148) beruhen auf einer unterschiedlichen Einschätzung und Einordnung der im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnisse, was keine neue Beurteilung des Rentenanspruchs im Sinne einer materiellen Revision rechtfertigt (vgl. hierzu vorne E. 3.3 und 3.4). Das vom Beschwerdeführer vorgebrachte Argument, dass selbst gestützt auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_\_ (auch ohne Diagnose einer depressiven Störung) im Vergleich zum früheren MEDAS-Gutachten von einer Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht auszugehen sei (vgl. vorne E. 4.1), verfängt dabei insbesondere nicht.

10.3 Ob gestützt auf die im Gutachten vom 29. April 2019 erwähnten Hinweise auf bewusstseinsnahe Aggravation ein Ausschlussgrund im Sinne von BGE 131 V 49 – welcher die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung von vornherein verbietet – anzunehmen ist, kann im Hinblick auf den Ausgang dieses Verfahrens offenbleiben. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang aber ferner auch auf die Bemerkungen im zuletzt aufgelegten Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020, wonach sich die Untersuchung wiederholt sehr schwierig und schmerzverbunden gestaltet habe, der Patient jedoch problemlos auf die Toilette gehen können (Bf-act. 3 S. 1). Im Übrigen erfolgten dahingehende Hinweise auch schon im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten anlässlich der damaligen Untersuchung vom 23. September 2014 (vgl. vorne E. 6.1.2).

11. Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt damit als genügend abgeklärt. Damit sind weitere Abklärungen – insbesondere die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens – nicht angezeigt, da daraus keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5; BGer 8C\_330/2021 vom 8. Juni 2021 E. 4.2).

12. Nach dem Gesagten ist kein Revisionsgrund – namentlich keine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten im

Sinne einer erheblichen Tatsachenänderung – ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht keine neue materielle "allseitige" Prüfung des Rentenanspruchs ohne Bindung an frühere Invaliditätseinschätzungen vorgenommen und die Neuanschuldung des Beschwerdeführers folgerichtig abgewiesen (vgl. vorstehende E. 3.3). Die vorliegende Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist dementsprechend abzuweisen.

13. Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– anzusetzen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Eine Parteientschädigung ist bei diesem Verfahrensausgang nicht auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG im Umkehrschluss).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe 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), die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 des Dispositivs an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 30. August 2021

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am