



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler  
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 28. Oktober 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 75

A. Der Versicherte, A. \_\_\_\_\_, Jahrgang 1965, meldete sich am 21. April 2013 unter Hinweis auf einen am 3. Dezember 2012 erlittenen Berufsunfall (Schulterdistorsion links mit vollständiger Ruptur der Supraspinatus-Sehne und Ruptur der oberen Anteile der Infraspinatus-Sehne [vgl. IV-act. 14]; Schadenmeldung UVG vom 11. Dezember 2012 [IV-act. 2 S. 125]) erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Die IV-Stelle ihrerseits zog die Akten der Suva bei, holte bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein und legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor (IV-act. 14). Zudem gewährte sie Arbeitsvermittlung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (IV-act. 15) und sie kam für die Kosten eines Deutschkurses auf (IV-act. 23). Mit Verfügung vom 31. März 2015 lehnte sie den Anspruch auf eine Invalidenrente ab. Dabei ging die IV-Stelle davon aus, dass dem Versicherten seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei, in einer angepassten körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 41).

Nachdem der Versicherte am 7. November 2016 einen weiteren Berufsunfall erlitten hatte (irreparable Rotatorenmanschettenruptur mit Implantation einer Schulterprothese links am 15. Februar 2017 [vgl. IV-act. 46 S. 514 f.]; Schadenmeldung UVG vom 18. November 2016 [IV-act. 46 S. 487]), meldete er sich am 27. Mai 2017 ein weiteres Mal bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 42). Die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 3. November 2017 ergab auf dem unfallchirurgisch-orthopädischen Fachgebiet eine medizinisch-theoretische 100%ige Arbeitsfähigkeit bei Berücksichtigung des formulierten Zumutbarkeitsprofils (IV-act. 61 S. 32 ff.). Gestützt darauf lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch bei einem errechneten IV-Grad von 7 % mit Verfügung vom 5. September 2018 ab (IV-act. 89).

Die bis dato letzte Neuanmeldung datiert vom 20. Juli 2019 und verweist auf Herzprobleme (IV-act. 94). Die IV-Stelle holte in der Folge wiederum die aktuellen Arztberichte ein, zog die Akten der Krankentaggeldversicherung bei und legte das Dossier mehrere Male ihrem RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, FMH, zur Beurteilung vor (IV-act. 109, 135 und 155). Der RAD-Arzt ging ab dem 19. Februar 2019 aufgrund der Herzproblematik von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Ab September 2019 nahm er eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit an und ab Mitte Mai 2020 ging er in einer der kardialen und orthopädischen Problematik angepassten Tätigkeit wiederum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus. Gestützt darauf sprach die IV-Stelle

dem Versicherten mit Verfügung vom 22. April 2021 eine befristete halbe Rente vom 1. Februar bis 31. Juli 2020 zu (IV-act. 140 und 156).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 26. Mai 2021 liess A. \_\_\_\_\_ beantragen, die Verfügung vom 22. April 2021 sei aufzuheben, es sei ihm eine Rente nach Gesetz zuzusprechen und er sei von unabhängiger Stelle medizinisch begutachtet zu lassen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Materiell beanstandet der Beschwerdeführer im Wesentlichen den Beweiswert der RAD-Stellungnahme sowie den seitens der IV-Stelle durchgeführten Einkommensvergleich (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 27. 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. 5).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 12 und 14). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 22. 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 22. April 2021; diese ging am 27. 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 26. 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; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc).

3.4 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte 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 Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuansmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3).

4.

4.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer am 3. Dezember 2012 und am 7. November 2016 je einen Berufsunfall im Rechtsinne erlitten

hat und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Als erstellt gilt sodann, dass angesichts der am 15. Februar 2017 erfolgten Implantation einer inversen Schulterprothese links eine dauerhafte Minderbelastbarkeit dieses Gelenks besteht und dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar ist. Zwischen den Parteien ebenso unbestritten ist, dass dem Beschwerdeführer unfallbedingt Arbeiten auf Dächern/Leitern/Gerüsten, Arbeiten mit Bewegungen des linken Schultergelenks über Brusthöhe, Heben und Tragen von Gegenständen über 5 bis 7 kg, Arbeiten unter Einwirkung von Schlägen und Vibrationen, Arbeiten unter permanenten Rotationsbewegungen des Schultergelenks sowie permanentes Arbeiten in der Kälte nicht mehr zumutbar sind. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen ist er aus unfallchirurgisch-orthopädischer Sicht voll arbeitsfähig (vgl. kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 7. November 2017 [IV-act. 61 S. 32 ff.]). Angesichts dessen wurde ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 5. September 2018 bei einem errechneten IV-Grad von 7 % abgewiesen. Unstreitig ist darüber hinaus, dass es in der Folge insofern zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kam, als wegen einer kardialen Dekompensation seit dem 19. Februar 2019 behandlerseits eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Streitig ist hingegen die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die RAD-Stellungnahme vom 19. November 2020 abstellen und gestützt darauf davon ausgehen durfte, dass dem Beschwerdeführer ab Mitte Mai 2020 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar gewesen wäre. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bzw. zu deren Entwicklung lässt sich den im Rahmen der Neuanmeldung vom 20. Juli 2019 eingereichten bzw. von der IV-Stelle eingeholten Berichten Folgendes entnehmen:

## 4.2

4.2.1 Im Februar 2019 stellte sich der Versicherte aufgrund einer schweren belastungsabhängigen Dyspnoe auf der Notfallstation des Spitals E. \_\_\_\_\_ vor. Im Rahmen dessen wurde die Diagnose einer akuten Herzinsuffizienz NYHA III-IV bei dilatativer Kardiomyopathie unklarer Ätiologie gestellt. Die linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) des schwer dilatierten linken Ventrikels betrug visuell 20 %. Zudem kam der Verdacht einer obstruktiven Pneumopathie auf. Ätiologisch konnte eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden. In der Folge wurde eine Herzinsuffizienztherapie eingeleitet und dem Versicherten behandlerseitig seit dem 19. Februar 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 96 S. 4 ff.). Unter der

Herzinsuffizienztherapie war der Versicherte im Rahmen der Sprechstunde vom 28. März 2019 beschwerdefrei. Er konnte bis zu einer Stunde laufen. Pektanginöse Beschwerden und Dyspnoe wurden nicht angegeben. Das Treppensteigen gelang langsam, schwere körperliche Tätigkeiten konnte der Versicherte jedoch nicht mehr ausführen. Die Echokardiografie vom 28. März 2019 zeigte hingegen unverändert einen schwer dilatierten linken Ventrikel mit schwer eingeschränkter Auswurfraction (LVEF 19 %). Der Patient war zu diesem Zeitpunkt kardiopulmonal kompensiert, NYHA Klasse II. Die Herzinsuffizienztherapie wurde in der Folge weiter ausgebaut (IV-act. 96 S. 8 ff.). Der den Versicherten behandelnde Arzt, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Oberarzt Kardiologie des Spitals E.\_\_\_\_\_, ging prognostisch grundsätzlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus, dies jedoch maximal für leichte körperliche Tätigkeiten (IV-act. 102 S. 2). Am 9. August 2019 wurde dem Versicherten ein CRT-D-System implantiert (IV-act. 107 S. 20 f.), wobei es in der Folge unter ausgebauter Herzinsuffizienztherapie zu einer leichten Steigerung der Leistungsfähigkeit kam. Im Rahmen der Sprechstunde vom 29. August 2019 war der Patient kardiopulmonal kompensiert. Die Echokardiografie zeigte eine deutlich bessere linksventrikuläre Auswurfraction (LVEF biplan 29 %). Auch die Dimension des linken Ventrikels und der Vorhöfe hatte deutlich abgenommen. Aus Sicht des behandelnden Kardiologen war der Verlauf somit sehr erfreulich (IV-act. 107 S. 14 f.). Aufgrund von rezidivierenden blutenden Analfissuren erfolgte schliesslich am 13. September 2019 eine weitere Operation (IV-act. 107 S. 10 f.), woraufhin sich auch die Analbeschwerden deutlich besserten (IV-act. 130 S. 21 f.). Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 6. Oktober 2019 über einen aktuell weitgehend kompensierten, leistungsmässig aber noch geschwächten Patienten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter erachtete er nicht mehr als zumutbar, die Wiederaufnahme einer teilzeitigen leichten Arbeit hingegen als möglich (IV-act. 107 S. 1 ff.).

4.2.2 Am 18. November 2019 nahm RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_\_ zu den Neuakten Stellung. Dabei kam er zum Schluss, dass eine erhebliche und wahrscheinlich dauerhafte Minderbelastbarkeit des Herzens bestehe. Die behandlerseitig seit dem 19. Februar 2019 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nachvollziehbar. Vorbehältlich eines komplikationslosen Verlaufs wäre zwischenzeitlich in einer angepassten, körperlich maximal leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit überwiegendem Sitzanteil und ohne Hebe-/Tragbelastungen von mehr als 5 kg zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % zu erwarten mit einer weiteren Steigerung je nach Verlauf. RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_\_ empfiehlt die Prüfung/Initiierung beruflicher Massnahmen (Arbeitsvermittlung) auf vorstehender Basis (IV-act. 109).

4.2.3 In der Folge fanden regelmässige Gespräche mit der Eingliederungsberaterin statt, wobei der Versicherte stets über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen im geschützten Rahmen informiert wurde. Diese lehnte der Versicherte jedoch jedes Mal ab, da er sich gesundheitlich noch nicht in der Lage fühlte und ihm fortlaufend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Am 6. Oktober 2020 fand ein weiteres (Schluss-)Gespräch statt, anlässlich dessen sich der Versicherte für den Fallabschluss mit anschliessender Prüfung eines allfälligen IV-Rentenanspruchs entschied. Daraufhin wurden die Bemühungen der Eingliederungsberaterin eingestellt (IV-act. 127).

4.2.4 Wie dem Sprechstundenbericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 11. November 2019 entnommen werden kann, konnte der Versicherte von der CRT-D-Implantation profitieren. Er fühlte sich anlässlich der Sprechstunde vom 7. November 2019 etwas besser leistungsfähig, obwohl er beim Treppenlaufen oder längeren Strecken bergauf Gehen weiterhin eine Dyspnoe verspürte, entsprechend einer NYHA-Klasse II (IV-act. 130 S. 19 f.). In der nächsten Sprechstunde vom 29. November 2019 zeigte sich der klinische Verlauf stabil. Der Patient plante, nach Spanien zu fliegen, um seine Familie zu besuchen (IV-act. 130 S. 15 f.). Der behandelnde Kardiologe erachtete am 7. Oktober 2020 eine leichte körperliche Arbeit wahrscheinlich zu 100 % (Beginn mit 50 %) als zumutbar (IV-act. 132 S. 47 ff.). Im Rahmen der klinischen Verlaufskontrolle vom 6. Februar 2020 wurde über einen aus kardialer Sicht beschwerdefreien Verlauf berichtet bei gleichzeitig unveränderter Dyspnoe NYHA II (IV-act. 130 S. 11 f.).

4.2.5 In der Folge gab die Krankentaggeldversicherung Helsana beim Medizinischen Zentrum Römerhof (nachfolgend MZR) eine orthopädische sowie internistische (inkl. kardiologischer Untersuchung) Begutachtung in Auftrag.

4.2.5.1 Die orthopädische Untersuchung fand am 18. Februar 2020 durch Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde im entsprechenden Teilgutachten vom 24. März 2020 eine Bewegungs- und Belastungseinschränkung der linken Schulter und eine Deltamuskelatrophie genannt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete Dr. H. \_\_\_\_\_ den Zustand nach Epicondylopathia humeri ulnaris links (Erstdiagnose Januar 2019). Der Sachverständige erachtete eine angepasste Tätigkeit – leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten in der Horizontale und Überkopf – als vollschichtig durchführbar. Die

Arbeitsfähigkeit schätzte er daher seit dem 1. Januar 2018 bis auf weiteres mit 100 % ein (IV-act. 132 S. 66.).

4.2.5.2 Im internistischen Teilgutachten vom 24. März 2020 wurden die Ergebnisse der am 12. Februar 2020 durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, durchgeführten internistischen sowie der am 21. Februar 2020 durch Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH Kardiologie und Innere Medizin, durchgeführten kardiologischen Untersuchung festgehalten. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach idiopathischer dilatativer Kardiomyopathie und eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) genannt. Beurteilend wurde ausgeführt, dass aus kardialer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich keine klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz gezeigt. Das NT-proBNP habe sich normalisiert. Kardial gehe es dem Versicherten viel besser. Im TTE vom 20. Februar 2020 habe die EF 44 % betragen, dies im Vergleich zum TTE vom August 2019 mit einer EF von 29 %. In der aktuellen Ergometrie habe der Versicherte 122 Watt geleistet, was ihn für leichte körperliche Tätigkeiten qualifiziere. Dieser Befund ergebe eine deutlich verbesserte Beurteilung als im ärztlichen Zwischenbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2020, wo eine schwer verminderte körperliche Leistungsfähigkeit im Rahmen der Herzinsuffizienz beurteilt worden sei. Die nun vorhandene Anpassungsstörung sei neu und deshalb in den Akten nicht erwähnt. Aufgrund der Anpassungsstörung fühle sich der Versicherte arbeitsunfähig. Um die Kondition zu verbessern, wäre eine Rehabilitation des Patienten von Nutzen. Im Rahmen dieser Rehabilitation sollte auch die Anpassungsstörung psychotherapeutisch behandelt werden. Für die Tätigkeit als Bauarbeiter attestierte der Sachverständige dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2019. Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit konnte nicht beantwortet werden, da hierfür zuerst die kardiale Rehabilitation durchgeführt werden müsse (IV-act. 132 S. 83 ff.).

4.2.6 Am 11. Mai 2020 fand eine weitere CRT-D-Kontrolle und eine Echokardiografie statt. Die Echokardiografie zeigte dabei einen dilatierten linken Ventrikel mit mittelschwer eingeschränkter Auswurfraction (LVEF biplan 39 %). Die klinische Situation wurde als stabil bezeichnet (IV-act. 132 S. 113 f.).

4.2.7 In viszeralchirurgischer Hinsicht musste am 13. März 2020 bei fehlender Abheilung der Analfissur und noch leichten Restbeschwerden eine weitere Operation durchgeführt werden (IV-act. 130 S. 7 f.). Der intra- und postoperative Verlauf gestaltete

komplikationslos. Während des gesamten Aufenthalts im Spital E. \_\_\_\_\_ zeigte sich der Patient afebril und schmerzfrei, sodass er am 15. März 2020 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte (IV-act. 130 S. 4 f.). Im Rahmen der Sprechstunde vom 6. Mai 2020 hatte der Versicherte keinerlei Beschwerden mehr. Mit dem Verlauf war er sehr zufrieden. Bei nun endlich abgeheilter Wunde konnte die Behandlung abgeschlossen werden (IV-act. 130 S. 2 f.).

4.2.8 Am 19. November 2020 nahm Dr. C. \_\_\_\_\_ ein weiteres Mal Stellung und führte beurteilend aus, dass unter der etablierten Herzinsuffizienzbehandlung eine kontinuierliche Besserung mit deutlich verbesserter linksventrikulärer Pumpfunktion (19, 29, 39 und 44 %) eingetreten sei. Weder die chronische Analfissur/Hämorrhoiden noch die vom internistischen Gutachter gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung vermöchten eine länger andauernde oder gar dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer der somatischen Problematik angepassten Tätigkeit zu begründen. Die kardiale Problematik habe zu einer vorübergehend höhergradigen Arbeitsunfähigkeit auch bezogen auf eine der Schulterproblematik angepassten Tätigkeit geführt. Seit dem 19. Februar 2019 habe deswegen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab September 2019 wäre eine 50%ige (Begründung: 29. August 2019 NYHA Klasse II und LVEF biplan 29 %) und ab Mitte Mai 2020 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Begründung: 11. Mai 2020 klinisch stabil und LVEF biplan 39 %) in einer angepassten Tätigkeit zumutbar gewesen. Das ergonomische Profil wurde wie folgt definiert: körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten (mit anfänglich höhergradigerem Sitzanteil), ohne Hebe-/Tragbelastungen über 3 bis 5 kg bzw. im Verlauf 10 kg bis Hüfthöhe und 5 kg bis Brusthöhe (linksseitig), ohne Arbeiten Überkopf/in ständiger Armvorhalte linksseitig, ohne Besteigen von Leitern/Gerüsten, ohne Schläge/Vibrationen auf das linke Schultergelenk und ohne Kälte/Nässeexposition (IV-act. 135).

4.2.9 Mit Eingabe vom 8. März 2021 liess der Versicherte der IV-Stelle den Sprechstundenbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2021 zukommen. Darin wird über einen stabilen Verlauf und eine unveränderte Belastungsdyspnoe NYHA II berichtet. Gleichzeitig ist von einer schnellen Ermüdbarkeit im Alltag die Rede. Die am 24. Februar 2021 durchgeführte Echokardiografie ergab im Vergleich zur Voruntersuchung unveränderte Befunde (LVEF biplan 39 %). Der behandelnde Kardiologe führte beurteilend aus, dass die linksventrikuläre Auswurfraction weiterhin knapp mittelschwer eingeschränkt sei. Dies widerspiegle sich auch im Alltag des Patienten, wo eine Belastungsdyspnoe NYHA II vorliege. Leichte körperliche Tätigkeiten könne der Patient

ausführen. Sobald schwerere Tätigkeiten anfallen würden, fehle es ihm verständlicherweise an der Ausdauer. Er halte weiterhin an seiner initialen Einschätzung fest, dass der Patient maximal für leichte körperliche Tätigkeiten im beruflichen Umfeld eingesetzt werden könne. Seine Arbeitsfähigkeit sei selbstverständlich in den gesamten psychosozialen Kontext zu stellen. Aufgrund der kardialen Situation und der notwendigen medikamentösen Therapie sei nicht nur die maximale Leistungsfähigkeit eingeschränkt, sondern auch die Ausdauerfähigkeit. Es sei wohlbekannt, dass eine Herzinsuffizienz häufig im Kontext mit einer schnelleren Ermüdbarkeit (auch geistig) vorkomme. Die durchgeführte Ergometrie sei nur ein kleiner Baustein im Gesamtkonzept. Die erreichte Leistung entspreche umgerechnet 5 metabolischen Äquivalenten, was in etwa gleich zu setzen sei mit langsamem Radfahren. Schwere körperliche Arbeit, wie beispielsweise als Maurer oder als Bauarbeiter setze eine deutlich höhere Leistung voraus, diese liege bei umgerechnet 8 bis 9 metabolischen Äquivalenten. Die Leistungsfähigkeit des Patienten sei somit schwer eingeschränkt. Doktor F. \_\_\_\_\_ erachtete ein Arbeitspensum von 60 % als zumutbar (IV-act. 154).

4.2.10 Am 15. März 2021 nahm wiederum RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_\_\_ Stellung und führte u.a. aus, dass der behandelnde Kardiologe mit Arztbericht vom 7. Januar 2020 noch von einer wahrscheinlich zu erreichenden Arbeitsfähigkeit von 100% in einer körperlich leichten Tätigkeit ausgegangen sei. Der Versicherte habe anlässlich der ergometrischen Untersuchung vom 20. Februar 2020 122 Watt geleistet, wobei die Ergometrie nur ein Puzzle-Teil zur Einschätzung der kardialen Belastbarkeit darstelle. Gemäss den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung lasse eine ergometrische Maximalbelastbarkeit von 50 bis 75 Watt bzw. eine mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre Funktion noch eine leichte körperliche Tätigkeit zu, was auch für das NYHA- bzw. CCS-Stadium II gelte. Von Dr. F. \_\_\_\_\_ sei bezugnehmend auf die ergometrischen Ergebnisse auf eine umgerechnet ca. 5 metabolischen Äquivalenten (METs) entsprechende Leistung geschlossen worden, was in etwa leichtem Radfahren gleichzusetzen sei. Dem gleichzusetzen sei Gehen mit 6 bis 7 km/h, Rasenmähen, Unkraut jäten etc. Die 5 METs entsprächen somit einer mittelgradigen Einschränkung, welche nur noch ruhige Arbeiten möglich machten, dies abweichend von der behandlerseitig postulierten schweren Einschränkung, welche nur noch körperlich leichteste, sitzende Tätigkeiten möglich mache. Insgesamt könnten den Neuakten klinisch befundlich keine Informationen entnommen werden, welche eine abweichende Beurteilung der vollen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit mit hohem Sitzanteil zu begründen vermöchten (IV-act. 155).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stellt zur Beurteilung des neuerlichen Leistungsgesuchs im Wesentlichen auf die Stellungnahme des RAD vom 19. November 2020 ab, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit ab Mitte Mai 2020 zu 100 % arbeitsfähig ist, ihm mithin lediglich ein befristeter Anspruch auf eine halbe Rente vom 1. Februar bis 31. Juli 2020 zusteht (Bf-act. 2). Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, der RAD-Beurteilung könne in dieser Hinsicht nicht gefolgt werden, da der behandelnde Kardiologe in Abweichung davon von einer bloss 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe (act. 1).

5.2 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. Vorweg ist dabei festzustellen, dass RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_\_\_ mehrmals und zwar am 18. November 2019 (IV-act. 109), am 19. November 2020 (IV-act. 135) und am 15. März 2021 (IV-act. 155) zu den jeweils neu vorliegenden medizinischen Unterlagen Stellung genommen hat. Dabei hat er sehr ausführlich und nachvollziehbar begründet, weshalb in einer körperlich leichten Tätigkeit mit hohem Sitzanteil eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit besteht.

5.2.1 Im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Verfügung aus dem Jahr 2018 ist eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie ausgewiesen, die eine erhebliche Minderbelastbarkeit des Herzens zur Folge hat. Damit ist eine seit der Rentenablehnung im Jahr 2018 eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dargetan, weshalb die für die Prüfung der Neuanschuldung erforderliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Dies anerkannte auch RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_\_\_, indem er die behandlerseitig seit dem 19. Februar 2019 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als nachvollziehbar erachtete und das ergonomische Profil dahingehend anpasste, als nur noch körperlich maximal leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit überwiegendem Sitzanteil zumutbar sind (vgl. IV-

act. 109 S. 2). Der Verlauf zeigte sich in der Folge insofern erfreulich, als sich die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nach der Implantation eines CRT-D-Systems vom 9. August 2019 leicht steigerte und die Echokardiografie am 29. August 2019 eine deutlich bessere linksventrikuläre Auswurffraktion (LVEF 29 %) im Unterschied zum TTE vom 21. Februar 2019 (LVEF 20 %; vgl. IV-act. 96 S. 7) bzw. 28. März 2019 (LVEF 19 %; vgl. IV-act. 96 S. 9) zeigte. Auch die Dimension des linken Ventrikels und der Vorhöfe nahm deutlich ab, sodass der behandelnde Kardiologe den Verlauf anlässlich der Sprechstunde vom 29. August 2019 als erfreulich und die klinische Situation als stabil bezeichnete (vgl. IV-act. 107 S. 14 f.). Entsprechend ist eine Verbesserung des kardiologischen Gesundheitszustandes per Ende August 2019 ausgewiesen, sodass es nachvollziehbar erscheint, wenn RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_\_\_ ab September 2019 nurmehr von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht. Hierfür spricht auch der Umstand, dass der behandelnde Kardiologe bereits vor der Operation eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in körperlich maximal leichter, sitzender Tätigkeit mit guter Prognose angenommen hat (vgl. IV-act. 102 S. 4). In der Folge zeigte sich aus kardialer Sicht ein stabiler, beschwerdefreier Verlauf (vgl. IV-act. 130 S. 12 und 16). Von einer deutlichen Verbesserung der kardialen Situation ist schliesslich im kardiologischen Bericht vom 21. Februar 2020 bzw. im internistischen Teilgutachten vom 24. März 2020 je zuhanden des MZR die Rede. Bei der Untersuchung vom 20. Februar 2020 ergaben sich keine klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz, das NT-proBNP hatte sich normalisiert und auch die Echokardiografie zeigte eine deutliche Besserung (LVEF 44 %), dies im Unterschied zur Echokardiografie von August 2019 mit einer LVEF von 29 % (vgl. IV-act. 132 S. 95 ff. und 102). Mit dem RAD-Arzt ist somit von einer kontinuierlichen Besserung der kardialen Problematik auszugehen. Auch Mitte Mai 2020 präsentierte sich die klinische Situation weiterhin stabil, auch wenn die LVEF lediglich noch 39 % betrug (vgl. IV-act. 132 S. 113 f.). Angesichts der stabilen klinischen Situation und der gegenüber August 2019 deutlich verbesserten linksventrikulären Pumpfunktion erscheint eine spätestens ab Mitte Mai 2020 ausgewiesene erneute Verbesserung des Gesundheitszustandes mit einer damit einhergehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar.

5.2.2 Daran vermag auch der Sprechstundenbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2021 (IV-act. 154) nichts zu ändern. Wie sich aus dem genannten Bericht ergibt, stimmen der behandelnde Kardiologe und der RAD-Arzt darin überein, dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar sind. Dabei trifft es zwar zu, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit in einer solch angepassten Tätigkeit in Abweichung zu Dr. C. \_\_\_\_\_ auf 60 % einschätzt. Eine Begründung, weshalb er in

Abweichung zu seinem vorangegangenen Bericht vom 7. Januar 2020 (IV-act. 132 S. 47 ff.) – zum damaligen Zeitpunkt ging der behandelnde Kardiologe noch von einer wahrscheinlich zu erreichenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit aus – nun dennoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annimmt, sucht man im Sprechstundenbericht vom 26. Februar 2021 hingegen vergebens ebenso wie ein Hinweis auf eine im Unterschied zum vorangegangenen Bericht eingetretene Verschlechterung des kardialen Gesundheitszustandes. Demgegenüber erwähnt Dr. F. \_\_\_\_\_ explizit psychosoziale Faktoren und führt aus, dass die Arbeitsfähigkeit in den gesamten psychosozialen Kontext zu stellen sei. Angesichts dessen ist mit der Beschwerdeführerin einig zu gehen, dass die Differenz seiner ursprünglichen Einschätzung der vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit zu den im Nachhinein geschätzten 60 % auf den von ihm explizit erwähnten psychosozialen Faktoren beruht, die indes nicht von Relevanz sind. Nach dem soeben Ausgeführten sind die nicht weiter begründeten Ausführungen von Dr. F. \_\_\_\_\_, auch wenn es sich bei ihm um einen Fach- und Oberarzt handelt, nicht geeignet, die RAD-Beurteilung in Zweifel zu ziehen, erscheinen sie doch schlicht nicht nachvollziehbar. Dies wird dadurch verstärkt, dass der behandelnde Kardiologe bereits vor der Operation vom 9. August 2019 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist (vgl. IV-act. 102 S. 4) – notabene zu einem Zeitpunkt als die LVEF unbestrittenermassen noch schwer eingeschränkt war – und seither ausgewiesenermassen eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, sodass selbst der behandelnde Arzt von einem stabilen Verlauf spricht. Nicht unberücksichtigt bleiben darf im Weiteren, dass die nicht weiter begründete und in Abweichung zu seinem vorangegangenen Bericht stehende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach Erlass des Vorbescheids erging, mithin zu einem Zeitpunkt als der Kardiologe bereits Kenntnis von der Annahme der IV-Stelle einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab Mitte Mai 2020 hatte. Überdies ist gestützt auf die höchstrichterliche Rechtsprechung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

5.2.3 Soweit sich der Beschwerdeführer sodann auf den Standpunkt stellt, der RAD sei bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von den aktuellsten Herzwerten ausgegangen, geht er fehl. Bei der Untersuchung durch Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2021 wurde ein EF-Wert von 39 % gemessen (vgl. IV-act. 154 S. 2). Damit weicht der zuletzt gemessene Wert zwar geringgradig ab von den im Februar 2020 gemessenen 44 % (vgl. IV-act. 132 S. 102). Der Beschwerdeführer scheint aber zu übersehen, dass der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. C. \_\_\_\_\_ ab Mitte Mai 2020 ein EF-Wert von

ebenfalls 39 % zu Grunde lag (vgl. IV-act. 135 S. 2 unten), wurde dieser Wert doch bereits im Rahmen der am 11. Mai 2020 durchgeführten Echokardiografie gemessen (vgl. IV-act. 132 S. 113). Doktor C. \_\_\_\_\_ ging in seiner Beurteilung somit von den gleichen EF-Werten wie Dr. F. \_\_\_\_\_ aus. Nachdem sich der EF-Wert in der Zeitspanne von Februar 2020 bis Februar 2021 lediglich zwischen 39 und 44 % bewegte und gewisse Schwankungen und auch geringgradige Messungenauigkeiten im Bereich der Echokardiografie durchaus normal sind, kann der Beschwerdeführer aus den neusten Resultaten von Februar 2021 nichts zu seinen Gunsten ableiten. Vielmehr ist noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weitgehend als stabil bezeichnet wird. Wie der RAD-Arzt mit Stellungnahme vom 15. März 2021 sodann zutreffend darauf hingewiesen hat, lässt eine mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (echokardiografisch gemessene Ruhe-EF von 30–44 %, in casu 39 %) gemäss den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung noch eine leichte körperliche Tätigkeit zu. Dies gilt auch für das NYHA-Stadium II (vgl. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit koronarer Herzkrankheit, Stand: November 2015, S. 31). Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. C. \_\_\_\_\_ steht somit auch im Einklang mit der zitierten Leitlinie.

Ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass er anlässlich der Untersuchung im MZR im Februar 2020 auf dem Ergometer unverändert 122 Watt geleistet hat, wie bereits im Mai 2019 und dies trotz Optimierung der Herzinsuffizienz-Therapie, der CRT-D-Implantation und einer damit verbundenen deutlichen Besserung der LVEF. Zu berücksichtigen ist, dass dieses Missverhältnis durch die begutachtende Kardiologin mit der Inaktivität bzw. Dekonditionierung des Beschwerdeführers erklärt werden konnte (vgl. IV-act. 132 S. 102), sodass sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen.

5.2.4 Des Weiteren kann die Beurteilung von Dr. C. \_\_\_\_\_ auch nicht mit der Begründung, es handle sich bei diesem um keinen Kardiologen und eine persönliche Untersuchung habe ebenfalls nicht stattgefunden, diskreditiert werden. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei Dr. C. \_\_\_\_\_ um einen RAD-Arzt mit langjähriger Erfahrung handelt, dem ja gerade sämtliche Berichte aus orthopädischer und kardiologischer Hinsicht vorlagen. Er konnte sich somit auf fachärztliche Berichte abstützen und tat dies denn auch. Sowohl in orthopädischer als auch in kardiologischer Hinsicht standen die medizinischen Diagnosen fest, sodass es bei seiner Beurteilung im Wesentlichen nur noch

um die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der medizinischen feststehenden Diagnosen ging. Dementsprechend kann der Beschwerdeführer aus der Tatsache, dass Dr. C. \_\_\_\_\_ "nur" Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ist, nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal selbst der behandelnde Kardiologe in früheren Berichten wiederholt von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten ausgegangen ist und Dr. C. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 15. März 2021 nachvollziehbar dargelegt hat, weshalb der nicht weiter begründeten neusten Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Kardiologen nicht gefolgt werden kann. Indem sich Dr. C. \_\_\_\_\_ auf die vorhandenen Dokumente abstützen konnte und er seine Stellungnahme offensichtlich in Kenntnis sämtlicher vorliegender medizinischer Berichte abgegeben hat, erscheint auch eine persönliche Untersuchung durch ihn als unnötig. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können auch nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Berichte und Stellungnahmen der RAD-Ärzte beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 9C\_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1), was vorliegend klarerweise der Fall ist.

5.2.5 Darüber hinaus sind – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – auch die Erkenntnisse der beruflichen Eingliederung nicht geeignet, die vom RAD angenommene vollschichtige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, leidensangepasste Tätigkeiten infrage zu stellen. Wie sich aus dem Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberaterin vom 6. Oktober 2020 (IV-act. 127) ergibt, wären seitens der IV-Stelle eigentlich berufliche Eingliederungsmassnahmen im geschützten Rahmen geplant gewesen. Stattdessen fanden jedoch lediglich mehrere Gespräche mit dem Versicherten statt. Wie die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Vernehmlassung zutreffend darauf hingewiesen hat, ist dies indes nicht auf ein Scheitern der beruflichen Eingliederungsbemühungen aus gesundheitlichen Gründen zurückzuführen, sondern vielmehr auf den Entschluss des Beschwerdeführers, die berufliche Eingliederung abzuschliessen noch bevor es überhaupt zu einem Versuch der beruflichen Eingliederung im geschützten Rahmen kam und den Rentenanspruch zu prüfen. Eigentliche berufliche Eingliederungsmassnahmen, deren Resultate allenfalls geeignet gewesen wären, die RAD-seitige Stellungnahme in Zweifel zu ziehen, sind vorliegend somit gar nicht aktenkundig. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang zudem darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit rechtsprechungsgemäss primär gestützt auf ärztliche Befunde zu den

gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus folgenden körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen festzulegen ist (BGer 9C\_187/2018 vom 18. Mai 2018 E. 3.2).

5.2.6 Zu guter Letzt kann der Beschwerdeführer auch aus dem Hinweis, im Gutachten des MZR sei neben der Kardiomyopathie auch noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden, die von der IV-Stelle nicht weiter abgeklärt worden sei, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es trifft zwar zu, dass im internistischen Teilgutachten unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) erwähnt wurde (IV-act. 132 S. 96). Zudem ist dem Beschwerdeführer unter Hinweis auf das von ihm in diesem Zusammenhang zitierte Bundesgerichtsurteil Recht zu geben, dass sich die Verwaltung nicht allein unter Verweis auf eine fehlende Behandlung von ihrer Pflicht zur sorgfältigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) befreien kann (vgl. BGer 8C\_414/2019 vom 25. September 2019 E. 5.2.2). Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zutreffend darauf hingewiesen hat, gilt dies nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur dann, wenn eine fachärztlich gestellte Diagnose aktenkundig ist. Daran fehlt es im vorliegenden Fall aber gerade, wurde die Diagnose der Anpassungsstörung doch von Dr. I. \_\_\_\_\_ gestellt, der als Allgemeininternist nicht zur Stellung einer psychiatrischen Störung befugt ist. Dementsprechend lässt sich auch eine eigentliche Herleitung der psychiatrischen Diagnose dem internistischen Teilgutachten nicht entnehmen. Ebenso wenig geht aus dem genannten Gutachten hervor, inwiefern die gestellte Diagnose der Anpassungsstörung die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beeinflussen vermag. Vielmehr wird in diesem Zusammenhang lediglich erwähnt, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund der Anpassungsstörung arbeitsunfähig fühle (vgl. IV-act. 132 S. 96). Weiter ist in die Würdigung miteinzubeziehen, dass abgesehen von der internistischen Begutachtung eine psychische Störung des Beschwerdeführers nie Thema war. Aktenkundig sind denn auch ausschliesslich Berichte somatisch behandelnder Ärzte, während die im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten bzw. von der IV-Stelle eingeholten medizinischen Unterlagen keinerlei Anhaltspunkte für ein psychisches Geschehen enthalten. Insbesondere ist auch in den der Begutachtung folgenden Berichten von keinerlei psychiatrischer Gesundheitsproblematik die Rede (vgl. IV-act. 132 S. 115, 134, 144 und 154). Dementsprechend wurde im Nachgang zur Begutachtung beim MZR auch keine psychotherapeutische Behandlung in die Wege geleitet. Zu guter Letzt wies der zum damaligen Zeitpunkt bereits vertretene Beschwerdeführer auch nach Erlass des Vorbescheids nicht darauf hin, dass er zusätzlich zur orthopädischen und kardialen Gesundheitsproblematik auch noch an einer psychiatrischen Diagnose leide und diesbezüglich ein Abklärungsbedarf bestehe. Vielmehr begründete er seinen mit

Schreiben vom 8. März 2021 gestellten Antrag auf eine verwaltungsexterne Begutachtung mit dem neu aufgelegten Sprechstundenbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2021 und dem sich daraus ergebenden Abklärungsbedarf in kardiologischer Hinsicht (vgl. IV-act. 153). Hat die Beschwerdegegnerin bei dieser Sachlage in psychiatrischer Hinsicht keine weitergehenden Abklärungen lanciert, ist ihr dies nach dem Gesagten nicht vorzuhalten und es liegt keine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG vor. In den Akten gibt es jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte für einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden.

5.3 Nach dem Dargelegten kann somit festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_\_\_ ab September 2019 von einer 50%igen und ab Mitte Mai 2020 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit des Beschwerdeführers ausgehen durfte. Sowohl die Einwände des Beschwerdeführers als auch die in den Akten liegenden Arztberichte führen jedenfalls nicht dazu, dass auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung erweckt wurden und nicht darauf abgestellt werden konnte, sondern die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen hätte durchführen müssen.

6. Ausgehend von der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. 100 % in einer angepassten Tätigkeit ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin berechnete gestützt auf den Einkommensvergleich aus dem Jahr 2018 (IV-act. 80) ein an die Nominallohnerhöhung per 2020 angepasstes, hypothetisches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 67'488.– (vgl. IV-act. 137). Die Berechnung ist nachvollziehbar und wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten, weshalb vorliegend darauf abzustellen ist.

6.2

6.2.1 Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE 2018. Dabei ging sie vom Durchschnittslohn der Männer, Tabelle TA1, ganzer privater Sektor, Kompetenzniveau 1 aus. Bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von wöchentlich 41,7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung sowie unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs in der Höhe von 10 % ergab

sich bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 30'933.– bzw. bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ein solches von Fr. 61'867.– (vgl. IV-act. 137).

6.2.2 Diesbezüglich rügt der Beschwerdeführer, es sei anstatt auf den Medianwert auf das unterste Quartil der LSE abzustellen. Dies entspreche einer Reduktion des Lohnniveaus von durchschnittlich 15 %, weshalb von den Tabellenlöhnen der LSE vorweg ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu veranschlagen sei. Zudem sei zu berücksichtigen, dass er seine Arbeit nur noch teilzeitlich ausüben könne, kein Deutsch spreche und Ausländer sei. Daher rechtfertige sich der Maximalabzug von 25 %. Zur Untermauerung seines Standpunktes verweist der Beschwerdeführer auf das BASS-Gutachten vom 8. Januar 2021 und das Rechtsgutachten "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung" vom 22. Januar 2021 (act. 1 S. 8 f.).

6.2.3 Mit BGer 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 hat das Bundesgericht entschieden, dass keine ernsthaften sachlichen Gründe für eine Änderung der bisherigen Rechtsprechung zur Ermittlung des Invalideneinkommens anhand statistischer Werte vorliegen. Betreffend Fälle, welche – wie vorliegend – nach der bisherigen Rechtslage zu beurteilen sind, hält das Bundesgericht somit ausdrücklich an der Anwendbarkeit der LSE-Tabellen fest und stellt dabei weiterhin auf den LSE-Medianlohn statt das unterste Quartil Q1 des Tabellenwerts ab. Als Korrekturinstrumente für eine einzelfallgerechte gegenüber einer standardisierten Betrachtung verweist das Bundesgericht auf die Möglichkeiten eines Abzugs vom Tabellenlohn sowie der Parallelisierung. Wie das soeben Dargelegte zeigt, entspricht das Abstellen auf die Tabelle TA1, Totalwert und Zentralwert (Median) der Rechtsprechung. Gemäss den Erwägungen des Bundesgerichts besteht kein Anlass, davon abzuweichen und auf den unteren Quartilbereich Q1 abzustellen, weshalb der Beschwerdeführer mit seinen diesbezüglichen Einwänden nicht zu hören ist.

6.2.4 Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus den von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % rügt und einen solchen von 25 % verlangt, kann ihm ebenso wenig gefolgt werden. Zunächst ist zu bedenken, dass die Höhe des Abzuges – im Gegensatz zur Frage, ob überhaupt ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist – eine Ermessensfrage darstellt und das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzt (BGE 126 V 75 E. 6). Vorliegend besteht gerade kein Anlass, in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Statistisch verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 50–74 % zwar gut 4 % weniger als

solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt aber rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (vgl. etwa BGer 8C\_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 8.6). Ebenfalls nicht abzugsrelevant sind die vom Beschwerdeführer geltend gemachten sprachlichen Schwierigkeiten, da Hilfsarbeitertätigkeiten keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache erfordern (BGer 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.4). In diesem Zusammenhang ist sodann zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bereits 2012 in die Schweiz eingereist ist und ihm seither mehrere Deutschkurse finanziert wurden. Wie den mangelnden Sprachkenntnissen wurde mit dem herangezogenen Tabellenlohn des niedrigsten Kompetenzniveau 1 auch bereits der fehlenden Berufsbildung Rechnung getragen, sodass auch dieser Umstand nicht noch ein zweites Mal beim Leidensabzug geltend gemacht werden. Ebenso wenig vermag das Alter des Beschwerdeführers einen leidensbedingten Abzug zu rechtfertigen, werden doch gerade Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1; vgl. auch BGer 8C\_393/2020 vom 21. September 2020 E. 4.2). Dem Kriterium Dienstjahre kommt in casu ebenfalls keine Bedeutung zu, zumal sich dieses bei einem auf Tabellenlöhnen basierenden Invalideneinkommen des Niveaus 1 nicht auszuwirken vermag, da im privaten Sektor der Einfluss der Dienstjahre abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (vgl. BGer 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Indem die Beschwerdegegnerin neben der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % zusätzlich einen leidensbedingten Abzug von 10 % berücksichtigt hat, hat sie den konkreten Umständen und damit insbesondere auch dem Ausländerstatus – Staatsangehöriger von K. \_\_\_\_\_ mit Aufenthaltsbewilligung L – angemessen Rechnung getragen. Es besteht kein Anlass, in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal sich selbst bei Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15 % – eine weitere Erhöhung drängt sich sicherlich nicht auf – am Anspruch auf eine halbe Rente nichts ändern würde. Nach dem Gesagten kann jedenfalls nicht gesagt werden, in der Gewährung eines Abzugs von 10 % liege ein Ermessensmissbrauch oder eine Ermessensüber- oder -unterschreitung, weshalb sich der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug als korrekt erweist. Damit ist auch das von der Beschwerdegegnerin errechnete Invalideneinkommen von Fr. 30'933.– (bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit) bzw. Fr. 61'867.– (bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit) nicht zu beanstanden.

6.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'488.– und einem Invalideneinkommen von Fr. 30'933.– ergibt sich ein Minderverdienst von Fr. 36'555.– und somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 54 %. Damit erweist sich die Zusprache einer halben Rente

als rechtmässig. Ebenfalls nicht zu beanstanden ist die Befristung des Rentenanspruchs, besteht bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % (in casu 8 %) nach einer dreimonatigen Wartezeit per 31. Juli 2020 doch kein Rentenanspruch mehr. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und sie ist vollumfänglich abzuweisen.

7. 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-Beurteilung abstellen, weshalb es keiner externen Begutachtung bedarf und der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vorzuwerfen ist.

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

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

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

Zug, 28. Oktober 2022

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am