



# 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

URTEIL vom 17. Februar 2022 *[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  
(Rente)

S 2020 67

A. Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ meldete sich mit Gesuch vom 18. September 2017 (eingegangen bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden am 26. September 2017, zuständigshalber weitergeleitet an die IV-Stelle des Kantons Zug am 29. September 2017) mit Hinweis auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung der linken Schulter zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Die IV-Stelle des Kantons Zug holte Berichte behandelnder Ärzte ein und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Visana Services AG) bei. In den Akten der Visana war insbesondere das Gutachten der PMEDA ("Orthopädische Second Opinion") vom 6. Februar 2018 enthalten (IV-act. 21 S. 27 ff.). Die IV-Stelle legte das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor (Stellungnahme vom 22. März 2018; IV-act. 23). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine berufliche Abklärung mit somatischer fachärztlicher Begleitung bei der beruflichen Abklärungsstelle BEFAS C.\_\_\_\_\_ (Abklärungsbericht vom 27. August 2018; IV-act. 42). Die D.\_\_\_\_\_ lehnte mit Schreiben vom 5. September 2018 die Anmeldung zum Job-Coaching ab, da der Versicherte gemäss BEFAS-Bericht die Grundkriterien (Grundkenntnisse Deutsch und eine berufliche Perspektive auf dem realen ersten Arbeitsmarkt) nicht erfülle (IV-act. 44). Die IV-Stelle veranlasste daraufhin bei der Stiftung E.\_\_\_\_\_ eine weitere berufliche Abklärung (inkl. einer Schnupperwoche im ersten Arbeitsmarkt; Abklärungsbericht vom 6. Mai 2019; IV-act. 61). Da keine Anschlusslösung gefunden werden konnte, schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen per 9. Mai 2019 ab (IV-act. 62 S. 9). Nach dem Abschluss der Eingliederungsmassnahmen sowie nach Eingang weiterer medizinischen Berichte nahm der RAD am 27. September 2019 (IV-act. 73) und am 10. Oktober 2019 (IV-act. 76) erneut Stellung.

Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2019 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 78). Dagegen liess dieser am 23. Oktober 2019 bzw. begründet am 27. November 2019 Einsprache erheben (IV-act. 79 und 82), woraufhin das Dossier aktualisiert und abermals dem RAD vorgelegt wurde (Stellungnahmen vom 10. Dezember 2019 und 14. April 2020; IV-act. 87 und 99). Mit Verfügung vom 5. Mai 2020 hielt die IV-Stelle an der Abweisung des Leistungsbegehrens fest. Die Abklärungen hätten ergeben, dass in einer angepassten Tätigkeit schon vor Ende des Wartejahres eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe, was bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 18 % zu keinem Rentenanspruch führe (IV-act. 100).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 4. Juni 2020 liess A.\_\_\_\_\_ (fortan Beschwerdeführer) die Aufhebung der Verfügung vom 5. Mai 2020 beantragen; ihm sei

eine Rente bei einer Invalidität von mindestens 64 % auszurichten; es sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle. Begründend liess er dabei im Wesentlichen vorbringen, auf die Aktenbeurteilung des RAD könne nicht abgestellt werden, diese könne die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von 50 % (PMEDA-Gutachten vom 6. Februar 2018) und die berufliche Konkretisierung seitens der Stiftung E. \_\_\_\_\_ (Arbeitsunfähigkeit von 55 %) nicht widerlegen. Soweit das Gericht nicht auf die beiden letztgenannten Beurteilungen abstellen wolle, sei unter den gegebenen Umständen zumindest ein neutrales polydisziplinäres Gutachten anzuordnen (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 5. Juni 2020 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 3).

D. Die IV-Stelle (fortan auch die Beschwerdegegnerin) beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 3. Juli 2020 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

E. Der Beschwerdeführer liess mit Replik vom 9. Juli 2020 an den gestellten Rechtsbegehren festhalten (act. 7).

F. Mit Duplik vom 7. August 2020 verwies die IV-Stelle im Wesentlichen auf die Ausführungen in ihrer Vernehmlassung und beantragte erneut die Abweisung der Beschwerde (act. 9).

G. In der Folge gingen beim Gericht keine Stellungnahmen mehr ein. Auf die weiteren Ausführungen in den jeweiligen 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:

5. Mai 2020) 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 4. Juni 2020 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.

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten dieser IVG-Änderung datiert, finden die bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des IVG auf den vorliegenden Fall Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

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 IVG – 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 5. Mai 2020 und ist dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers frühestens am 6. Mai 2020 zugegangen. Mit der am 4. Juni 2020 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift wurde 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 erfüllt sodann die übrigen formellen Anforderungen, 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. Dabei ist insbesondere zu beurteilen, ob der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend abgeklärt wurde.

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).

3.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Demnach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange an, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (BGer 9C\_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4).

3.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Es gilt das

Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; BGer 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

3.5 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung und ihres Behandlungsauftrages in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; BGer 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3; 8C\_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5 mit Hinweisen). Die Berichte behandelnder Ärzte erlauben daher praxisgemäss kaum je eine abschliessende objektive Beurteilung des Gesundheitszustands (BGE 135 V 465 E. 4.5; BGer 8C\_370/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 3; 8C\_260/2012 vom 27. Juni 2012 E. 3.3.2).

3.6 Den von versicherungsinternen Ärzten erstellten Berichten und Gutachten kann voller Beweiswert zukommen, wenn sie die dazu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Damit der Beweiswert von Berichten des RAD nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar ist, müssen sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (siehe vorangehende E. 3.4) und die beurteilende RAD-Arztperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Es ist dabei nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD bei Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Einschätzung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist damit nicht an sich ein Grund, einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (zum Ganzen: BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4 mit zahlreichen Hinweisen). Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist

polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Berichten und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen beruht (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 mit Hinweisen). Bestehen selbst 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 Den von einer Krankentaggeldversicherung nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt im IV-Verfahren der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (BGer 9C\_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1; 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3; 8C\_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3).

3.8 Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. So sind etwa konkrete und differenzierte Einwände eines behandelnden Facharztes geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes zu wecken (BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3). Gleiches hat auch für Berichte der Fachleute der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung zu gelten. Zwar kommt den medizinischen Abklärungen ein grösseres Gewicht zu, indessen darf Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen – mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung – nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten und -einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (BGer 8C\_661/2019 vom 23. Januar 2020 E. 4.2; 8C\_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1; 8C\_59/2013 vom 22. April 2013 E. 3.3.1; 9C\_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3).

4. Zum massgeblichen medizinischen Sachverhalt lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

4.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 11. Juni 2012 eine Rissquetschwunde der Unterlippe im Rahmen eines Arbeitsunfalls (vgl. IV-act. 14 S. 29). Aufgrund immer ausgeprägterer Schulterbeschwerden Anfang 2017 meldete Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, der SUVA einen Rückfall per 9. Mai 2017 (IV-act. 9 S. 9; vgl. auch IV-act. 21 S. 15). Der Kreisarzt der SUVA beschränkte sich im Wesentlichen auf die Beurteilung der Kausalität der gemeldeten Beschwerden zum Ereignis vom 11. Juni 2012, welche er verneinte (vgl. IV-act. 14 S. 8; IV-act. 21 S. 14 ff., S. 21 f., S. 23 f.). Die SUVA erachtete sich in der Folge als nicht leistungspflichtig (IV-act. 14 S. 6 f.).

4.2 Am 30. Juni 2017 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der gleichentags durchgeführten Operation der linken Schulter (Arthroskopie, Synovektomie, Tenotomie der langen Bizepssehne, subacromiale Bursektomie, arthroskopische Naht der Supraspinatussehne, Akromioplastik) bei diagnostiziertem subacromialem Impingement-Syndrom der Schulter links, partieller Ruptur der Supraspinatussehne, partieller Ruptur des oberen Teils der Subscapularissehne, subtotaler Ruptur der langen Bizepssehne und SLAP Läsion (IV-act. 13 S. 6 ff.).

Doktor G.\_\_\_\_\_ hielt in der Folge einen guten postoperativen Verlauf fest und schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten bis 31. Dezember 2017 auf 100 %, danach bis 31. Januar 2018 auf 50 % und anschliessend voraussichtlich wieder auf 0 % (vgl. IV-act. 13 S. 2 ff.; IV-act. 22).

4.3 Im Austrittsbericht vom 27. November 2017 (Hospitalisation vom 24. bis 28. November 2017) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Im Status zeige sich eine indolente Wirbelsäule mit Druckdolenz im Bereich des linken ISG. Eine Hypersensibilität am medialen Unterschenkel bestehe gemäss dem Patienten seit seiner Varizenoperation 2015 (DD: postoperative Nervus saphenus Läsion). Ansonsten zeigten sich keine neurologischen Ausfälle, insbesondere kein Hinweis auf eine radikuläre Ausfallsymptomatik. Bei starker Schmerzsymptomatik sei die stationäre Aufnahme zur Analgesie und physiotherapeutisch angeleiteter Rückenschulung und Mobilisation erfolgt.

Hierunter habe sich eine deutliche Schmerzreduktion gezeigt, sodass der Patient in schmerzkompensiertem Allgemeinzustand nach Hause habe austreten können (IV-act. 38 S. 16 ff.).

4.4 Am 6. Februar 2018 erstattete Dr. med. I. \_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, das PMEDA-Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung ("Orthopädische Second Opinion"; IV-act. 21 S. 27 ff.) und diagnostizierte darin eine Funktionsstörung der linken Hüfte bei Verdacht auf Coxarthrose links (DD: Hüftkopfnekrose), ein lumbales Wurzelkompressionssyndrom L5 links und eine Funktionsstörung der linken Schulter bei Status nach Schulteroperation links im Juni 2017 (Ziff. 4). Orthopädisch-neurologisch finde sich eine Grosszehenhebeschwäche links und die Angabe einer Hypästhesie im anteromedialen Unterschenkelbereich, diese jedoch bestehend seit einer Varizenoperation vor fünf Jahren. Bildbefunde seien aktenkundig sowohl für die LWS als auch für die Hüfte nicht vorhanden und sollten, so sie nicht schon angefertigt worden seien, kurzfristig vom Hausarzt initiiert werden. Darüber hinaus bestehe ein Zustand nach Schulteroperation links mit noch deutlicher Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der linken Schulter, jedoch ohne subjektiven Leidensdruck seitens des Versicherten. Hier könne innerhalb eines Jahres durch weitere Physiotherapie mit einer weiteren Funktionszunahme gerechnet werden. Den vom Hausarzt (recte: vom behandelnden Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_; vgl. IV-act. 22) initiierten Belastungsversuch (Arbeitsfähigkeit 50 % ab 1. Januar 2018, realisierbar ab 16. Januar 2018) sehe der Gutachter kritisch. Aktuell werde seitens des Gutachters die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit (Maurer) mit 0 % eingeschätzt. Bis dahin sollten Bildbefunde der LWS und der linken Hüfte zur Beurteilung vorgelegt werden, um eine weitere Einschätzung vornehmen zu können (Ziff. 5). Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der klinischen Funktionseinschränkungen am Hüft- und Schultergelenk und einer klinisch spinalen Defizitsymptomatik bei (noch) fehlender bildmorphologischer Abklärung erfolgt. Medizinisch-theoretisch sei eine leichte körperliche Arbeit, überwiegend im Sitzen zu verrichten, in einem Pensum von 50 % leistbar (Ziff. 6.4).

4.5 Am 22. März 2018 nahm erstmals RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Stellung. Nach der Operation an der linken Schulter am 30. Juni 2017 sei der postoperative Verlauf soweit regelrecht gewesen und vonseiten des Operateurs sei ab Anfang Februar 2018 damit gerechnet worden, dass der Versicherte die bisherige Tätigkeit als Maurer-Handlanger wieder vollschichtig ausüben könne. Diese Einschätzung werde vom orthopädischen Gutachter der PMEDA nicht geteilt und dabei

nebst der Schulterproblematik links mit einer lumboradikulären Reiz- und Ausfallsymptomatik L5 links sowie einem Verdacht auf eine Coxarthrose links argumentiert, wobei diesbezüglich bildgebende Abklärungen im Zeitpunkt der letzten Berichterstattung noch nicht vorgelegen hätten. Bezogen auf körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Arbeitsanteile und Arbeiten über der Schulterebene linksseitig seien nach Ansicht des RAD dauerhafte Einschränkungen möglich bzw. nicht auszuschliessen. Bezogen auf die Schulter links habe eine angepasste Tätigkeit folgenden ergonomischen Vorgaben zu entsprechen: körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Hebe-/Trageleistungen grösser als 10 bis 15 kg (ausnahmsweise 20 kg), ohne Arbeiten Überkopf und/oder in ständiger Armvorhalte linksseitig, ohne Schläge/Vibrationen auf das linke Schultergelenk. Sollte sich der Verdacht auf eine Coxarthrose ebenso wie eine Wurzelkompression L5 links auch bildgebend bestätigen lassen, wäre das vorstehende Profil wie folgt zu ergänzen: ohne Zwangshaltungen (bücken, kauern, vornübergebeugt, ohne Schläge/Vibrationen auf das Achsenskelett). In einer angepassten Tätigkeit gemäss vorstehendem Profil bestehe vorbehaltlich einer Verschlechterung vonseiten des Rückens spätestens ab Anfang 2018 eine zumindest Teilarbeitsfähigkeit von 50 %, welche sich im Verlauf steigern lassen sollte (IV-act. 23).

4.6 Im Bericht vom 29. März 2018 hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, FMH Angiologie sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, er habe den Patienten im Juni 2015 letztmalig wegen der Venenproblematik gesehen. Derzeitig im Vordergrund stehe seit gut vier Monaten eine Rücken- und Beinproblematik linksseitig. In der aktuellen nicht invasiv apparativen Untersuchung habe eine arterielle Schmerzursache ausgeschlossen werden können (IV-act. 38 S. 2 ff.).

4.7 Vom 16. Juli bis 10. August 2018 wurde bei der BEFAS eine berufliche Abklärung mit somatischer fachärztlicher Begleitung durchgeführt (1. Woche: 50 %-Pensum, 2. und 3. Woche: 70 %-Pensum, 4. Woche: 80 %-Pensum). Im Abklärungsbericht vom 27. August 2018 (IV-act. 42) hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, vordergründig liege ein ausgeprägter schmerzhafter Reizzustand am lumbosakralen Übergang links mit Ausstrahlung in die Aussenseite des linken Beines vor. Als Schmerzquellen seien vor allem die lumbosakralen Facetten links sowie das linksseitige ISG zu identifizieren. Die Beurteilung bezüglich einer radikulären Komponente verbleibe etwas unsicher. Es habe der Eindruck einer leichten Fusshebeschwäche links bestanden. Als Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen sei

vor allem eine relevante thorakolumbale Skoliose zu nennen (Cobb 20°), welche zu einer massiven Fehlbelastung des lumbosakralen Übergangs führen dürfte und als entscheidender Faktor für den anhaltenden Reizzustand an den lumbosakralen Facetten und an den ISG linksseitig interpretiert werden könne. Das MRI der LWS vom 14. Dezember 2017 zeige Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1 mit Tangierungen der Nervenwurzel und Facettenhypertonien in den unteren zwei bis drei Segmenten (vgl. IV-act. 38 S. 12). Daraus könne eine Nichteignung für regelmässige mittelschwere und schwere körperliche Belastungen abgeleitet werden. Als weiterer Symptomkomplex seien die Funktionsstörungen der linken Schulter zu nennen. Es liege eine verminderte Beweglichkeit und Belastbarkeit der dominanten linken Schulter vor. Bei der aktuellen Untersuchung würde sich die Funktionsstörungen der linken Hüfte deutlich geringer darstellen als im PMEDA-Gutachten vom 6. Februar 2018. Die Röntgenaufnahmen des Beckens vom 23. Januar 2018 zeigten jedoch eine zentrale Gelenkspaltverschmälerung leichten Grades. Eine initiale Coxarthrose sei links somit vorhanden. Keine Funktionsbeeinträchtigungen relevanter Art seien seitens des Ellenbogens rechts bei chronischer Bursitis sowie seitens des Status nach Varizenoperation links abzuleiten (S. 9 f.).

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurerhelfer sei mit 0 % einzuschätzen (S. 10).

Im Laufe der Abklärung sei das Pensum von 50 auf 80 % erhöht worden. Zur Bearbeitung der Arbeitsproben habe der Versicherte doppelt so lange benötigt wie der Durchschnitt. Die Verlangsamung werde zum einen auf die vielen Pausen zurückgeführt, die der Beschwerdeführer mache. Wenn er sitzend arbeite, stehe er nach spätestens 30 Minuten auf, um den Rücken zu entlasten. Zum anderen sei das allgemeine Arbeitstempo des Klienten eher langsam. Es werde angenommen, dass er dies verbessern könne. Diesbezüglich werde die Durchführung eines mindestens dreimonatigen Arbeitstrainings empfohlen, sodass über eine längere Zeit das Pensum erhöht und stabilisiert sowie die Leistung optimiert werden könne. Aus gutachterlicher Sicht könne der Versicherte eine angepasste Tätigkeit in einem vollen Pensum ausführen. Es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf, da der Beschwerdeführer seinen Rücken durch entsprechende Bewegungen (Strecken, Dehnen, Laufen) während der Arbeit immer wieder entlasten müsse. Die Leistungsfähigkeit sei deshalb um ca. 20 % eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sollte nach einem längeren Arbeitstraining eine Leistungsfähigkeit von ca. 80 % erreichen können (S. 11).

Beim ergonomischen Profil seien die Einschränkungen der linken Schulter, des Rückens (Wurzelkompression und Skoliose) und der Hüfte (Coxarthrose) zu beachten. Somit seien leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Position überwiegend im Sitzen vollschichtig möglich. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien nicht zu leisten. Zudem solle der Versicherte keine längeren Gehstrecken absolvieren, nicht lange stehen, keine Zwangshaltungen einnehmen, sich nicht häufig bücken und keine häufigen Tätigkeiten über Schulterhöhe ausführen. Neben den körperlichen Einschränkungen seien die Einsatzmöglichkeiten des Versicherten durch behinderungsfremde Gründe, wie das geringe Bildungsniveau, geringe Ressourcen für nicht körperlich-anspruchsvolle Tätigkeiten, sehr geringe Deutschkenntnisse sowie das fortgeschrittene Alter, begrenzt. Die Tätigkeit als Produktions- und Verpackungsmitarbeiter mit leichten Teilen werde als ergonomisch angepasst erachtet (S. 11 ff.).

4.8 Dem Abklärungsbericht der Stiftung E. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019 (IV-act. 61) lässt sich über die berufliche Abklärung vom 4. Februar bis 3. Mai 2019 im Bereich Einarbeitungs-Werkstatt des M. \_\_\_\_\_ (industrielle Fertigung, einfachere Montage- und Abpackarbeiten) Folgendes entnehmen:

Der Versicherte habe während den 63 Arbeitstagen keine Fehltage gehabt, er sei motiviert und offen für neue Arbeiten. Der Beschwerdeführer zeige sich Monotonie resistent und könne mehrere Stunden und Tage an den gleichen Montageaufträgen arbeiten. Durch die Rückenschmerzen stehe er ab und zu auf um sich zu bewegen und den Rücken zu entlasten. Er arbeite in gleichmässigem Tempo mit mittlerer Leistung, die sich im Bereich von ca. 55 bis 60 % bewege mit einem Arbeitspensum von 80 %, im Vergleich zum ersten Arbeitsmarkt. Die Qualität der Arbeit entspreche der Aufgabenstellung. Die Arbeitszeit sei zu Beginn von 8:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 15:20 Uhr jeweils Montag bis Freitag vereinbart worden. Bereits nach einem Monat (ab 4. März 2019) habe sich das tägliche Pensum am Nachmittag bis 16:00 Uhr steigern lassen. Für weitere Pensumssteigerungen habe sich der Versicherte nicht in der Lage gefühlt (S. 2 f.).

Nach intensiver Suche (Anfragen bei zwölf Firmen) habe man für den Versicherten bei der N. \_\_\_\_\_ AG in O. \_\_\_\_\_ eine Schnupperwoche (15. bis 18. April 2019) im ersten Arbeitsmarkt organisieren können. Gemäss Rückmeldung des Arbeitgebers sei der Beschwerdeführer trotz starker Schmerzen jederzeit pünktlich und pflichtbewusst am Arbeitsplatz erschienen. Bei der Arbeit im Schnupperbetrieb habe er viel laufen und

stehen sowie bückend arbeiten müssen, was ihn physisch an seine Leistungsgrenze gebracht habe. Die Arbeit sei für sein Krankheitsbild zu anstrengend und nicht geeignet gewesen. Trotzdem habe er die vereinbarte Arbeitszeit von jeweils sieben Stunden pro Tag gearbeitet. Zurück in der Einarbeitungswerkstatt habe er noch die letzten zwei Wochen der beruflichen Abklärung absolviert; weiterhin pünktlich, pflichtbewusst und konstant an den feinmotorischen Montage-Aufträgen (S. 4).

4.9 Am 4. September 2019 berichtete Dr. med. P.\_\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, klinisch zeige sich einerseits ein Lumbovertebralsyndrom, welches sicherlich auf die massiven muskulären Verspannungen wie auch auf die osteochondrotischen Veränderungen zurückzuführen sei. Ausserdem bestehe eine radikuläre Reizsymptomatik im Sinne einer Claudicatio-Symptomatik. Dies korreliere gut mit dem Nachweis einer rezessalen bis nach foraminal reichenden Stenose auf Höhe L4/5 links (MRI der LWS vom 4. September 2019). Da keine fokale-neurologischen Defizite bestünden und auch die konservativen Massnahmen nicht ausgeschöpft seien, sei dem Patienten primär eine Infiltration kombiniert epidural und periradikulär empfohlen worden. Danach sollte die muskuläre Balance mittels intensiver ambulanter Physiotherapie wiederhergestellt werden können. Er sei weiterhin als Velomechaniker 100 % arbeitsfähig (IV-act. 86).

4.10 Mit Stellungnahme vom 27. September 2019 erklärte RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_, zwischenzeitlich seien die beruflichen Massnahmen erfolglos abgeschlossen worden, wobei de facto die fehlenden/mangelnden Deutschkenntnisse, der niedrige (Aus-)Bildungsstand und das fortgeschrittene Alter der versicherten Person hierfür verantwortlich sein dürften. Bereits mit Stellungnahme vom 22. März 2018 sei vonseiten des RAD klar zum Ausdruck gebracht worden, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Bau-Handlanger nicht mehr bzw. nur mit erheblichen Einschränkungen zumutbar sei. Den Neuakten (u.a. Abklärungsberichte der BEFAS vom 27. August 2018 und der Stiftung E.\_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019) liessen sich keine Befunde/Informationen entnehmen, welche bezogen auf eine angepasste körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, ohne Hebe-/Tragebelastungen von mehr als 10 kg (ausnahmsweise 15 kg), ohne Arbeiten in Zwangshaltungen (bücken, kauern, vornübergebeugt, in ständiger Armvorhalte links, Überkopf), ohne Besteigen von Leitern/Gerüsten und ohne Schläge/Vibrationen auf das Achsenskelett/Hüfte/Schulter links, eine Einschränkung begründen liessen. Den Akten lasse sich indes die Information entnehmen, dass zuletzt eine erneute fachärztliche Überweisung in Betracht gezogen

worden sei. Diese Berichte liessen sich dem Dossier nicht entnehmen, weshalb sie vor einer abschliessenden Beurteilung einzuholen seien (IV-act. 73).

4.11 Am 10. Oktober 2019 hielt RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_\_ fest, den Neuakten könne eine erfolgte kardiologische Abklärung entnommen werden (vgl. Bericht vom 5. September 2019; IV-act. 75), welche indes auf kardiologischem Fachgebiet keine pathologischen Befunde zu Tage gebracht habe. Erwähnt werde die bereits bekannte periphere arterielle Verschluss-Problematik und es gebe Hinweise auf das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Pneumopathie (COPD). In diesem Kontext sei vordergründig ein Sistieren des Rauchens anzustreben. Im Falle einer relevanten Symptomatik wäre zudem eine fachärztliche Diagnostik und im Bedarfsfall eine adäquate Behandlung zu erwarten. Darüberhinausgehende Informationen liessen sich dem Dossier nicht entnehmen, weshalb auch an der bisherigen Beurteilung einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit festgehalten werden könne. Eine solche vollschichtige Arbeitsfähigkeit sei vor Ablauf des Wartejahres (ab März 2018) zu erwarten gewesen (IV-act. 76).

4.12 Nachdem bei der IV der Bericht von Dr. P. \_\_\_\_\_ (vorne E. 4.9) eingegangen war, erklärte RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_\_ am 10. Dezember 2019, da nun endlich in Zusammenhang mit der in Aussicht gestellten fachärztlichen Abklärung der beklagten Rückenschmerzen erste Ergebnisse vorliegen würden, schlage er vor, bei der zuletzt behandelnden Neurochirurgin hinsichtlich Diagnose/Diagnoseänderung, Verlauf und aktuelle Behandlung, funktionelle Einschränkungen, Effekt der mutmasslich erfolgten Infiltrationen, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sowie einer allfälligen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch weitere Behandlungsmassnahmen nachzufragen (IV-act. 87).

4.13 Im Bericht vom 24. Januar 2020 erklärte Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, anamnestisch berichte der Patient über vier bis fünf epidurale/periradikuläre Infiltrationen, die ihm eine gute Schmerzreduktion über sechs Wochen gebracht hätten. Aktuell sei er über das RAV als Velomechaniker bis zum 21. Februar 2020 zu 100 % beschäftigt. Die bisherigen ambulanten Therapiemassnahmen, vor allem die ambulante aktive und passive Physiotherapie, hätten zu keiner Verbesserung der Beschwerden und Einschränkungen geführt. Dem Patienten werde vorgeschlagen, zuerst eine mögliche entzündliche-rheumatische Erkrankung abklären zu lassen. Sollte eine solche ausgeschlossen werden, sei eine aktive ambulante

Massnahme in der Klinik R.\_\_\_\_\_ bei erfahrenen Schmerztherapeuten sowie in seiner ambulanten Schmerzsprechstunde durchzuführen (IV-act. 98 S. 3 f.).

Eine rheumatisch-entzündliche Erkrankung wurde in der Folge durch Dr. med. S.\_\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Rheumatologie, am 18. Februar 2020 ausgeschlossen (IV-act. 98 S. 1 f.).

4.14 Doktor P.\_\_\_\_\_ beantwortete die Fragen des RAD mit Schreiben vom 21. Februar 2020. Die Ärztin hielt dabei insbesondere fest, MR-graphisch zeigten sich multiple degenerative Veränderungen im Bereich der LWS, welche zu einem mechanischen Rückenschmerz und zu entsprechenden funktionellen Einschränkungen führten, auch bei zum Teil dekonditionierter Rücken- und Rumpfmuskulatur. Die bisherigen Infiltrationen hätten nur einen kurzzeitigen Effekt gehabt, führten jedoch jeweils zu einer leichten Besserung der Schmerzsymptomatik. Eine neurologische Evaluation sei nicht indiziert. Es sei jedoch eine rheumatologische wie auch schmerzmedizinische Evaluation des Patienten erfolgt. Es hätten keine klaren Hinweise für eine rheumatisch-entzündliche Erkrankung nachgewiesen werden können. Vielmehr sei von einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom auszugehen. Die Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten angepassten Tätigkeit (ohne Gewichtsbelastung > 7 kg) mit wechselbelastender Arbeit sowie ohne Zwangshaltungen sollte im Verlauf möglich sein. Die Wiedereingliederung in eine solche Tätigkeit solle im Sinne eines Arbeitsversuchs langsam begonnen und im Verlauf gesteigert werden. Der Patient sei bereits für ein intensives Rehabilitationsprogramm im ambulanten Zentrum der Klinik R.\_\_\_\_\_ in T.\_\_\_\_\_ angemeldet (IV-act. 96 S. 1 f.).

4.15 Am 14. April 2020 hielt RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_\_ abschliessend fest, den neu vorliegenden Arztberichten könne die bekannte, belastungsabhängige Schmerzproblematik lumbal bei unstrittig degenerativen LWS-Veränderungen (ohne sensomotorische Defizit-Symptomatik) entnommen werden. Während dem Bericht von Dr. P.\_\_\_\_\_ zuhanden der IV-Stelle lediglich über einen kurzdauernden günstigen Effekt der erfolgten Infiltrationen berichtet werde, lasse sich den Untersuchungsberichten eine jeweils deutliche Beschwerderegredienz entnehmen, welche gemäss rheumatologischem Untersuchungsbericht jeweils fünf bis sechs Wochen angedauert habe. Die Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten, Tätigkeit sei aus allgemein internistischer/versicherungsmedizinischer Sicht als sehr vorsichtig-restriktiv zu werten und werde denn auch durch den am 15. Oktober 2019

(vgl. Verlaufsbericht von Dr. P. \_\_\_\_\_; IV-act. 90 S. 3 f.) dokumentierten Sachverhalt relativiert, zumal damals (wie auch am 21. Januar 2020 [vgl. Verlaufsbericht von Dr. P. \_\_\_\_\_; IV-act. 96 S. 3 f.]) über einen deutlichen/guten Effekt der erfolgten Infiltrationen berichtet werde, sodass auch wieder gutes Arbeiten möglich sei (mit nicht angepassten Gewichten). Aus den neuen Akten liessen sich damit keine Informationen entnehmen, welche eine Abweichung von der bisherigen Einschätzung einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss der Einschätzung vom 10. Oktober 2019 zu begründen vermöge (IV-act. 99).

5. In medizinischer Hinsicht stützt sich die IV-Stelle in der Verfügung vom 5. Mai 2020 auf die Beurteilungen ihres RAD-Arztes Dr. J. \_\_\_\_\_, wonach der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit (mit einem ergonomischen Profil gemäss der Einschätzung am 10. Oktober 2019; vgl. E. 4.11) vollschichtig arbeitsfähig sei. Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass auf das PMEDA-Gutachten vom 6. Februar 2018 sowie auf die Abklärungsergebnisse der Stiftung E. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019 abzustellen und er folglich in einer angepassten Tätigkeit lediglich zu 45 bis 50 % arbeitsfähig sei.

Dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Maurer-Handlanger auf dem Akkordbau (vgl. IV-act. 9 S. 1 ff.) nicht mehr zumutbar ist, ist vorliegend unbestritten und gestützt auf die medizinischen Berichte auch eindeutig ausgewiesen.

5.1 Vorab gilt es festzuhalten, dass das PMEDA-Gutachten vom 6. Februar 2018, welches zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellt wurde, hinsichtlich seines Beweiswerts grundsätzlich mit einer versicherungsinternen Stellungnahme gleichzustellen ist (vgl. vorne E. 3.7). Soweit der Beschwerdeführer also vorbringt, dieses habe im Sinne eines Administrativgutachtens per se einen höheren Beweiswert und es dürfe deshalb ohne zwingende Gründe nicht davon abgewichen werden, kann ihm nicht gefolgt werden. Vielmehr liegen im hier zu beurteilenden Fall – neben den Berichten der behandelnden Ärzte und den Abklärungsberichten der beruflichen Eingliederung – mit den Beurteilungen des RAD und dem PMEDA-Gutachten bloss versicherungsinterne ärztliche Stellungnahmen vor.

5.2 In Würdigung der Akten- und Rechtslage kann im vorliegenden Fall allerdings weder auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. J. \_\_\_\_\_ noch auf jene von PMEDA-Gutachter Dr. I. \_\_\_\_\_ abgestellt werden. Dies aus folgenden Gründen:

5.2.1 Einerseits genügen die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. J. \_\_\_\_\_ den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Berichte vorliegend nicht (vgl. vorne E. 3.4 und 3.6). Die Funktion von Aktengutachten des RAD besteht darin, den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen sowie in schlüssiger Art und Weise darzulegen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Dem kommt der RAD-Arzt nicht nach. Andererseits vermögen auch die abweichenden Einschätzungen in den Akten Zweifel an seiner Beurteilung einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit zu begründen.

5.2.1.1 In seiner Stellungnahme vom 22. März 2018 nimmt Dr. J. \_\_\_\_\_ zwar Bezug auf die Einschätzung von PMEDA-Gutachter Dr. I. \_\_\_\_\_ und schliesst sich ab Anfang 2018 dessen Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % an, er begründet allerdings nicht, worauf er seine Prognose, dass sich diese im Verlauf steigern lassen sollte, abstützt (vgl. E. 4.5). Auch in sämtlichen nachfolgenden Beurteilungen fehlt eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Dr. I. \_\_\_\_\_, obschon Dr. J. \_\_\_\_\_ bereits in seiner zweiten Stellungnahme vom 27. September 2019 davon ausging, dass den neu aufgelegten Akten keine Befunde entnommen werden könnten, die eine Einschränkung in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit begründen liessen, also implizit von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. E. 4.10), sich der Verdacht von Dr. I. \_\_\_\_\_ bezüglich limitierenden Rücken- und Hüftbeschwerden aber in der Folge bestätigte. Im Weiteren äussert sich Dr. J. \_\_\_\_\_ am 27. September 2019 auch überhaupt nicht zu den Ergebnissen der Abklärungen bei der BEFAS und der Stiftung E. \_\_\_\_\_, welche ihm damals neu vorgelegt wurden (vgl. E. 4.10). Soweit die Beschwerdegegnerin zudem behauptet, auch Dr. L. \_\_\_\_\_ von der BEFAS gehe wie der RAD in einer angepassten Beschäftigung von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit aus, muss ihr entgegengehalten werden, dass Dr. L. \_\_\_\_\_ aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs (auch bei sitzenden Tätigkeiten) eine Leistungsfähigkeit von lediglich 80 % als möglich erachtet. Daneben hält Dr. L. \_\_\_\_\_ – im Gegensatz zum RAD – zum ergonomischen Profil explizit fest, auch mittelschwere Tätigkeiten seien nicht zu leisten (vgl. E. 4.7). Die Prognose einer 80%igen Leistungsfähigkeit konnte in der Folge beim dreimonatigen Arbeitstraining in der Stiftung E. \_\_\_\_\_ allerdings nicht erreicht werden, dies bei offensichtlich einwandfreiem Arbeitsverhalten und -einsatz des Versicherten (vgl. E. 4.8). Dr. J. \_\_\_\_\_ setzt sich mit

diesen abweichenden Einschätzungen überhaupt nicht auseinander, vielmehr sieht er seine Einschätzung einer vollumgänglichen Arbeitsfähigkeit nach dem Studium der erwähnten Berichte bestätigt, was nicht nachvollzogen werden kann. Vielmehr vermögen die Beurteilungen von Dr. L. \_\_\_\_\_ und den Fachleuten der Stiftung E. \_\_\_\_\_ an der Einschätzung von Dr. J. \_\_\_\_\_ begründete Zweifel zu erwecken, wobei sich bereits bei geringen Zweifeln eine klärende medizinische Stellungnahme aufdrängt (vgl. E. 3.6 und 3.8).

5.2.1.2 Ferner definiert auch Dr. P. \_\_\_\_\_ im Bericht zuhanden des RAD vom 21. Februar 2020 das ergonomische Profil mit ausschliesslich leichten körperlichen Tätigkeiten. Zudem geht auch sie implizit noch von keiner 100%igen Arbeitsfähigkeit aus, indem sie vorschlägt, die Wiedereingliederung im Sinne eines Arbeitsversuchs langsam zu beginnen und diese im Verlauf zu steigern (vgl. E. 4.14). Ihre Angabe von bloss kurzzeitigen Effekten der bisherigen Infiltrationen steht denn auch nicht im Widerspruch zur sonstigen Aktenlage, wie dies Dr. J. \_\_\_\_\_ am 14. April 2020 vorbringt (vgl. E. 4.15). Einerseits hielt auch Dr. Q. \_\_\_\_\_ fest, die Infiltrationen hätten eine Schmerzreduktion über sechs Wochen gebracht und die bisherigen ambulanten Therapien hätten zu keiner Verbesserung der Beschwerden und Einschränkungen geführt (vgl. E. 4.13). Dass Dr. P. \_\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 21. Februar 2020 (vgl. IV-act. 96 S. 3 f.) kurz nach erfolgter Infiltration am 8. Januar 2020 von einem insgesamt erfreulichen Verlauf ausgeht, spricht denn auch nicht gegen ihre Einschätzung von bisher bloss vorübergehenden positiven Effekten.

5.2.1.3 Den Akten lassen sich Hinweise auf eine über das RAV organisierte, bis 21. Februar 2020 befristete Tätigkeit als Velomechaniker entnehmen. Doktor P. \_\_\_\_\_ hielt am 4. September 2019 fest, der Patient sei weiterhin als Velomechaniker 100 % arbeitsfähig (vgl. E. 4.9). Doktor Q. \_\_\_\_\_ berichtete am 24. Januar 2020, aktuell sei der Versicherte über das RAV als Velomechaniker bis zum 21. Februar 2020 zu 100 % beschäftigt (vgl. E. 4.13). Zwar spricht dies durchaus für gewisse Ressourcen des Versicherten, daraus direkt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit – entsprechend der Einschätzung des RAD – abzuleiten, geht jedoch zu weit. Einerseits sind keine Details zu dieser Beschäftigung bekannt. So ist etwa nicht auszuschliessen, dass die Arbeit zumindest zu Beginn nicht in einem 100 %-Pensum erbracht werden musste. Immerhin erklärte Dr. F. \_\_\_\_\_ am 22. Juli 2019, der Patient arbeite teilweise in einem Spezialprogramm (vgl. IV-act. 72). Zu diesem Zeitpunkt waren die beruflichen Abklärungen in der Stiftung E. \_\_\_\_\_ (4. Februar bis 3. Mai 2019; vgl. E. 4.8) bereits

beendet, sodass sich der Arzt im Juli 2019 mutmasslich auf diese durch das RAV vermittelte Tätigkeit bezogen haben musste (der Arbeitsbeginn lässt sich aus den Akten nicht entnehmen). Andererseits ist zudem mit der Schnupperwoche bei der N. \_\_\_\_\_ AG aktenkundig, dass der pflichtbewusste Versicherte auch schon (über einen befristeten Zeitraum hinweg) eine Tätigkeit durchgezogen hatte, welche offensichtlich für sein Krankheitsbild zu anstrengend war (vgl. E. 4.8).

5.2.1.4 Die Beschwerdegegnerin bringt in der Verfügung vom 5. Mai 2020 (vgl. IV-act. 100 S. 2) vor, wie RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_\_ bescheinige auch Hausarzt Dr. F. \_\_\_\_\_ im Arzteugnis vom 29. August 2018 ab 1. September 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. IV-act. 43). Dies gilt es dahingehend zu relativieren, als diese Einschätzung ohne jegliche begründenden Ausführungen bleibt und Dr. F. \_\_\_\_\_ auch schon festgehalten hatte, er sehe den Beschwerdeführer nur zwischenzeitlich, um die Feinjustierung des Rehabilitationsprogramms zu überwachen (vgl. IV-act. 14 S. 1). Inwieweit das Arzteugnis vom 29. August 2018 zudem in Zusammenhang mit der offenbar vom Beschwerdeführer ausgeübten Tätigkeit als Velomechaniker (vgl. hierzu vorstehende E. 5.2.1.3) steht, der Hausarzt ihm diese im Sinne eines "Spezialprogramms" ermöglichen wollte, bleibt zudem offen. In Anbetracht der übrigen Aktenlage rechtfertigt es sich jedenfalls nicht, gestützt auf dieses unbegründete Arzteugnis von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

5.2.1.5 Im Übrigen verfügt RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_\_ unbestrittenermassen über keinen zur Beurteilung des Gesundheitsschadens des Versicherten einschlägigen Facharztstitel. Auch insofern rechtfertigt es sich mit Blick auf die abweichenden medizinischen Berichte nicht, auf seine Einschätzung einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten (leichten bis gelegentlich mittelschweren) Tätigkeit abzustellen.

5.2.2 Demgegenüber kann jedoch auch nicht auf die Beurteilung im PMEDA-Gutachten vom 6. Februar 2018 (vgl. E. 4.4) abgestellt werden. Dem Gutachter Dr. I. \_\_\_\_\_ standen damals noch keine bildgebenden Befunde zur Verfügung, womit er die funktionellen Einschränkungen nicht abschliessend beurteilen konnte. Doktor I. \_\_\_\_\_ behielt sich sodann ausdrücklich vor, dass nach deren Eingang eine neuerliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen sei. Die nachfolgende Einschätzung von Dr. L. \_\_\_\_\_ im Rahmen der BEFAS-Abklärung vom 27. August 2018 mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % (20%ige Einschränkung bei einem Vollzeitpensum) spricht denn auch für eine Arbeitsfähigkeit über 50 % (vgl. E. 4.7). Zwar konnte die Prognose von

Dr. L. \_\_\_\_\_ im darauffolgenden Arbeitstraining nicht bestätigt werden, was seinerseits – zumindest geringe – Zweifel an seiner Einschätzung aufkommen lässt. Die Einschätzung im Abklärungsbericht der Stiftung E. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019, wonach die Leistungsfähigkeit des Versicherten bei einem 80 %-Pensum bei 55 bis 60 % liege (vgl. E. 4.8), kann in Anbetracht der abweichenden ärztlichen Stellungnahmen jedoch ebenso wenig unbesehen übernommen werden. Neben Dr. L. \_\_\_\_\_ geht immerhin auch Dr. P. \_\_\_\_\_ davon aus, dass zumindest im Verlauf eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich sei (ihre Antwort im Bericht vom 21. Februar 2020 bezog sich auf ein 100 %-Pensum), ohne sich aber aktuell auf eine konkrete Prozentangabe festzulegen.

5.3 Schliesslich kann der kardiologischen Abklärung vom 5. September 2019 (IV-act. 75) erstmals ein Hinweis auf eine COPD mit limitierenden Beschwerden beim Fahrrad-Test aufgrund von erheblicher Dyspnoe entnommen werden. RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_\_\_ sah diesbezüglich vordergründig ein Sistieren des Rauchens indiziert und verwies auf fehlende fachärztliche Berichte, die bei einer relevanten Symptomatik zu erwarten seien (vgl. E. 4.11). Soweit ersichtlich wurde die Aktenlage in dieser Hinsicht allerdings nicht mehr aktualisiert, womit unklar bleibt, ob eine solche fachärztliche Diagnostik allenfalls stattgefunden hat.

5.4 Damit liegt eine widersprüchliche Aktenlage vor, die sich – wie vorstehend ausgeführt – mit den Stellungnahmen des RAD-Arztes nicht auflösen lässt. Bisher nicht rechtsgenügend geklärt, ist die Frage nach den funktionellen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers. Der medizinische Sachverhalt ist in diesem Sinne unvollständig erhoben worden, womit die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht verletzt hat. Bei dieser Ausgangslage hätte sie – anstelle wiederholter versicherungsinterner Stellungnahmen ihres RAD – ein versicherungsexternes Gutachten in Auftrag geben müssen. Dies wird sie, nach einer Aktualisierung der Aktenlage, nun nachzuholen haben. Insofern ist der Antrag des Beschwerdeführers auf ein Gerichtsgutachten – unter seiner Annahme, dass bereits ein Administrativgutachten vorliege – abzuweisen.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der vorliegenden Sach- und Rechtslage das Ausmass der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht festgestellt werden kann, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Aktualisierung der Aktenlage und Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens zurückzuweisen ist. Anschliessend hat

die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch neu zu befinden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

7.

7.1 Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird. Die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung an die Verwaltung wird – als formelles Obsiegen – unter dem Gesichtswinkel der Parteientschädigung praxisgemäss dem materiellen Obsiegen gleichgestellt (BGE 137 V 57 E. 2.1; 132 V 215 E. 6.2 mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten analog auch im Rahmen der Kostenverlegung (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Beschwerdegegnerin vorliegend vollumfänglich kostenpflichtig wird. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– vollumfänglich zurückzuerstatten.

7.2 Ausgangsgemäss ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2020 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit sie nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.
2. Der Beschwerdegegnerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– zurückerstattet.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen und MWST) 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 des Kantons Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 17. Februar 2022

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am