



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 3. August 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA Dr. iur. B. _____,

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2021 42

A. Der 1964 geborene A._____ meldete sich am 16. April 2014 aufgrund eines Epilepsieleidens zur Früherfassung an (IV-act. 1). Am 23. Mai 2014 folgte die Anmeldung für den Leistungsbezug (IV-act. 6). Die IV-Stelle gewährte ihm in der Folge mit Mitteilung vom 2. Oktober 2014 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 20). Da der Versicherte wieder in einem 100 %-Pensum beim vormaligen Arbeitgeber eine Beschäftigung fand, zeigte die Verwaltung A._____ mit Vorbescheid vom 2. September 2015 an, dass er keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe (IV-act. 28). Am 15. Oktober 2015 verfügte sie wie vorbeschieden (IV-act. 29).

Am 8. April 2019 meldete sich A._____ erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 36). Die IV-Stelle tätigte sodann medizinische und erwerbliche Abklärungen. Sie gewährte dem Versicherten wiederum Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 69). Vom 20. Januar bis 19. April 2020 fand eine berufliche Abklärung bei der C._____ statt (IV-act. 82). Diese wurde bis am 19. Juli 2020 verlängert (IV-act. 89). Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. D._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 11. Dezember 2020 stellte die Verwaltung die Ablehnung eines Leistungsanspruchs in Aussicht (IV-act. 109 und 110). Infolge unterbliebener Einwände verfügte die IV-Stelle am 16. Februar 2021 gleichlautend (IV-act. 112).

B. Beschwerdeweise lässt A._____ beantragen, in Aufhebung der Verfügung vom 16. Februar 2021 sei ihm mit Wirkung ab Wiederanmeldung am 8. April 2019 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung nebst Zinsen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Weiterführung der Sachabklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 17. März 2021 erhobene Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 3).

D. Die IV-Stelle schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (act. 6).

E. In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 8 und 10).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 16. Februar 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 146 V 364 E. 7.1).

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. 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.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Gesetz über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [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 gegeben. Die angefochtene Verfügung datiert vom 16. Februar 2021. Diese ging frühestens am 17. Februar 2021 beim Beschwerdeführer ein. Mit der am 16. März 2021 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung, womit auch den formellen Anforderungen Genüge getan ist (Art. 61 lit. b ATSG; § 65 Abs. 1 VRG). Auf die Beschwerde ist einzutreten. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte

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

3.2 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 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 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).

3.5 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).

3.6 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).

3.7 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 IVV mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar ist, müssen sie den von der

Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (siehe vorangehende E. 3.5) 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).

3.8 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.

4.1 Ihrer rentenablehnenden Verfügung vom 13. Oktober 2015 legte die IV-Stelle die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. D. _____ vom 15. September 2014 zugrunde (IV-act. 19 und 29). Danach bestand aufgrund der Epilepsie eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weshalb die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bau-Hilfsarbeiter als unzumutbar eingestuft wurde. Arbeiten mit Sturzgefahr (auf Leitern, Gerüsten oder in unmittelbarer Nähe anderer Gefahrenherde wie Wasser, Strom und Verkehr), mit gefährlichen Maschinen, mit alleinigen verantwortungsvollen Überwachungs- und Sicherheitsaufgaben, das Führen von Kraftfahrzeugen (Motorrad, Personenwagen, Lastwagen, etc.) und auch Schicht- oder Nachtarbeit wurden ausgeschlossen. Die ängstlich depressiv gefärbte Anpassungsproblematik wirkte sich nicht leistungsmindernd aus (IV-act. 19 S. 2). Gestützt auf ein Valideneinkommen von Fr. 64'158.– und ein Invalideneinkommen (LSE [Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik] 2012, ganzer privater Sektor, Niveau 1, Männer) von Fr. 59'685.– sowie unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % errechnete die Verwaltung einen Invaliditätsgrad von 7 % (IV-act. 29 S. 2).

4.2 In der angefochtenen Verfügung stütze sich die IV-Stelle wiederum auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. D. _____ vom 11. Dezember 2020 (IV-act. 109 und 112). Dieser führte aus, auf die im Rahmen der beruflichen Massnahmen erfolgte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne aus allgemeininternistischer/versicherungsmedizinischer Sicht nicht abgestützt werden, zumal angenommen werden müsse, dass dabei mehrheitlich auf die subjektiven Angaben der versicherten Person und die Arbeitsunfähigkeitsattestierungen der Hausärztin abgestützt worden sei. Er erachte auch die hausärztliche Einschätzung einer lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als nicht nachvollziehbar. Eine leichte kognitive Störung vermöge bezogen auf eine einfache Tätigkeit mit hohem Routineanteil höchstens eine 10–20%ige Einschränkung zu begründen. In der Annahme eines schmerzbedingt vermehrten Pausenbedarfs ebenfalls in der Grössenordnung von 10 bis

maximal 20 % würde eine 70–75%ige Arbeitsfähigkeit resultieren, was die Hausärztin denn auch mit einer wahrscheinlich zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Laufe der nächsten Monate nicht ausgeschlossen habe. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei wie folgt festzulegen: 100 % Arbeitsunfähigkeit vom 8. Februar 2019 bis längstens am 2. September 2019 und 25 % Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. September 2019. Zumutbar seien einfache, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne Schläge/Vibrationen auf das Achsenskelett, ohne Arbeiten an/mit nicht ausreichend gesicherten, somit unfall- und verletzungsgefährlichen Maschinen, Geräten, Substanzen, ohne Arbeiten in ungeschützten Höhen (Leitern, Gerüste) mit Fallhöhen von mehr als 1 m, ohne Arbeiten, die das Führen fahrausweispflichtiger Fahrzeuge erforderten, ohne Arbeiten, die eine alleinige Verantwortung für schutzbefohlene Personen erforderten. Eine lediglich vorübergehend höhere Arbeitsunfähigkeit (50 %) sei in den Monaten Mai/Juni 2020 vorgelegen und würde sich mit einer damals exazerbierten Rücken-/Kopfschmerz-Problematik erklären (IV-act. 109 S. 3).

5. Der Einschätzung des RAD-Arztes kann aus mehreren Gründen nicht gefolgt werden:

5.1 Der RAD-Arzt führte in seiner Stellungnahme aus, die leichte kognitive Störung vermöge bezogen auf eine einfache Tätigkeit mit hohem Routineanteil höchstens eine 10–20%ige Einschränkung zu begründen (IV-act. 109 S. 3). Mit anderen Worten attestiert er diesem Gesundheitsschaden eine leistungseinschränkende Wirkung. Eine Begründung für diese Beurteilung lässt sich der Stellungnahme nicht entnehmen. Indessen ist es grundsätzlich die Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. statt vieler: BGer 9C_478/2021 vom 11. November 2021 E. 4.2). RAD-Arzt Dr. D._____ verfügt allerdings über keinen Facharztstitel im Bereich der Psychiatrie.

5.2 Wie weiter oben dargelegt, vermag die Einschätzung von Berufsfachleuten erhebliche Zweifel an einer ärztlichen Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu begründen, sofern sich die versicherte Person während der beruflichen Abklärung einwandfrei verhalten und kooperativ gezeigt hat. Diesfalls sind ergänzende medizinische Erhebungen vorzunehmen (vgl. E. 3.8 hiavor). Der Beschwerdeführer absolvierte vom 20. Januar bis 19. Juli 2020 bei der C._____ eine Eingliederungsmassnahme. Vorerst war der Einsatz bis zum 19. April 2020 geplant gewesen. Im ersten Monat war ein Pensum von

50 %, im zweiten von 75 % und im dritten von 100 % angedacht gewesen (IV-act. 84 S. 2). Es wurde indessen nur eine Steigerung auf 80 % ab dem 6. April 2020 erreicht, weshalb die Massnahme verlängert wurde (IV-act. 87 und 89). Laut Bericht über die Eingliederungsmassnahme vom 18. August 2020 habe die geplante Steigerung auf 75 % planmässig durchgeführt werden können. Die nächste Erhöhung habe aufgrund der zunehmenden Schmerzbelastung und mit Absprache der Invalidenversicherung auf 80 % angesetzt werden müssen. In der Folge habe der Versicherte innerhalb der sieben Wochen Präsenzzeit mit 80 % 21 Ausfälle (stunden- oder tageweise) gehabt. Deshalb habe der Arzt eine Verkürzung der Arbeitszeit auf 50 % verordnet. Um den Rücken zusätzlich zu entlasten, sei die Präsenzzeit ab dem 16. Juni 2020 mit einem Arztzeugnis nochmals auf 30 % reduziert worden. Im Weiteren wurde dem Versicherten durchwegs ein einwandfreies Arbeitsverhalten attestiert. Ihm wurde eine hohe Zuverlässigkeit und auch Motivation bescheinigt. Ebenfalls führte der Leiter Fachstelle Berufliche Integration aus, dass der Beschwerdeführer täglich versucht habe durchzuhalten und er sei erst nach Hause gegangen, wenn die Schmerzbelastung zu stark geworden sei. Im Ergebnis schlussfolgerte er, eine Vermittlung im ersten Arbeitsmarkt sei unrealistisch. Die Tagesstruktur im geschützten Rahmen mache jedoch Sinn (IV-act. 95). Waren somit das Arbeitsverhalten und der Einsatz des Versicherten einwandfrei und ist nach Einschätzung der beruflichen Fachleute ein Einsatz im ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch, bedarf es einer klärenden ärztlichen Stellungnahme. Die Aussage des RAD-Arztes, wonach auf die im Rahmen der beruflichen Massnahme erfolgte Einschätzung nicht abgestützt werden könne, zumal angenommen werden müsse, dass dabei mehrheitlich auf die subjektiven Angaben der versicherten Person und die Arbeitsunfähigkeitsattestierungen der Hausärztin abgestützt worden sei, reicht hierfür nicht aus. Dies vermag den Unterschied zu einer 75%igen Arbeitsfähigkeit, wie von Dr. D. _____ postuliert, nicht zu erklären. Es besteht demnach eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen der beruflichen Abklärung und der medizinisch attestierten Leistungsfähigkeit, welche nicht schlüssig und nachvollziehbar aufgelöst wurde.

5.3 Unklar ist auch die Situation um die Rückenproblematik. Im Mai 2020 stellten die Ärzte des Spitals E. _____ eine deutliche Spinalkanalstenose L4/L5 sowie grenzwertig L3/L4, eine Foramenstenose L4/L5 rechts bei Intervertebralgelenksarthrose sowie eine kleine intraforaminale Protrusion fest. Sie empfahlen ein operatives Vorgehen mit Dekompression, da längerfristig durch eine alleinige Infiltration keine dauerhafte Besserung zu erzielen sei (IV-act. 93 S. 2). Am 22. Juni 2020 erfolgte eine Steroidinjektion auf Höhe L2/L3 paramedian rechts, welche allerdings aufgrund des Verdachts auf eine

subdurale Injektion abgebrochen wurde. Anlässlich der Nachkontrolle am 30. Juni 2022 klagte der Versicherte zum Erstaunen der Ärzte über eine Restitutio der Beschwerden. Sie schlugen deshalb eine konservative Behandlung vor (IV-act. 98 S. 3). Ungeachtet dessen arbeitete der Beschwerdeführer in dieser Zeit bei der C. _____ nur in einem Pensum von 30 %. Insgesamt stellt sich deshalb berechtigterweise die Frage, inwiefern die Rückenproblematik, welche nachweislich auf offensichtlichen degenerativen Veränderungen beruht, die Leistungsfähigkeit einzuschränken vermag, wenn auf der einen Seite die Ärzte des Spitals E. _____ ein operatives Vorgehen als unumgänglich einstufen, auf der anderen Seite nach einer nicht mal vollständigen Steroidinjektion eine Restitutio der Schmerzen eintritt, dennoch aber das Pensum nicht hat erhöht werden können. Obschon der vom Versicherten ins Recht gelegte Bericht des Spitals E. _____ vom 9. Juli 2021 nach Verfügungserlass datiert (Bf-act. 5) und somit grundsätzlich unbeachtlich ist (vgl. E. 1 hiavor), erhellt daraus trotzdem, dass sich die Schmerzproblematik verstärkt hat.

5.4 Kaum dokumentiert bzw. kaum Angaben finden sich zur Kopfschmerzproblematik. Laut Bericht des Kopfwehzentrums der Klinik F. _____ vom 7. Dezember 2020 (IV-act. 108) leidet der Beschwerdeführer drei bis vier Mal pro Woche an episodischer Migräne. Dabei handelt es sich um eine Angabe für den Zeitpunkt der letzten Konsultation am 7. Mai 2020. Für die Nachkontrolle erschien der Versicherte nicht mehr. Deshalb konnte sich der behandelnde Arzt nicht abschliessend zur Arbeitsunfähigkeit äussern, da dies von der aktuellen Kopfschmerzsituation abhängt. Auch diesbezüglich scheint eine leistungseinschränkende Wirkung nicht ausgeschlossen zu sein, zumal es offenbar einer der Faktoren war, weshalb der Beschwerdeführer das Pensum bei der C. _____ letztlich reduzieren musste (vgl. auch IV-act. 109 S. 2). Eine abschliessende Beantwortung dieser Frage liegt indessen nicht vor.

5.5 Nicht zum Vorwurf gereichen kann der IV-Stelle der Umstand, dass sie keine Kenntnis des neuen epileptischen Anfalls des Beschwerdeführers hatte. Gemäss Verlaufsbericht der Klinik G. _____ vom 27. Januar 2021 erlitt der Versicherte am 10. Januar 2021 – mithin vor Verfügungserlass – ein weiteres Anfallsrezidiv (Bf-act. 4). Dieses Vorkommnis wurde der Verwaltung nicht mitgeteilt, ist aber dennoch zu berücksichtigen (vgl. E. 1 hiavor). Die Ärzte erklärten im vorgenannten Bericht, die qualitativen Einschränkungen würden unverändert weitergelten. Damit scheint zumindest in dieser Hinsicht keine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit eingetreten zu sein.

5.6 Wohl stehen die RAD den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung, setzen die massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest und würdigen den medizinischen Sachverhalt, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Wenn aber, wie vorliegend, der medizinische Sachverhalt nicht abschliessend feststeht und auch die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in erheblicher Weise divergieren, reicht eine RAD-ärztliche Stellungnahme nicht aus, um eine rechtsgenügende Würdigung vornehmen zu können. Hinzu kommt, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. _____ von 75 % angesichts des interdisziplinären Charakters der Gesundheitsschäden und der abweichenden Beurteilung durch die Hausärztin nicht zu überzeugen vermag. Die Begründung ist nicht schlüssig und nachvollziehbar dargelegt.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. D. _____ vom 11. Dezember 2020 keine ausreichende Beurteilungsgrundlage darstellt. Vielmehr wäre aufgrund des interdisziplinären Charakters der zahlreichen Gesundheitsschäden das Einholen eines interdisziplinären Gutachtens angezeigt gewesen. Deshalb ist die Angelegenheit zwecks weiterer Abklärungen, namentlich zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens, an die Vorinstanz zurückzuweisen. Anschliessend hat die Beschwerdeführerin über den Leistungsanspruch neu zu befinden. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

7.

7.1 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 IV-Stelle vorliegend vollumfänglich kostenpflichtig wird (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Angesichts des angefallenen Verfahrensaufwandes erscheint eine Spruchgebühr von Fr. 800.– angemessen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– ist ihm zurückzuerstatten.

7.2 Ausgangsgemäss ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteienschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 3'300.– (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2021 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. 3'300.– (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, 3. August 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am