



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter  
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

URTEIL vom 15. Juni 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  
(Leistungen)

S 2021 69

A. Der Versicherte, A. \_\_\_\_\_, Jahrgang 1960, meldete sich am 31. Oktober 2011 unter Hinweis auf eine depressive Symptomatik mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit seit April 2011 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 8). Die IV-Stelle liess den Versicherten daraufhin psychiatrisch begutachten (IV-act. 20), gestützt darauf sie den Rentenanspruch mit Verfügung vom 2. Oktober 2012 ablehnte (IV-act. 28).

Mit Schreiben vom 17. März 2014 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an und begründete dies mit einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik seit einem Herzinfarkt im September 2013 (IV-act. 31). In der Folge gab die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Rheumatologie und Psychiatrie in Auftrag. Das Gutachten der medexperts ag datiert vom 15. Juli 2015 (IV-act. 53). Ausgehend von der darin attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit – körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten – sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 19. Januar 2018 mit Wirkung ab 1. Februar 2015 eine halbe Rente bei einem errechneten IV-Grad von 52 % zu (IV-act. 72 und 74).

Im September 2019 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine Rentenrevision ein (IV-act. 77). Im Rahmen dessen holte sie bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein und legte das Dossier dem RAD zur Beurteilung vor (IV-act. 88, 99 und 106). Schliesslich verfügte sie am 8. April 2021, dass die Invalidenrente nicht erhöht werde (IV-act. 105).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 11. Mai 2021 liess A. \_\_\_\_\_ beantragen, die Verfügung der IV-Stelle vom 8. April 2021 sei vollumfänglich aufzuheben und ihm sei eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge gemäss Gesetz. Zur Begründung wurde zusammenfassend ausgeführt, dass sich der RAD nicht eingehend genug mit ihm, dem Beschwerdeführer, bzw. sämtlichen vorliegenden medizinischen Unterlagen und Fakten befasst habe (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 12. Mai 2021 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 12. Juli 2021 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 6).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 8 und 10). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

F. Mit Eingabe vom 23. Mai 2022 liess der Beschwerdeführer einen Arztbericht des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2021 zu den Akten reichen (act. 12 und Bf-act. 4).

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: 8. April 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 Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 8. April 2021; diese ging am 12. April 2021 beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 11. Mai 2021 der

Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

4.

4.1 Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist in der Neuanmeldung glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

4.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung demnach zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71 E. 3.1). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Ablehnungsverfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Anderenfalls hat sie zusätzlich zu prüfen, ob nunmehr ein anspruchsbegründender oder ein anspruchserhöhender Invaliditätsgrad zu bejahen ist. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht dem Gericht (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 30–31 N 119 f.).

4.3 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dies beurteilt sich stets durch Vergleich der Sachlagen in zwei unterschiedlichen Zeitpunkten (revisionsrechtlicher Vergleichszeitraum). Zeitliche Vergleichsbasis bilden dabei die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht. Am Ende des revisionsrechtlichen Vergleichszeitraums steht immer die angefochtene Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 30–31 N 39 ff.).

5. Mit Verfügung vom 8. April 2021 lehnte die IV-Stelle eine Erhöhung der Invalidenrente bei unverändertem IV-Grad von 52 % ab. Der Beschwerdeführer beantragt eine ganze Rente. Somit gilt es nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 19. Januar 2018 bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. April 2021 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bzw. zu deren Entwicklung lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 19. Januar 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 15. Juli 2015. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine mittelgradige depressive Episode (im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung) ohne somatisches Syndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Periarthropathie der rechten Schulter mit Supraspinatustendinose bei Impingement und AC-Gelenksarthrose. Zusätzlich stellten die Gutachter die folgenden Nebendiagnosen, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten: Diffuses chronisches Schmerzsyndrom zerviko-zephal und -brachial sowie lumbal rechts, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden; akuter infero-posteriorer STEMI bei koronarer Eingefässerkrankung; Adipositas Grad I; Nikotinkonsum; Status nach Refluxösophagitis Grad IA, leichte Pangastritis (*Helicobacter pylori* positiv) Mai 2011; ACE-Hemmerunverträglichkeit und anamnestisch Prostata-Hyperplasie, seit kurzem Therapie mit Duodart. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass vordergründig eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung bestehe, welche zusammen mit der chronischen Schmerzstörung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bedinge, während von rein somatischer Seite in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten bei vollschichtiger Arbeitsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs eine 10%ige Leistungsreduktion zu erwarten sei (IV-act. 53).

5.2 Im Rahmen der im September 2019 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision wurden folgende medizinische Berichte eingereicht bzw. von der IV-Stelle eingeholt:

5.2.1 Mit Bericht vom 8. November 2019 führte die Hausärztin des Versicherten, dipl. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, beurteilend aus, der Versicherte habe

eine sehr stark reduzierte körperliche und psychische Leistungsfähigkeit, welche nicht mit den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes vereinbar sei. Er ermüde sehr rasch, benötige viele Pausen, könne vieles gar nicht alleine erledigen und sei auf Betreuung und Motivation durch seine Angehörigen angewiesen. Der Verlauf sei über die Jahre trotz intensiver therapeutischer Bemühungen gradweise schlechter geworden und die Prognose bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit sei ungünstig (IV-act. 78).

5.2.2 Im Fragebogen zur Rentenrevision vom 14. Januar 2020 wurde eine gradweise Verschlechterung seit Frühling 2019 geltend gemacht und in diesem Zusammenhang auf eine Stent-Thrombose mit Herzinfarkt von Juni 2019 hingewiesen. Psychisch gehe es dem Versicherten schlecht. Seit dem zweiten Infarkt habe er Angst und eine schlechte Emotionskontrolle. Zu Hause funktioniere er nicht. Er brauche für alles Hilfe und könne nicht alleine sein, da er Panik kriege. Seit August 2019 sei er wegen Blutdruckproblemen und dem Herzinfarkt bei Dr. E. \_\_\_\_\_ in Behandlung (IV-act. 80).

5.2.3 Wie dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Kardiologie und Innere Medizin, vom 17. Februar 2020 entnommen werden kann, fand bei ihm die erste und zugleich auch letzte Kontrolle am 26. August 2019 statt. Dabei wurde von folgenden Diagnosen ausgegangen: Koronare 1-Gefässerkrankung, Status nach inferiorem STEMI Juni 2019 bei später Stent-Thrombose der medialen CX, Status nach Stenting der medianen CX bei inferiorem STEMI 24. September 2013, normale linksventrikuläre Globalfunktion, LVEF biplan 66 %, inferior Hypo-/Akinesie, Präinterventionell AV-Block III bei Ischämie, Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, persistierender Nikotinkonsum, Diabetes mellitus Typ II (ED 2013); schwere Depression; chronisch dyspeptische Beschwerden; Adipositas; schweres OSAS; COPD Gold I und benigne Prostatahyperplasie mit rezidivierender Makrohämaturie (ED 2015). Anamnestisch wurde ausgeführt, dass der Patient im Alltag bezüglich belastungsabhängigen Schmerzen oder Dyspnoe beschwerdefrei sei. Im Vordergrund stehe eine gewisse Schwindelsymptomatik beim Laufen. Aus kardialer Sicht präsentiere sich die Situation aktuell weitgehend stabil. Bei nicht konklusiver Belastungsmöglichkeit sei die Abschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit schwierig. Aufgrund der kardialen Erkrankung mit Polymorbidität sei von einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit auszugehen (ca. 50 %). Sehr schwere körperliche Tätigkeiten (Heben von Lasten, intensive Wechselbewegungen) seien aufgrund der Grunderkrankung nicht möglich. Zum weiteren Prozedere schlug Dr. E. \_\_\_\_\_ eine nächste kardiologische Kontrolle in einem Jahr vor (IV-act. 82).

5.2.4 Am 10. März 2020 berichtete die Hausärztin ein weiteres Mal über den Versicherten. Zum Verlauf merkte sie an, es bestehe seit 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Folgende Probleme hätten sich verschärft: Schlafstörung, Angststörung, starke Müdigkeit, Nackenschmerzen, Anstrengungsdyspnoe, geringe körperliche Belastungsfähigkeit, psychische Probleme, schlechte Konzentration, Kommunikation erschwert, sehr starke Antriebslosigkeit. Der Versicherte könne max. 30 Minuten alleine sein, sonst kriege er Panik und Angst. Die Angehörigen müssten ihn stets betreuen, bei ihm sein und ihn auffordern, einfache Dinge zu tun. Die Körperpflege müsse angeleitet und kontrolliert werden. Zum Beispiel müsse die Unterwäsche kontrolliert werden, damit er nicht eingenässt auf das Sofa sitze. Dieser Aufwand durch die Angehörigen sei enorm und habe deutlich zugenommen. Bei einem Angstanfall komme es auch immer wieder zu Blutdruckentgleisungen. Es bestehe eine schwere Depression. Eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt sei unrealistisch. Betreffend weitere Behandlung und Kontrollen verwies die Hausärztin auf den Psychiater med. pract. F.\_\_\_\_\_ und den Kardiologen Dr. E.\_\_\_\_\_. An anderer Stelle wurde erneut ausgeführt, dass eine körperlich sehr schwache Belastbarkeit bestehe. Der Antrieb und die Konzentration seien stark reduziert. Der Versicherte brauche kontinuierliche Unterstützung durch Angehörige. Beim Autofahren kriege er Angst. Wenn die Ehefrau daneben sitze, gehe es. Eine Erwerbstätigkeit sei dem Versicherten nicht zumutbar und die Prognose zur Eingliederung schlecht (IV-act. 84).

5.2.5 Mit Verlaufsbericht vom 22. Juli 2020 hielt der behandelnde Psychiater, med. pract. F.\_\_\_\_\_, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei unveränderter Diagnose fest und wies darauf hin, dass die depressive Symptomatik weiter zugenommen habe. Für die Alltagsbewältigung sei der Versicherte auf die Unterstützung seiner Ehefrau angewiesen. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ca. einmal pro Monat würden therapeutische Gespräche stattfinden und er nehme Antidepressiva ein. Es sei keine Verbesserung mehr zu erwarten. Ohne Unterstützung seiner Familie wäre der Versicherte ein Pflegefall (IV-act. 87).

5.2.6 Am 4. August 2020 nahm erstmals RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, zu den Neuakten Stellung und führte aus, diesen könne ein akutes kardiales Ereignis im Sinne eines inferioren Herzinfarkts bei später Stent-Thrombose der medialen CX im Juni 2019 entnommen werden. Der postinterventionelle Verlauf sei aus somatischer Sicht regelrecht mit zuletzt weitgehend stabiler kardialer Situation (klinisch kompensiert, echokardiografisch normale biventrikuläre Pumpfunktion,

keine Rhythmusprobleme, Ergometrie nicht konklusiv beurteilbar) gewesen. Im vorstehenden Kontext werde behandlerseitig eine Verschlechterung des somatischen und psychischen Gesundheitszustandes mit körperlicher Belastungs-/Leistungsintoleranz und schwergradiger ängstlich-depressiver Symptomatik postuliert, wobei Letzteres zumindest vorübergehend im Sinne einer reaktiven Verschlechterung nachvollziehbar erscheine, während indes folgende Punkte gegen eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sprächen: Der Versicherte habe sich bei der letzten kardialen Untersuchung vom 26. August 2019 bis auf gelegentlich Schwindel beschwerdefrei präsentiert. Auch klinisch befundlich und echokardiografisch liessen sich keine Anhaltspunkte für eine relevante (funktionelle) Verschlechterung von Seiten der kardialen Problematik finden. Die fachärztlich kardiologische Einschätzung, dass sehr schwere körperliche Tätigkeiten aufgrund der Grunderkrankung nicht möglich seien, lasse darauf schliessen, dass zumindest körperlich leichte Tätigkeiten aus rein kardiologischer Sicht weiterhin zumutbar seien bzw. wären. Gesetztendfalls, dass sich die kardiale Situation verschlechtert habe, wie von hausärztlicher Seite postuliert, wäre aus allgemein internistischer Sicht eine fachärztlich kardiologische Verlaufsuntersuchung zu erwarten (gewesen). Eine letzte Konsultation datiere indes vom 26. August 2019. Weiter wies Dr. G. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass der behandelnde Psychiater bereits zum Zeitpunkt der letztmaligen rechtskräftigen Verfügung von einer schweren depressiven Episode ausgegangen sei und dauerhaft keine Aussicht auf eine Verbesserung prognostiziert habe; dies abweichend von der gutachterlich psychiatrischen Einschätzung. Die postulierte schwere affektive Problematik lasse sich in Abwesenheit eines aktuellen AMDP-konform erhobenen psychopathologischen Befunds nicht nachvollziehen. Das Faktum einer lediglich einmal im Monat stattfindenden psychotherapeutischen Sitzung spreche gegen eine im postulierten Schweregrad vorliegende ängstlich/depressive Symptomatik. Gestützt werde dies durch den Sachverhalt, dass der Versicherte trotz angeblicher Vita minima fähig sei, in Begleitung seiner Ehefrau ein Fahrzeug zu führen. Insgesamt sei eine länger andauernde oder gar dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands, welche eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in körperlich leichter bis gelegentlich mittelschwerer Tätigkeit zu begründen vermöchte, nicht glaubhaft gemacht (IV-act. 88).

5.2.7 Zusammen mit der Einwandsergänzung vom 30. November 2020 liess der Versicherte den Radiologie-Bericht des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ (MRI HWS) vom 13. Oktober 2020 zu den Akten reichen. Im Rahmen der Gesamtbeurteilung kam der Stv. Chefarzt zum Schluss, dass sich im Vergleich zu einer älteren Voruntersuchung von 2011

eine neu aufgetretene mediolinkslaterale Protrusion mit kleiner infraforaminaler Hernierung C3/C4 und relativ deutlicher Forameneinengung links auf dieser Etage finden liessen. Weiter habe sich eine im Verlauf zunehmende osteodiscäre, rechtsbetonte Protrusion C5/C6 mit deutlicher/ausgeprägter Forameneinengung C5/C6 rechts gezeigt (IV-act. 97 S. 4).

5.2.8 Am 14. Dezember 2020 nahm RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ zur Einwandsergänzung vom 30. November 2020 und dem neu aufgelegten Bericht des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2020 Stellung. Dabei wies er noch einmal darauf hin, dass sich dem Bericht vom 22. Juli 2020 keine AMDP-konform erhobene Befundlage entnehmen lasse, weshalb denn auch die behandlerseitig postulierte Verschlechterung nicht nachvollzogen werden könne; dies gelte auch unter Berücksichtigung der als äusserst gering einzustufenden Behandlungsintensität. De facto habe med. pract. F. \_\_\_\_\_ bereits mit Schreiben vom 27. Februar 2014 (also vor der Begutachtung durch die medexperts ag) zum Ausdruck gebracht, dass die Prognose sehr ungünstig sei und mit keiner Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt mehr zu rechnen sei. Dem Radiologie-Bericht des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ könnten im Vergleich zur Voruntersuchung von 2011 zunehmende degenerative Veränderungen entnommen werden. Solche Degenerationen würden mit zunehmendem Alter und in Abhängigkeit von Belastungen naturgemäss zunehmen, während in Bezug auf allfällige funktionelle Einschränkungen die klinische Befundlage massgebend sei. Unter klinischen Angaben lasse sich lediglich entnehmen, dass nebst Schmerzen im HWS-Bereich Ausstrahlungen in beide Hände rechtsbetont vorliegen würden. Anhaltspunkte bzw. Hinweise für eine sensomotorische Defizitsymptomatik liessen sich dem Dossier indes nicht entnehmen. Gegebenenfalls wäre denn auch in diesem Falle bei einem entsprechenden Leidensdruck eine weiterführende klinisch neurologische und elektrophysiologische Untersuchung zu erwarten (gewesen). Das diffuse, chronische Schmerzsyndrom zerviko-zephal und -brachial sei bereits zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung gewürdigt worden und finde im ergonomischen Profil seinen Niederschlag. Vor Fallabschluss empfehle er, bei der Hausärztin bezüglich einer zeitnah erfolgten neurologischen und/oder wirbelsäulenchirurgischen Abklärung nachzufragen (IV-act. 99). Diese Nachfrage erfolgte am 5. Januar 2021 (IV-act. 100) und schliesslich noch einmal am 26. Februar 2021 (IV-act. 103).

5.2.9 Mit Bericht vom 10. März 2021 informierte dipl. med. D. \_\_\_\_\_ ergänzend darüber, dass der Versicherte neu an einer Femoropatellararthrose und einer

Enthesiopathie der Quadrizepssehne am Oberpol der rechten Patella leide. Aufgrund der Arthrose habe der Versicherte im rechten Knie belastungsabhängig Schmerzen und trotz schmerzlindernder Medikamente Mühe beim Gehen. Bereits leichte Belastung führe rasch zu einer schmerzhaften Schwellung und Bewegungseinschränkung im rechten Knie. Zudem bestünden Nachtschmerzen (IV-act. 104 S. 2).

5.2.10 In seiner Stellungnahme vom 25. März 2021 hielt Dr. G.\_\_\_\_\_ fest, den Neuakten könne vordergründig eine neue Schmerzentität in Zusammenhang mit einer degenerativen Knieproblematik entnommen werden. Bezogen auf eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten lasse sich damit indes keine über die bisherige hinausgehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründen, während das ergonomische Profil dahingehend ergänzt werden müsste, als dass die Tätigkeiten wechselbelastend und unter Ausschluss von Knie-Zwangshaltungen (knien, kauern) sein sollten. Im Falle eines relevanten Leidensdrucks würde er auch hier eine fachärztliche Anbindung und gegebenenfalls Therapieintensivierung (Infiltration etc.) erwarten. Entsprechende Berichte liessen sich dem Dossier weiterhin nicht entnehmen (IV-act. 106).

6.

6.1 Vorliegend ist strittig, ob im Vergleich zur rentenzusprechenden Verfügung von Januar 2018 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Während sich die IV-Stelle diesbezüglich im Wesentlichen auf die Stellungnahme des RAD stützt, wonach in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, mithin weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente besteht, stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, auf die RAD-Beurteilung könne nicht abgestellt werden.

6.2 Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass es grundsätzlich zulässig ist, im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in diesem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGer 9C\_341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 122 V 157 E. 1d). Wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird, bestehen vorliegend für das Gericht jedoch gerade keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung. Einleitend ist dabei festzustellen, dass RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_\_ mehrmals nämlich am 4. August 2020 (IV-act. 88), am 14. Dezember 2020 (IV-act. 99)

und am 25. März 2021 (IV-act. 106) zu den jeweils neu vorliegenden medizinischen Unterlagen Stellung genommen hat. Dabei hat er sehr ausführlich und nachvollziehbar begründet, weshalb nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden kann.

### 6.3

6.3.1 In somatischer Hinsicht steht fest, dass der Beschwerdeführer an einer koronaren Eingefässerkrankung leidet. Während ein erster akuter infero-posteriorer Infarkt (25. September 2013) bereits zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung aus dem Jahr 2018 aktenkundig war, kam es im weiteren Verlauf zu einem neuen kardialen Ereignis im Sinne eines inferioren Herzinfarkts bei später Stent-Thrombose der medialen CX im Juni 2019 (vgl. IV-act. 82). Wie RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 4. August 2020 (IV-act. 88) zutreffend festgestellt hat, war der postinterventionelle Verlauf aus somatischer Sicht regelrecht. Gemäss behandelndem Kardiologen präsentierte sich die Situation im August 2019 jedenfalls weitgehend stabil. Bis auf eine gewisse Schwindelsymptomatik beim Laufen war der Beschwerdeführer im Alltag beschwerdefrei. Insbesondere bestanden keine belastungsabhängigen Schmerzen oder Dyspnoe. Auch im weiteren Verlauf kam es offensichtlich nicht zu einer Verschlechterung der kardialen Problematik, ist doch keine weitere kardiologische Verlaufsuntersuchung dokumentiert. Vielmehr erfolgte die letzte und zugleich auch einzige Konsultation bei Dr. E. \_\_\_\_\_ am 26. August 2019, wobei der Kardiologe zum damaligen Zeitpunkt keinen Handlungsbedarf sah. Was das Belastbarkeitsprofil anbelangt, ging er davon aus, dass dem Beschwerdeführer sehr schwere körperliche Tätigkeiten (Heben von Lasten, intensive Wechselbelastungen) aus kardialer Sicht nicht mehr möglich seien. Dies lässt darauf schliessen, dass der Kardiologe zumindest körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten weiterhin als zumutbar erachtete, was mit dem von der Beschwerdegegnerin angenommenen ergonomischen Profil übereinstimmt. In einer solch optimal angepassten Tätigkeit wird seitens der IV-Stelle eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit anerkannt, wobei die Einschränkung vor allem psychiatrisch bedingt ist. Eine darüberhinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vermag die kardiale Problematik des Beschwerdeführers nicht zu begründen. In Anbetracht der Tatsache, dass von einer stabilen kardialen Situation ohne weitere fachärztliche Untersuchungen auszugehen ist, besteht jedenfalls keine Veranlassung, aufgrund der kardialen Problematik eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. In kardiologischer Hinsicht lässt sich somit keine relevante Verschlechterung im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Verfügung entnehmen.

6.3.2 In rheumatologischer Hinsicht wurde bereits zum Zeitpunkt der rentenbegründenden Verfügung vom 19. Januar 2018 ein Schmerzsyndrom der rechten Körperseite festgestellt und es zeigten sich altersentsprechende degenerative Veränderungen an der unteren HWS und LWS sowie am rechten Schultergelenk, welche indes die Chronizität und beklagte Intensität der Beschwerden nicht ausreichend erklären konnten. Angesichts dessen waren dem Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten zumutbar (vgl. IV-act. 53 S. 36 ff.). Dem neu aufgelegten Radiologie-Bericht des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2020 (IV-act. 97 S. 4) über das gleichentags durchgeführte MRI der HWS kann im Vergleich dazu eine Zunahme der degenerativen Veränderungen entnommen werden, was auch seitens des RAD-Arztes Dr. G. \_\_\_\_\_ nicht bestritten wird. Zu Recht weist er in diesem Zusammenhang in seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2020 (IV-act. 99) aber auch darauf hin, dass solche Degenerationen mit zunehmendem Alter und in Abhängigkeit von Belastungen naturgemäss zunehmen würden. Ebenfalls ist ihm zuzustimmen, dass in Bezug auf allfällige funktionelle Einschränkungen die klinische Befundlage massgebend ist. Diesbezüglich lassen sich dem genannten Bericht lediglich Schmerzen im HWS-Bereich mit Ausstrahlung in beide Hände, rechtsbetont, entnehmen. Wie das bereits Ausgeführte zeigt und auch RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ zutreffend festgestellt hat, wurde das diffuse, chronische Schmerzsyndrom zerviko-zephal und -brachial sowie lumbal rechts bereits zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung gewürdigt und fand im ergonomischen Profil seinen Niederschlag. Der Radiologie-Bericht ist somit nicht geeignet, die Geltendmachung einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu untermauern. Nichts anderes hat auch für den im vorliegenden Verfahren neu aufgelegten Bericht des Kantonsspitals C. \_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2021 (Bf-act. 4) zu gelten. Einerseits werden darin die Befunde der gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchung wiedergegeben, mithin über einen Gesundheitszustand nach Erlass der angefochtenen Verfügung berichtet, und andererseits wird explizit erwähnt, dass sich bildgebend keine akut neuen Veränderungen zur MRI-Untersuchung der HWS vom 13. Oktober 2020 zeigen würden.

6.3.3 Aktenkundig ist des Weiteren ein Arztbrief der Hausärztin des Beschwerdeführers vom 10. März 2021 (IV-act. 104 S. 2), mit dem auf eine neue Diagnose bzw. Symptomatik im Sinne einer Femoropatellararthrose und einer Enthesiopathie der Quadrizepssehne am Oberpol der rechten Patella mit belastungsabhängigen Schmerzen, Schwellungen und Bewegungseinschränkungen hingewiesen wurde. Doktor G. \_\_\_\_\_ nahm diese neue

Diagnose und die Schmerzintensität in Zusammenhang mit der degenerativen Knieproblematik zur Kenntnis und würdigte dies im Rahmen seiner Stellungnahme vom 25. März 2021 (IV-act. 106) dahingehend, dass das ergonomische Profil ergänzt werden müsste, als die Tätigkeiten wechselbelastend und ohne Knie-Zwangshaltungen (knien, kauern) sein sollten. In einer solch angepassten Tätigkeit konnte er hingegen keine über die bisherige hinausgehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründen. Was daran falsch sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht und wird seitens des Beschwerdeführers denn auch nicht dargelegt, sodass sich weitere Ausführungen dazu erübrigen, zumal auch diesbezüglich keine weiterführende fachärztliche Abklärung bzw. Untersuchung stattfand.

6.3.4 In psychiatrischer Hinsicht bestand zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, die zusammen mit der chronischen Schmerzstörung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bedingte (vgl. IV-act. 53 S. 30 ff. und IV-act. 54). Soweit der Beschwerdeführer im Vergleich hierzu unter Verweis auf die Berichte (IV-act. 78, 80, 84 und 87) seiner Hausärztin, dipl. med. D. \_\_\_\_\_, und des behandelnden Psychiaters, med. pract. F. \_\_\_\_\_, eine Verschlechterung seines psychiatrischen Gesundheitszustandes geltend zu machen versucht, kann ihm nicht gefolgt werden. Wie sich aus den Akten ergibt, gingen die behandelnden Ärzte bereits vor Erlass der letzten rechtskräftigen Verfügung von Januar 2018 von einer schweren depressiven Symptomatik verbunden mit einer bis auf weiteres bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Prognose schätzten sie bereits zum damaligen Zeitpunkt als sehr ungünstig ein, sodass sie mit einer Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft nicht mehr rechneten (vgl. IV-act. 30, 37 S. 1 ff., 44 und 65 S. 1 f.). Ebenfalls stellten sie bereits dazumal fest, dass der Beschwerdeführer fast nicht mehr alleine sein und fast nichts mehr alleine unternehmen könne. Die Ehefrau müsse ihn überallhin begleiten. Angesichts dessen stellte sich der behandelnde Psychiater auf den Standpunkt, dass der Versicherte ohne Betreuung durch seine Ehefrau vermutlich im Pflegeheim wäre. Diesen Feststellungen konnte sich der psychiatrische Teilgutachter der medexperts ag nicht anschliessen. Vielmehr beurteilte er den durch den behandelnden Psychiater erhobenen Befund im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode. Anlässlich der Begutachtung fand sich ebenfalls nur eine knapp mittelgradige depressive Symptomatik. In Abweichung zur Einschätzung der behandelnden Ärzte ging der Sachverständige somit von einer medizinisch theoretischen Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % aus (vgl. IV-act. 53 S. 34 ff.). Trotz dessen hielten die behandelnden Ärzte an ihren bisherigen Beurteilungen fest und attestierten dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Wie bereits

in den obgenannten Berichten wiesen sie weiterhin darauf hin, dass der Versicherte für alles Hilfe benötige und ihn die Angehörigen stets betreuen müssten. Ohne Unterstützung wäre er ein Pflegefall. De facto entspricht diese Einschätzung somit den früheren Beurteilungen. Inwiefern eine tatsächliche Verschlechterung eingetreten ist, lässt sich den genannten Berichten nicht entnehmen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handelt, die im Wesentlichen wohl daher rührt, dass es sich bei dipl. med. D. \_\_\_\_\_ und med. pract. F. \_\_\_\_\_ um die behandelnden Ärzte handelt, die erfahrungsgemäss eher zu Gunsten des Beschwerdeführers aussagen werden (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers führt der Verweis auf diese Rechtsprechung denn auch nicht dazu, dass den behandelnden Ärzten Urkundenfälschung vorgeworfen wird. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine Erfahrungstatsache, welcher nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts Rechnung getragen werden darf (statt vieler BGer 8C\_55/2018 vom 30. Mai 2018 E. 6.2). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie jedenfalls mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welcher die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C\_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit Hinweisen).

Konnte auch RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ die behandlerseitig postulierte Verschlechterung nicht nachvollziehen, begründete er dies – entgegen dem Vorwurf des Beschwerdeführers – einlässlich und nachvollziehbar. Dabei stellte er in seinen Stellungnahmen vom 4. August 2020 (IV-act. 88) und 14. Dezember 2020 (IV-act. 99) zunächst ebenfalls fest, dass der behandelnde Psychiater bereits vor der Begutachtung im Jahr 2015 von einer ungünstigen Prognose und keiner Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen sei. Des Weiteren wies er zu Recht darauf hin, dass dem Verlaufsbericht von med. pract. F. \_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020 (IV-act. 87) kein AMDP-konform erhobener psychopathologischer Befund habe entnommen werden können. Damit gelang es dem behandelnden Psychiater aber gerade nicht, die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes medizinisch zu objektivieren. Darüber hinaus setzte sich der RAD-Arzt mit der Behandlung des Beschwerdeführers auseinander und stellte im Einklang mit den Akten fest, dass lediglich einmal pro Monat eine psychotherapeutische Sitzung stattfinden würde. Diesbezüglich ist zudem anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer bis dato keiner stationären Therapie unterzogen hat. Wie die Beschwerdegegnerin im

Rahmen der Duplik zutreffend angemerkt hat, ist zur Beurteilung des Schweregrades einer psychischen Erkrankung gerade auch die Intensität der Behandlung heranzuziehen. Nach dem soeben Ausgeführten ist mit RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ einig zu gehen, dass die Behandlungsintensität im vorliegenden Fall als äusserst gering bezeichnet werden muss, was mit der gleichzeitig postulierten schweren depressiven Symptomatik und dem vom Versicherten subjektiv beschriebenen, grossen Leidensdruck nicht in Einklang zu bringen ist. Gegen eine schwer ausgeprägte depressive Symptomatik spricht im Übrigen auch, dass der Beschwerdeführer weiterhin in der Lage ist, Auto zu fahren. Dabei ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass ihm nicht das Autofahren als solches vorgeworfen wird. Massgeblich ist vielmehr, dass das gezeigte Verhalten in Anbetracht der enormen motorischen und kognitiven Anforderungen, welche das Autofahren an eine Person stellt, gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf nicht unerhebliche Ressourcen schliessen lässt (BGer 9C\_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.3.2.1), was wiederum im Widerspruch zu seinen als ausgeprägt geschilderten vielfältigen Symptomen und Beschwerden steht. Angesichts des soeben Festgestellten erscheint es schlüssig, wenn RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ die geltend gemachte schwere depressive Symptomatik und damit einhergehend auch die dauerhafte Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes, welche eine von der bisherigen 50%igen Arbeitsfähigkeit abweichende Beurteilung hätte zu begründen vermögen, nicht nachvollziehen konnte. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ändert daran auch der Umstand nichts, dass keine persönliche Untersuchung durch den RAD-Arzt stattgefunden hat, ist dies doch nicht zwingend erforderlich. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Vorliegend ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass es für den RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ in Anbetracht der fehlenden relevanten Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes keinen Grund gab, eine eigene Untersuchung durchzuführen.

6.4. Nach dem Gesagten erscheint die Schlussfolgerung des RAD-Arztes, wonach weiterhin von der bisherigen 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen werden kann, als einleuchtend und nachvollziehbar. Die in den Akten liegenden Arztberichte und die seitens des Beschwerdeführers erhobenen Einwände führen jedenfalls nicht dazu, dass auch nur geringe Zweifel an der

Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung erweckt und nicht darauf abgestellt werden könnte. Insbesondere ist noch einmal anzumerken, dass sich RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ sehr eingehend mit den medizinischen Unterlagen auseinandergesetzt und in mehreren ausführlichen Stellungnahmen dargelegt hat, weshalb eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit einhergehend der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen ist. Darauf kann abgestellt werden.

7. Zusammenfassend ist die Ablehnung der Rentenerhöhung nicht zu beanstanden. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

8. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

In Berücksichtigung sämtlicher Akten ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ausreichend medizinisch abgeklärt wurde, konnten aus den entsprechenden medizinischen Unterlagen doch Schlussfolgerungen gezogen werden, die in ihrer Begründung zu überzeugen vermögen. Schon für die IV-Stelle gab es keinen Grund, weitere Abklärungen einzuholen, durfte sie doch – wie oben ausführlich dargelegt – auf die RAD-Stellungnahmen abstellen, weshalb es keiner externen Begutachtung bedurfte und der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vorzuwerfen ist.

Darüber hinaus sind in Anbetracht der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren im Rahmen eines zweifachen Schriftenwechsels zur Sache äussern konnte, auch von einer Befragung seinerseits keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Schliesslich würde auch das Einholen eines Berichts der behandelnden Ärzte nicht zu einer anderen Beurteilung des Sachverhalts führen und am Ausgang des Verfahrens nichts ändern, zumal RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_\_ sowohl die Berichte von dipl. med. D. \_\_\_\_\_ als auch diejenigen von med. pract. F. \_\_\_\_\_ im Rahmen seiner Stellungnahmen eingehend gewürdigt hat und die genannten Ärzte ja bereits vor Erlass der letzten Verfügung in Abweichung zum medexperts-Gutachten von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sind. Damit bedarf es keine weiteren Beweisabnahmen

und dem Antrag des Beschwerdeführers auf eine Parteibefragung ist ebenso wie dem Antrag auf Einholung aktueller Berichte der behandelnden Ärzte in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung nicht stattzugeben.

9. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensausgang angemessen erscheint. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug (samt einem Doppel der Eingabe des Beschwerdeführers vom 23. Mai 2022 inkl. Beilage), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 15. Juni 2022

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am