



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Sarah Schneider und lic. iur. Judith Fischer
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 24. März 2025 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführer

vertreten durch RA MLaw Stephanie C. Elms, schadenanwaelte AG, Industriestrasse 13c, Postfach, 6302 Zug

gegen

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

Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung

(Nichteintreten auf neues Leistungsbegehren)

S 2023 99

A. Nachdem sich der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1971, zuletzt als Sachbearbeiter bei der B. _____ tätig, bereits in jungen Jahren wegen eines Keratokonus bei der Augen zweimal bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug angemeldet hatte (IV-act. 1 f.), erfolgte eine neuerliche Leistungsanmeldung aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen am Rücken, Knie und Fuss (defekte Bandscheibe und instabile Wirbelkörper LWK 2/3, Lähmungserscheinungen durch Einengung der Wurzel L2 rechts, Facettengelenksarthrose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 mit kleinen Geoden LWK 4/5 beidseits, Arthrose im Mittelfuss rechts und Knorpelschäden am Knie rechts) am 23. April 2018 (IV-act. 12). Die durchgeführten medizinischen Abklärungen – unter anderem eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS Bern (IV-act. 137) – ergaben eine zumutbare 70%ige Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum ab Januar 2018 und eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. Oktober 2020 ab (IV-act. 158). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit Urteil S 2020 159 vom 24. Oktober 2022 ab (IV-act. 172).

Am 28. März 2023 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 177–183). Nach Würdigung der neuen medizinischen Aktenlage durch RAD-Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 13. April 2023 (IV-act. 184) und 7. Juni 2023 (IV-act. 190), trat die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 2. Mai 2023 (IV-act. 185) bzw. Verfügung vom 31. August 2023 (IV-act. 192) auf das neuerliche Leistungsbegehren nicht ein mit der Begründung, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht glaubhaft dargelegt.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 4. Oktober 2023 liess A. _____ beantragen, die Verfügung vom 31. August 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf seine Neuanmeldung einzutreten und diese materiell zu prüfen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWST zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 5. Oktober 2023 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde vom Beschwerdeführer fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 12. Dezember 2023 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 6).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 31. August 2023; diese ging am 4. September 2023 bei der Rechtsvertreterin 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 4. Oktober 2023 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 Verwaltungsgerichts (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, 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 im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

2.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung 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. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit weiteren Hinweisen).

2.3 Glaubhaftmachen im Sinne des Art. 87 Abs. 2 IVV erfordert nicht den Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines "vollen Beweises" die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Vielmehr genügt es, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (EVG I 619/04 vom 10. Februar 2005 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei spielt der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen haben, nicht in gleichem Mass. Wird in der Neuanschuldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, so ist der versicherten Person nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen und ihr gleichzeitig anzudrohen, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht nach Einhaltung dieses formellen Vorgehens eine Nichteintretensverfügung, so legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zugrunde, wie er sich der Verwaltung darbot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 mit Hinweisen). Somit kommt der versicherten Person, welche die Überprüfung des Rentenanspruchs mittels Neuanschuldung beantragt, ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu. Das Gericht hat neue, erst während des Beschwerdeverfahrens beigebrachte Beweismittel grundsätzlich auch dann nicht zu berücksichtigen, wenn sie geeignet sind, die Beurteilung im massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Nur diejenigen Beweismittel, welche die versicherte Person der Verwaltung erst nach Ablauf der angesetzten Frist eingereicht hat, welche die Verwaltung aber ungeachtet

dieser Verspätung in die Beurteilung der Eintretensfrage einbezogen hat, sind auch im Gerichtsverfahren zu beachten (vgl. EVG I 619/04 vom 10. Februar 2005 E. 2.2).

3. Fest steht, dass sich der Beschwerdeführer in der Vergangenheit bereits mehrfach bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anmeldete, wobei der Rentenanspruch jeweils abgelehnt wurde, letztmals mit Verfügung vom 27. Oktober 2020. Als erstellt gilt weiter, dass die letzte Anmeldung am 28. März 2023 erfolgte. Streitig ist, ob die vorgelegten medizinischen Unterlagen eine rechtsrelevante Verschlechterung gegenüber den Verhältnissen vom 27. Oktober 2020 glaubhaft zu machen vermögen.

3.1 Das Gericht legt der beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (vgl. E. 2.3 vorstehend). Dementsprechend sind die erst vor Verwaltungsgericht eingereichten Unterlagen – Überweisung von Dr. med. D._____, Oberärztin mbF, vom 7. August 2023 für eine neuropsychologische Testung (BF-act. 5), Kurzbericht psychosomatische Sprechstunde von Dr. D._____, vom 11. September (BF-act. 4), Stellungnahme von Dr. med. E._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 19. September 2023 samt MRT-Befunde (BF-act. 6), Behandlungsnachweise samt Sprechstundenbericht der F._____, vom 15. Dezember 2022 (BF-act. 7) – im vorliegenden Verfahren unbeachtlich. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass sie sich (zumindest teilweise) auf Zeitpunkte vor Erlass der angefochtenen Verfügung beziehen. Der Beschwerdeführer wäre verpflichtet gewesen, diese Berichte bereits im Verwaltungsverfahren vorzulegen bzw. die in den Berichten erwähnten Umstände anderweitig glaubhaft zu machen. Er hat aufgrund der ihm im ersten Schritt des Neuanmeldungsverfahrens – der Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes bzw. des Invaliditätsgrades – obliegenden Beweisführungslast die Folgen seines Unterlassens zu tragen.

Die Umstände, dass Anfang August 2023 eine neuropsychologische Testung in die Wege geleitet wurde (vgl. BF-act. 5) und am 1. September 2023 die SSRI-Therapie mit Escitalopram begonnen hat (vgl. BF-act. 4), haben im vorliegenden Verfahren somit unberücksichtigt zu bleiben. Von einem Kreuzen der genannten Berichte mit der angefochtenen Verfügung vom 31. August 2023 kann sodann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine Rede sein, hätte er im Rahmen des Einwandverfahrens doch zumindest die Überweisung von Dr. D._____ an den leitenden Arzt der Neurologie vom 7. August 2023 einreichen können. Diesfalls hätte die neuropsychologische Testung abgewartet und auch die neu begonnene SSRI-Therapie mit Escitalopram in die Würdigung miteinbezogen

werden können. Nichts anderes hat in Bezug auf die mit der Beschwerde mitgeteilten Therapien zu gelten (vgl. BF-act. 7 und act. 1 Rz. 43 f.), standen diese der IV-Stelle zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses doch ebenfalls nicht zur Verfügung. Schliesslich hatte die IV-Stelle auch keine Kenntnis des MRT-Befundes der Schulter rechts vom 3. August 2023, wonach im Unterschied zu den Befunden aus dem Jahr 2016 mässige bis fokal deutliche Knorpelschäden im Sinne einer Arthrose vorliegen würden (vgl. BF-act. 6 S. 3). Die damit zusammenhängende geltend gemachte Verschlechterung durch Dr. E. _____ vom 19. September 2023 (vgl. BF-act. 6 S. 2), hat im vorliegenden Verfahren somit ebenfalls ausser Acht zu bleiben. Was zu guter Letzt die am 28. Dezember 2021 durchgeführte MRT-Untersuchung der Hüfte rechts anbelangt, ist festzustellen, dass der im Beschwerdeverfahren eingereichte MRT-Befundsbericht vom 28. Dezember 2021 von Dr. med. G. _____, Facharzt für Radiologie (BF-act. 6 S. 5 f.), in den Akten der IV-Stelle zwar ebenfalls nicht auffindbar ist. Im aktenkundigen Bericht von Dr. D. _____ vom 14. April 2023 ist die durchgeführte Untersuchung mit dem entsprechenden Befund – leicht progrediente anterosuperiore Knorpelminderung sowie progredienter anteriorer Labrumriss – unter Diagnostik hingegen aufgeführt (vgl. IV-act. 188 S. 9). Sodann ergibt sich der Befund auch aus dem von Dr. E. _____ festgehaltenen Krankengeschichtenverlauf (vgl. IV-act. 178 S. 4). Dementsprechend hatte die IV-Stelle davon Kenntnis und der genannte MRT-Befund wurde schliesslich auch von RAD-Arzt Dr. C. _____ hinsichtlich der Frage, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht ist, in die Würdigung miteinbezogen (vgl. Stellungnahme vom 7. Juni 2023 [IV-act. 190]), sodass der MRT-Befund auch im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen ist.

3.2 Wie den medizinischen Akten entnommen werden kann, lag der leistungsablehnenden Verfügung vom 27. Oktober 2020 das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 26. August 2020 zugrunde. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nahmen die Gutachter eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) an. Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu:

- Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1)
- Minimale kognitive Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen
- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit:
 - St. n. Dekompression und dorsoventraler Stabilisation LWK 2/3 am 26. Oktober 2017 wegen therapieresistentem lumboradikulärem Schmerzsyndrom L2 rechts bei Chondrose LWK 2/3 mit Instabilität bei atypischem Laminadefekt LWK 2
 - St. n. Facettengelenksblockade L5/S1 am 23. Januar 2018
 - St. n. Facettengelenksblockade L4/5 bds. am 3. April 2018
 - St. n. Kryorhizotomie L4/5 bds. am 2. Mai 2018

- regelrechten Verhältnissen im Bereich der Spondylodese und Cage-Anlage L2/3 mit leichter Anschlussdegeneration L3/4 mit Osteochondrose und rechtsseitiger Facetengelenksarthrose (MRI vom 6. März 2020) und konventionell radiologisch (8. Mai 2020) weiterhin ohne Lockerungszeichen oder Materialbruch, ohne Imbalance in der Sagitalebene, ohne Lithesis und ohne wesentliche degenerative Veränderungen
- neurologisch ohne signifikante radikuläre Störungssymptomatik
- elektromyographisch ohne Pathologie in den Myotomen L4, L5 und S1 rechts
- Lasègue negativ
- Myofaszielles Beschwerdebild aus dem Thoracic-Outlet-Segment links mehr wie rechts
- Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit:
 - mittelgradigen Foramenstenosen C6 und C8 rechts mit ansonsten leichten degenerativen Veränderungen der HWS (MRI vom 6. März 2020)
- Restbeschwerden Hüfte bds. bei/mit:
 - St. n. Hüftarthroskopie rechts, intraartikuläre Synovektomie und Labrumresektion sowie anschließende Schenkelhalstaillierung Hüfte rechts am 26. September 2018 bei femoro-acetabuläres Impingementsyndrom (FAI) vom kombinierten Cam- / Pincer-typ mit Labrumrissbildung Hüfte rechts
 - radiologisch leichten degenerativen Veränderungen mit Offeststörung bds. (Rö vom 6. März 2020)
 - weiterhin diskreter CAM Impingement Konstellation bds. links betont
- Knieschmerzen rechts bei/mit:
 - St. n. Kniearthroskopie rechts mit lateraler Meniskushinterhornresection, Resektion des Knorpeltraktes und Durchführung von Microfrakturierungen posterolateral Meniskushinterhornbereich am 17. März 2012 wegen posttraumatischer laterale Meniskushinterhornläsion mit begleitendem lokalisiertem Knorpelschaden Knie rechts (UE vom 3. März 2012)
 - konventionell radiologisch altersentsprechende Verhältnisse (Rö vom 6. März 2020)
 - moderate Chondropathie Grad II retropatellar und femorotibial ohne neuen Meniskusriss, regredienter Gelenkerguss (MRI vom 8. Mai 2020)
- Residuelle Schulterschmerzen rechts bei/mit:
 - Einschränkung Schürzengriff rechts und minimal in Vorwärtselevation
 - St. n. Schulterarthroskopie rechts, intraartikulärem Débridement, Tenotomie und Tenodese LHB und Revision des Labrums sowie subacromiale Dekompression, Bursaektomie, anteriore Acromioplastik und AC Gelenkresektion mit Co-Planing der lateralen Clavicula am 9. Juni 2016
 - geringgradige gleno-humerale Degeneration rechts (Rö vom 6. März 2020)
- St. n. nicht dislozierter Tuberculum-majus-Fraktur rechts
- St. n. Ellbogenkontusion rechts am 8. Juni 2010 (beim Fussballspielen) mit Absprengung ossärer Fragmente und Extensionsdefizit
- St. n. Dekompression N. ulnaris links am 12. Juni 2019 bei Kubitaltunnelsyndrom links elektroneurografisch verifiziert
- St. n. OSG-Distorsion rechts 1995 und 2003 und St. n. OSG-Arthroskopie rechts, intraartikuläres Débridement und Synovektomie und offener Bandrekonstruktion am 20. Februar 2014 bei/mit:
 - leichte degenerative Veränderungen OSG rechts und Lisfranc rechts
- Prae-Adipositas = Übergewicht I (BMI 29.0)

- Divertikulose mit Divertikulitis und Abszessbildung, ICD-10/K57.8 mit Zustand nach Sigmaresektion und Exstirpation einer kolovesikalen Fistel im Oktober 2014
- Leichtes Schlafapnoe-Syndrom, deutlich lageabhängig (ED Januar 2020)

Was die funktionellen Einschränkungen anbelangt, wurden in somatischer Hinsicht eine Minderbelastbarkeit des Achsenskeletts, der Schulter rechts, des rechten Knies und der Hüfte beidseits angenommen. In psychiatrischer Hinsicht zeigten sich mittelgradige bis schwere Beeinträchtigungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mittelgradige Störungen der Initiierung von Spontanaktivität und leichte bis mittelgradige Störungen der Selbstbehauptungsfähigkeit. Ansonsten ergaben sich nur leichte oder keine Einschränkungen und eine verminderte Stresstoleranz ("bei länger anhaltendem psychischem Stress und in Überforderungssituationen kann es zu Vermeidung, Rückzug und Somatisierung kommen"). Betreffend Persönlichkeit zeigte sich eine anankastisch-perfektionistische Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer Akzentuierung. Gleichzeitig wurde aber auch angemerkt, dass auch eine altruistische, leistungsbetonte und leistungsbereite Persönlichkeit mit Neigung zur Rationalisierung vorliege. Der psychiatrische Teilgutachter stellte fest, dass der Versicherte wegen seiner guten persönlichen und beruflichen Ressourcen und der aktuell nur geringen funktionellen Einbussen (allenfalls marginale Beeinträchtigungen im privaten Kontext mit vorwiegenden Einschränkungen im Beruf) nach einer adäquaten Therapie voraussichtlich wieder in der Lage sein werde, an seine frühere berufliche Leistungsfähigkeit anzuknüpfen. Voraussetzung dafür sei jedoch, dass es ihm gelinge, die Hemmnisse eines Transfers in die Arbeitswelt zu überwinden und er dann auch bereit sei, seine Aktivitäten und Kompetenzen dem beruflichen Bereich zur Verfügung zu stellen. Nach einer Therapie sei mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Im Rahmen der Konsistenzprüfung ergaben sich Diskrepanzen zwischen den privaten und beruflichen Aktivitäten. Nicht alle vom Versicherten berichteten Funktionseinbussen konnten als plausibel und reproduzierbar betrachtet werden. Des Weiteren war der Medikamentenspiegel für Escitalopram und Trazodon unter der Nachweisschwelle und für Pregabalin weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Dass ein Retard-NSAR in mittlerer Dosierung als Schmerzreserve eingesetzt wird, sprach gemäss den Gutachtern gegen das Vorliegen erheblicher Schmerzen. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum ab Januar 2018 zu 70 % zumutbar sei. Nach erfolgter Behandlung sei von keiner Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit [recte: wohl Arbeitsfähigkeit] mehr auszugehen. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe eine durchgängige und auch retrospektiv geltende volle Arbeitsfähigkeit. Davon ausgenommen seien die peri- und postoperativen Zeiten von maximal drei Monaten nach der LWS-Operation im Oktober 2017 bzw. maximal sechs Wochen nach der Operation in Ellenbogenhöhe 2019. Betreffend Begründung der

Gesamtarbeitsunfähigkeit merkten die Gutachter an, es dominierten rückblickend die Auswirkungen der Somatisierungsstörung. Die somatischen Faktoren erklärten nicht den dysfunktionalen Beschwerdenverlauf. Was das Zumutbarkeitsprofil anbelangt, wurde darauf hingewiesen, dass das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 5 kg, Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Kopfes und des Rumpfes sowie ständige Überkopfarbeiten, Arbeiten in gebückter, kniender und gehockter Stellung, rein gehende und rein stehende Arbeiten wie auch das Gehen auf unebenem Boden und das Begehen von Treppen oder Gerüsten, das Hantieren mit vibrierenden und schlagenden Maschinen rechts sowie Arbeiten mit längerer Armvorhaltepositionen nicht mehr zumutbar seien. Aus psychiatrischer Sicht erscheine im Rahmen der zukünftigen beruflichen Tätigkeit eine individuelle Einarbeitungszeit sinnvoll und empfehlenswert. Dabei sei gegebenenfalls der Einsatz eines Coachings zu empfehlen. Der Versicherte sollte durch kognitive, emotionale und interaktionelle Anforderungen nicht überfordert werden (IV-act. 137).

3.3 Im Rahmen der Neuanmeldung vom 28. März 2023 legte der Beschwerdeführer folgende neue Berichte auf:

3.3.1 Auf Anfrage der Rechtsvertreterin hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, unter Hinweis auf den Austrittsbericht des Spitals I. _____ mit Bericht vom 14. Februar 2023 die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bei multilokulärem Schmerzbild von fibromyalgiformen Charakter sowie die arterielle Hypertonie als neue Diagnosen fest. Aufgrund der Diagnosen mit der dazugehörigen Chronizität der Einschränkungen lasse sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen. Dies zeige sich zum einen an den somatischen Beschwerden sowie auch psychisch aufgrund der bestehenden Erschöpfungszustände sowie Durch- und Einschlafstörungen. So klage der Patient über zunehmend fehlende Energie und Abnahme sozialer Interaktion ausserhalb der Familie. Zurzeit werde eine psychotherapeutische Behandlung aufgelegt. Gemäss seiner Einschätzung und unter Berücksichtigung von genügend Pausen bestehe aktuell eine maximale Arbeitsfähigkeit von 25 % (keine Lasten über 5 kg, kein langes Sitzen oder Stehen, keine Überkopfarbeiten; IV-act. 179).

3.3.2 Mit Bericht vom 7. März 2023 hielt Dr. med. E. _____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, der Versicherte sei letztmals am 7. März 2022 als Patient in seiner Sprechstunde gewesen. Prinzipiell habe sich das gesamte Beschwerdebild verschlechtert. Diesbezüglich weise er auf den de-

taillierten Bericht des Spitals I. _____, Universitätsklinik für Neurologie, vom 29. Juni 2021 hin. Darin seien die neuen Diagnosen detailliert aufgeführt. Zwischenzeitlich habe sich beim Versicherten eine chronische Schmerzstörung mit multiplen psychischen und somatischen Faktoren im Rahmen eines multilokulären Schmerzbildes von fibromyalgischem Charakter entwickelt, dies neben zahlreichen Leiden und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Neben den Schmerzen und Funktionseinschränkungen am Bewegungsapparat würden insbesondere eine chronische Schlafstörung mit persistierender Tagesmüdigkeit sowie die Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit relevant ins Gewicht fallen. Dies führe zu einer eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit mit Stressintoleranz und löse auch zahlreiche vegetative Beschwerden aus. Da er den Patienten seit dem 7. März 2022 nicht mehr persönlich gesehen habe, könne er eine präzise Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der aktuellen gesundheitlichen Einschränkungen nicht vornehmen. Auf alle Fälle sei die Arbeitsfähigkeit sicherlich tiefer einzuschätzen, als wie sie offenbar früher festgelegt worden sei (rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit [IV-act. 178 S. 1 f.]).

Dem beigelegten Austrittsbericht des Spitals I. _____, Universitätsklinik für Neurologie, vom 29. Juni 2021 betreffend die stationäre Abklärung und Behandlung vom 28. Mai bis 18. Juni 2021 können folgende Diagnosen entnommen werden: chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren, arterielle Hypertonie (Juni 2021: Beginn mit antihypertensiver Therapie mit Amlodipin), leichte obstruktive Schlafapnoe (ED Januar 2020), Gicht (ED März 2019) und Status nach Hornhauttransplantation bei Keratokonus rechts 1999. Beurteilend wird ausgeführt, der Patient sei bei chronischen Rückenschmerzen seit einem Bandscheibenvorfall mit operativer Versorgung und im Verlauf zunehmender Schmerzausbreitung sowie einem Hüftimpingement beidseits eingetreten. Rheumatologische Abklärungen seien ohne Hinweise auf eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis geblieben. Ziel der Therapien sei neben dem Ausbau von Coping-Strategien und einer Verbesserung der Entspannungs- und Körperwahrnehmungsfähigkeit insbesondere die Ressourcenaktivierung und Stärkung des Vertrauens in den eigenen Körper gewesen. Hierzu sei der Versicherte in das multimodale Therapiekonzept integriert worden. Bei Eintritt habe sich ein offener, aktiver Patient mit hohem Leidensdruck präsentiert. Hinweise auf klinisch relevante Psychopathologien hätten sich nicht gefunden. Klinisch habe eine starke Druck- und Klopfdolenz der Wirbelsäule BWS/LWS mit schmerzbedingt in alle Richtungen eingeschränkter Beweglichkeit imponiert. Zudem habe sich die Oberflächensensibilität fazial links, Oberarm lateral links, Oberschenkel lateral rechts und Fussrand rechts vermindert im Vergleich zur Gegenseite gezeigt. Diese nicht

dermatomgebundenen somatosensorischen Defizite seien als reaktive somatosensorische Dissoziationen zu bewerten und stellten ein in der Literatur mehrfach beschriebenes Epi-Phänomen bei zentralen Schmerzverarbeitungsstörungen dar, welches bei ansonsten unauffälligem Neurostatus keiner weiteren fachspezifischen Abklärung bedürfe. Laborchemisch hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Im Verlauf habe der Patient gut vom multimodalen Therapieangebot profitieren können. Bei konstant hypertensiven Blutdruckwerten sei im Juni 2021 eine antihypertensive Therapie mit Amlodipin gestartet worden. Um eine hausärztliche Reevaluation im häuslichen Setting werde gebeten. Zusammenfassend wurde ausgeführt, es sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zu stellen. Über somatische Komponenten im Sinne degenerativer Veränderungen bzw. Status nach operativer Versorgung des Hüftimpingements sowie des Bandscheibenvorfalles hinausgehend würden sich klare Hinweise auf eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung finden. Für eine relevante zentral-nervös vermittelte Komponente spreche die generalisierte Hyperalgesie, die Stressmodulation der Beschwerden sowie der geringe Effekt peripher-nozizeptiv wirksamer Analgetika. Typisch seien auch die eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, das Vorliegen einer chronischen Schlafstörung mit nicht erholsamen Schlaf und Tagesmüdigkeit sowie die neuroinflammatorische Aktivierung bei körperlicher Überlastung. Aus psychosomatischer Sicht sei von einer Stress-induzierten Hypersensibilisierung auszugehen. Als Vulnerabilitätsfaktor habe anamnestisch passend dazu auf behavioraler Ebene eine sog. Actionproneness im Sinne einer körperlichen Verausgabungstendenz bei eher geringer Dosierungsfähigkeit erhoben werden können. Hinzu komme eine repetitive strukturelle Triggerrung auf struktureller Ebene sowie eine wohl auch aus konstitutionellen Gründen erhöhte Schmerz-/Stressvulnerabilität. Unter "Psychologie" wurde festgehalten, dass sich klinisch sowie psychometrisch keine depressive Symptomatik gezeigt habe. Der Versicherte habe über ein unterstützendes soziales Umfeld sowie eine intakte Tagesstruktur berichtet. Im Rahmen der Schmerzsymptomatik habe er über deutliche Erschöpfungssymptome sowie eine erhebliche Schlafproblematik berichtet. Bezüglich der psychologischen Behandlung nach dem Austritt sei besprochen worden, dass sich der Versicherte bei Bedarf um eine wohnortsnahe psychotherapeutische Behandlung kümmere. Zur Physiotherapie wurde angemerkt, der Versicherte habe am ganzen Körper verschiedene Schmerzen bekundet. Durch manuelle Massnahmen sowie Entspannungstechniken hätten sich die Spannungen und Schmerzen in den Muskeln reduziert. Durch leichte Aktivierung in der medizinischen Trainingstherapie sowie den anderen aktiven Gruppen habe die Situation stabilisiert werden können. Langfristig werde weiterführende ambulante Physiotherapie mit Fokus auf

Verbesserungen der Körperwahrnehmungs- und Entspannungsfähigkeit sowie MTT empfohlen (IV-act. 178 S. 24 ff.).

3.4 Am 13. April 2023 nahm RAD-Arzt Dr. C. _____ zu den neu eingereichten Berichten Stellung und kam zum Schluss, dass sich den Neuakten dieselben Beschwerden/Klagen (Schmerzen, Schlafstörung, Müdigkeit/Erschöpfung, kognitive Defizite) wie zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung zugrunde liegenden Begutachtung der MEDAS Bern vom 26. August 2020 entnehmen liessen. Vordergründig bestünden anhaltende multilokuläre Schmerzen, wobei die Diagnoseänderung (gemäss gutachterlicher Beurteilung Somatisierungsstörung) hin zu einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren per se keine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge. In jedem Fall sei der Verlauf chronisch fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonellen und familiären Verhaltens verbunden, was denn gutachterlich sowohl in Bezug auf die Schmerzen als auch die damit assoziierten Probleme (Schlafstörung, Kognition, Auswirkungen auf das Sozialverhalten etc.) hinlänglich exploriert und unter Verweis auf vorhandene Inkonsistenzen gewürdigt worden sei. Die neue Diagnose einer arteriellen Hypertonie vermöge angesichts deren Behandelbarkeit keine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Des Weiteren liessen sich den Neuakten auch in Zusammenhang mit der Diagnose eines Keratokonus keine aktuellen objektiven Befunde (korrigierte Visuswerte etc.) entnehmen, welche eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge. Doktor C. _____ kam zum Schluss, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht sei (IV-act. 184).

3.5 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte der Beschwerdeführer den Bericht des Spitals J. _____, Dr. med. D. _____, Oberärztin mbF, vom 14. April 2023 zu den Akten. Anamnestisch wird darin ausgeführt, der Patient habe sich nach der Erstbeurteilung im Jahr 2022 gemeldet mit Bitte um eine erneute Vorstellung. Er berichte, dass für ihn die ausgeprägte Schmerzsymptomatik und Insomnie weiterhin bestünden und nun auch eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit dazugekommen sei. Die ausgeprägte Schmerzsymptomatik und Insomnie würden die ganze Müdigkeitssymptomatik verschlechtern. Er meine, die Schmerzen seien deutlich progredient in den Schultern, den Beinen und Füßen sowie auch dem Impingement an der Hüfte. Zudem zeige sich eine deutliche Zustandsverschlechterung der Fatigue nach Belastungen. Weiter beklage er eine Sicca-Symptomatik mit trockenem Mund und Rachen sowie schwerer Zunge und trockenen Augen und ein

Druckgefühl im Magenbereich. Intermittierend habe er auch einen sturmen Kopf. Die Tagesmüdigkeit mit unerholsamen Schlaf sei deutlich progredient. Auch die Konzentrationsstörungen hätten sich im Alltag stark ausgeweitet. Beurteilend kam Dr. D. _____ zum Schluss, die Situation habe sich seit dem letzten Termin im Juli 2022 verschlechtert, sodass nun ein Chronic Fatigue-Syndrom (CFS) mit den erfüllten kanadischen Kriterien diagnostiziert werden müsse. Symptomatisch zeige sich im Vordergrund die vom Patienten erwähnte Fatigue, Zustandsverschlechterung nach Belastung, die Schlafstörungen und die Schmerzen. Von den Minor-Kriterien sei aus den neurologischen kognitiven Manifestationen vor allem die Konzentrationsfähigkeit im Vordergrund. Bei den autonomen Manifestationen handle es sich primär um Schwindel und Benommenheit sowie die Darmstörungen als diffusen Magendruck. Bei den neuroendokrinen Manifestationen handle es sich primär um eine Verschlechterung der Stressverarbeitung und schnellerer Erschöpfung bei Stresssituationen. Zusätzlich beklage der Patient eine Sicca-Symptomatik, welche im Rahmen des Chronic Fatigue-Syndroms sehr häufig auftrete. Differentialdiagnostisch seien deshalb die SSB- und SSA-Antikörper laborchemisch bestimmen worden, wobei ein Sjögren-Syndrom habe ausgeschlossen werden können. Als Behandlungsmassnahmen wurden der Beginn mit Ergotherapie sowie die Fortführung der psychosomatischen Betreuung und Evaluation von psychologischer Psychotherapie wie auch Psychopharmakotherapie empfohlen. Zusätzlich zum Chronic Fatigue-Syndrom wurden im Sprechstundenbericht auch noch folgende neue Diagnosen aufgeführt: Dyslipidämie, Prädiabetes (ED April 2023), Vitamin D Mangel und Adipositas Grad I mit einem BMI von 30.3 (IV-act. 188 S. 8–11).

3.6 Zum neu aufgelegten Bericht von Dr. D. _____ nahm RAD-Arzt Dr. C. _____ am 7. Juni 2023 Stellung. Dabei kam er zum Schluss, dass sich nichts an der Einschätzung ändere, wonach im Wesentlichen dieselben Beschwerden/Klagen (Schmerzen, Schlafstörung, Müdigkeit/Erschöpfung, kognitive Defizite) wie zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung zugrunde liegenden Begutachtung der MEDAS Bern ins Feld geführt würden. Dabei sei es insbesondere zu einer Progredienz der Schmerzen (Schultern, Beine, Füsse, Hüfte) und damit assoziiert der Müdigkeit/Fatigue mit nun deutlicher Zustandsverschlechterung nach Belastung im Sinne einer post exertional malaise gekommen; zusätzlich Sicca Symptomatik und epigastrale Druckgefühle. Die von Dr. D. _____ gestellte Diagnose eines Chronic Fatigue-Syndroms beruhe überwiegend auf Schilderungen subjektiver Empfindungen. Seitens der Rechtsanwältin werde denn auch auf die Anerkennung der CFS Erkrankung durch das dänische Parlament und auf eine Studie mit bildgebendem Nachweis von Veränderungen in der grauen und weissen Substanz des Gehirns sowie einen Zusammenhang mit einer cerebralen Hypoperfusion

hingewiesen. De facto würden aber keinerlei neue und aktuelle objektive Befunde beigebracht, welche bei vergleichbaren subjektiven Beschwerden, aber anderslautender diagnostischer Einordnung die postulierte Verschlechterung nachvollziehbar machen würden. Im Falle einer effektiv eingetretenen relevanten Verschlechterung der kognitiven Funktionen hätte er eine neuropsychologische Verlaufs-Untersuchung erwartet, welche indes offenbar nicht erfolgt sei. Dass degenerative Gelenksveränderungen (wie beschrieben im Bereich der rechten Hüfte) in Abhängigkeit der Belastungen mit zunehmendem Alter naturgemäss zunehmen würden, sei unstrittig. Im Falle einer relevanten Verschlechterung wäre indes mit einem Ausbau konservativer Behandlungsmassnahmen bis gegebenenfalls hin zu operativen Massnahmen zu rechnen, wobei sich auch diesbezüglich in den Neuakten keine Informationen hätten entnehmen lassen. Unabhängig davon würde sich auch am ergonomischen Profil (körperlich leicht, wechselbelastend, ohne Zwangshaltungen) nichts ändern. Doktor C._____ kam zum Schluss, dass sich eine auf einer objektiven Befundlage beruhende Verschlechterung des Gesundheitszustandes den im Einwandverfahren beigebrachten Akten nicht entnehmen lasse. Für eine Somatisierungsstörung charakteristisch seien multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestünden. Die meisten Patienten hätten eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, mit vielen negativen Untersuchungen und ergebnislosen explorativen Operationen. Vorstehendes berücksichtigend erstaune es denn auch nicht, dass behandlerseits immer wieder neue, die Symptomatik erklärende Ursachen/Diagnosen (wie jüngst jene eines CFS) gefunden/gestellt würden. Vordergründig für die versicherungsmedizinische Beurteilung sei indes nicht die Diagnose, sondern die Befundlage und deren funktionellen Auswirkungen auf die Arbeits-/Leistungsfähigkeit, wie dies zuletzt gutachterlich im Rahmen der Begutachtung der MEDAS Bern vom 26. August 2020 erfolgt sei (IV-act. 190).

3.7 Am 14. Juli 2023 reichte der Beschwerdeführer einen Optikerbericht vom 24. Mai 2023 zu den Akten. Darin wird festgehalten, im Rahmen einer Nachkontrolle der Kontaktlinsen habe sich herausgestellt, dass die rechte Austauschlinse keine gute Versorgung mehr sei. Dem Versicherten sei daher die Anpassung einer Sklerallinse (wie auch schon links getragen werde) empfohlen worden. Die Nachkontrolle der linken Sklerallinse habe ergeben, dass diese nun die Hornhaut touchiere und dementsprechend auch dringend ausgetauscht werden müsste. Der Versicherte sei nun schon seit ca. 25 Jahren Kunde bei ihnen. In den letzten Jahren habe es eine stetige Verschlechterung der Korrekturen gege-

ben, vor allem rechts. Dies könne durch Erkrankungen, Stresssituationen, Medikamente begünstigt werden (IV-act. 191).

4.

4.1 Zunächst gilt es zu bemerken, dass es bei einer Neuanschuldung Sache der versicherten Person ist, eine gesundheitliche Verschlechterung, die sich auf den Leistungsanspruch auswirken könnte, anhand von Arztberichten glaubhaft zu machen. Die IV-Stelle ist somit bis zur Glaubhaftmachung eines veränderten Gesundheitszustandes nicht verpflichtet, weitere Abklärungen vorzunehmen, insbesondere Berichte bei behandelnden Ärzten einzuholen oder eine persönliche Untersuchung durch den RAD anzuordnen. Erst wenn die Tatsachenänderung glaubhaft gemacht worden ist, muss die IV-Stelle weitere Abklärungsmassnahmen treffen. Angesichts dessen gilt es vorliegend zu prüfen, ob es dem Beschwerdeführer gelingt, mit den im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse seit dem 27. Oktober 2020 glaubhaft zu machen. Hierzu liegen die unter E. 3.3 ff. wiedergegebenen Berichte des Spitals I. _____ vom 29. Juni 2021, von Dr. H. _____ vom 14. Februar 2023, von Dr. E. _____ vom 7. März 2023 und von Dr. D. _____ vom 14. April 2023 sowie der Optikerbericht vom 24. Mai 2023 vor. Im Rahmen der Neuanschuldung wurden zwar auch noch zahlreiche Arztzeugnisse aufgelegt, die dem Beschwerdeführer eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren (vgl. IV-act. 180). Ein Grossteil der Arztzeugnisse datiert indes aus den Jahren 2017–2020 und äussert sich somit zu einem Gesundheitszustand der bereits Gegenstand der letztmaligen Rentenprüfung vom 27. Oktober 2020 war (vgl. IV-act. 180 S. 27–69). Angesichts dessen besteht vorliegend kein Raum, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit diesen Arztzeugnissen glaubhaft zu machen, zumal gerade der Umstand, dass behandlerseits ab dem 25. Oktober 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde – was nicht nachvollziehbar war (vgl. RAD-Stellungnahme von Dr. C. _____ vom 2. Oktober 2019 [IV-act. 93 S. 3]) – Anlass für eine polydisziplinäre Begutachtung gab. Darüber hinaus liegen zwar auch noch Arztzeugnisse von Dr. H. _____ in den Akten, die dem Beschwerdeführer über den 27. Oktober 2020 hinaus fortlaufend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren (vgl. IV-act. 180 S. 1–26). Allein damit ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes jedoch nicht glaubhaft gemacht, da der Hausarzt dem Beschwerdeführer bereits für den Zeitraum ab August 2019 (vgl. IV-act. 83) bis zur letzten rechtskräftigen Verfügung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (vgl. z.B. IV-act. 87, 110, 121, 124, 130, 135 und 139).

4.2 Wie sich aus den Akten ergibt, war Gegenstand der letztmaligen materiellen Rentenprüfung die behandlerseitig ab dem 25. Oktober 2017 durchgehend attestierte Arbeitsunfähigkeit infolge eines chronischen bzw. chronifizierten, multilokulären (Rücken, Nacken/Schulter/Arm, Knie, Fuss) muskuloskelettalen Schmerzsyndroms. Da die andauernd attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit somatisch, klinisch befundlich nicht nachvollziehbar war, erfolgte Anfangs 2020 eine polydisziplinäre Begutachtung. Dabei liessen sich die körperlichen Beschwerden nicht ausreichend somatisch erklären, weshalb eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 diagnostiziert und hieraus eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert wurde. Die festgestellten kognitiven Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen wurden als minimal und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Im Rahmen der Konsistenzprüfung ergaben sich sodann gewisse Inkonsistenzen. So zeigte sich eine gewisse Diskrepanz zwischen den privaten und beruflichen Aktivitäten und die vom Beschwerdeführer angegebene schnelle Ermüdbarkeit sowie anhaltende Tagesmüdigkeit konnte im Rahmen der einzelnen Untersuchungen nicht festgestellt werden. Ein klinisches Korrelat für die von Beginn weg angegebene erhöhte und im Verlauf dann zunehmende Müdigkeit liess sich nicht finden und die vorgenommene Abklärung mit Polygraphie ergab schliesslich nur ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

4.3 Ein Vergleich mit den im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten Akten ergibt, dass damit im Wesentlichen die gleichen Beschwerden (insbesondere multilokuläre Schmerzen, Schlafstörung, Müdigkeit/Erschöpfung, kognitive Defizite) geltend gemacht werden, die bereits im Rahmen der Begutachtung gewürdigt wurden. Es trifft zwar zu, dass sowohl Dr. H. _____ als auch Dr. E. _____ in ihren auf Anfrage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erstellten Stellungnahmen vom 14. Februar 2023 (IV-act. 179) und 7. März 2023 (IV-act. 178 S. 1 f.) von einer expliziten Verschlechterung des Gesundheitszustandes sprechen und sie im Unterschied zur MEDAS-Begutachtung, wo als Diagnose noch eine Somatisierungsstörung angenommen wurde, neu eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren erwähnen. Eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens allein genügt jedoch nicht, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist vielmehr eine veränderte Befundlage notwendig (BGer 8C_571/2023 vom 29. Februar 2024 E. 4.2). Und auch wenn an die Berichte der behandelnden Ärzte zur Glaubhaftmachung einer Sachverhaltsänderung nicht strenge Anforderungen gestellt werden dürfen, wird dennoch verlangt, dass sich auch solche Berichte nicht in einer Wiedergabe der Vorbringen der versicherten Person erschöpfen, sondern

nachvollziehbar aufzeigen, aufgrund welcher Befunde die behandelnde Fachperson von einer (erheblichen) Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgeht. Ist demgegenüber anzunehmen, die neuen Berichte stellen bloss eine abweichende Würdigung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhaltes dar, so taugen diese nicht dazu, eine Verschlechterung glaubhaft zu machen (BGer 8C_619/2022 vom 22. Juni 2023 E. 5.1).

In der Stellungnahme des Hausarztes wird lediglich unspezifisch und vornehmlich gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers von einer Verschlechterung im Sinne einer Chronifizierung, von Erschöpfungszuständen sowie Durch- und Einschlafstörungen gesprochen, ohne jedoch hierzu irgendwelche eigene objektive Befunde aufzuführen. Vielmehr verweist Dr. H. _____ auf den Austrittsbericht des Spitals I. _____ vom 29. Juni 2021. Nichts anderes hat in Bezug auf die Stellungnahme von Dr. E. _____ vom 7. März 2023 zu gelten, übernimmt dieser darin doch lediglich die im Austrittsbericht des Spitals I. _____ aufgeführten Diagnosen, ohne jedoch darzulegen, welche objektiven Befunde auf eine erhebliche Verschlechterung seit Oktober 2020 schliessen lassen sollen. Aus dem beigelegten Auszug der Krankengeschichte (IV-act. 178 S. 3–23) ergibt sich hinsichtlich des Verlaufs ab Oktober 2020 sodann, dass die erneute Vorstellung bei Dr. E. _____ im Dezember 2021 aufgrund vermehrter Schmerzen und Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte, am Knie und an den Vorfüssen erfolgte. Die klinische Untersuchung der Füsse ergab dabei beidseits einen unauffälligen Befund und anlässlich des Röntgens der rechten Hüfte sowie des rechten Knies ergaben sich reguläre Verhältnisse. Eine Verschlechterung im Vergleich zur Voruntersuchung war gerade nicht feststellbar (Eintrag vom 20. Dezember 2021). In der Folge fand am 28. Dezember 2021 eine MRT-Untersuchung der Hüfte rechts statt. Dabei zeigte sich im Wesentlichen die bekannte femorale Offsetstörung mit Cam-Impingement sowie zusätzlich – im Vergleich zur MR-Arthrographie von 2018 – eine leicht progrediente anterosuperiore Knorpelminderung und ein progredienter Labrumriss (Eintrag vom 31. Dezember 2021). Es trifft somit zwar zu, dass die degenerativen Gelenksveränderungen im Bereich der rechten Hüfte seit der letzten rechtskräftigen Verfügung zugenommen haben, was auch von RAD-Arzt Dr. C. _____ nicht bestritten wird. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass nur von einer leicht progredienten anterosuperioren Knorpelminderung die Rede ist und ein Ausbau der konservativen Behandlung bis gegebenenfalls hin zu operativen Massnahmen gerade nicht erfolgte. Vielmehr empfahl auch Dr. E. _____ lediglich ein Fortsetzen der konservativen Therapie – bedarfsweise Spiralglin – und am 7. März 2022 fand bei ihm sodann die letzte Konsultation statt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert. Dass die leicht pro-

gradiente anterosuperiore Knorpelminderung und der progrediente Labrumriss den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit gemäss formuliertem Zumutbarkeitsprofil – körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend, ohne Zwangshaltungen – einschränken sollte, wurde fachärztlich somit nirgends belegt und wäre auch nicht nachvollziehbar. Vielmehr ist dem RAD-Arzt zuzustimmen, dass die zugenommenen degenerativen Gelenksveränderungen im Bereich der rechten Hüfte am ergonomischen Profil nichts ändern. Dementsprechend ist auch mit dem MRT-Befund der rechten Hüfte keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht, der zu einer Einschränkung der dem Beschwerdeführer noch zumutbaren angepassten Tätigkeit führen würde.

Was den Austrittsbericht des Spitals I. _____, Universitätsklinik für Neurologie, vom 29. Juni 2021 (IV-act. 178 S. 24–29) anbelangt, auf welchen sowohl Dr. H. _____ als auch Dr. E. _____ explizit verweisen, ist zunächst festzustellen, dass von den darin angeführten Diagnosen die leichte obstruktive Schlafapnoe (ED Januar 2020), die Gicht (ED März 2019) sowie der Status nach Hornhauttransplantation bei Keratokonus rechts (1999) im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung bereits bekannt waren. Inwieweit es diesbezüglich zu einer Verschlechterung gekommen sein soll, ergibt sich aus dem Austrittsbericht nicht. Demgegenüber lagen die Diagnosen der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie der arteriellen Hypertonie unbestrittenmassen noch nicht vor. Wie RAD-Arzt Dr. C. _____ zutreffend festgestellt hat, ist die arterielle Hypertonie einer Behandlung gut zugänglich und vermag daher keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Mit der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren liegt nun zwar eine andere Diagnose vor, als noch zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, gingen die Gutachter damals doch von einer Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 aus. Wie jedoch bereits darauf hingewiesen wurde, genügt eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens allein nicht, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen. Hinweise darauf, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 27. Oktober 2020 neue Befunde erhoben oder sonstige Erkenntnisse gewonnen werden konnten, welche eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu begründen vermöchten, können dem Bericht nicht entnommen werden. Vielmehr geht daraus hervor, dass weiterhin die multilokulären Schmerzen im Vordergrund stehen, die von den MEDAS-Gutachtern bereits umfassend gewürdigt wurden. Nichts anderes hat in Bezug auf die damit assoziierten Probleme wie Schlafstörung, Müdigkeit/Erschöpfung sowie kognitive Defizite zu gelten. Dabei ist noch einmal daran zu erinnern, dass die kognitiven Einschränkungen von den Gutachtern als minimal eingestuft

wurden und sich ein klinisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer angegebene Müdigkeit/Erschöpfung gerade nicht finden liess. Dass sich hieran etwas geändert haben könnte, geht aus dem Bericht nicht hervor. Vielmehr zeigt sich, dass diesbezüglich wiederum auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt wurde, wird im Bericht doch ausgeführt, der Patient habe über deutliche Erschöpfungssymptome sowie eine erhebliche Schlafproblematik berichtet. Hinsichtlich der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit lässt sich sodann ebenfalls kein objektiver Befund entnehmen noch wurde in der Folge zur MEDAS-Begutachtung eine neuropsychologische Verlaufsbeurteilung durchgeführt, was gemäss Dr. C. _____ bei einer erheblichen Verschlechterung jedoch zu erwarten gewesen wäre. Schliesslich zeigt sich, dass der Beschwerdeführer von der psychosomatischen Abklärung im Spital I. _____ erheblich profitieren konnte. So wird im Austrittsbericht festgehalten, dass der Patient im Verlauf gut vom multimodalen Therapieangebot habe profitieren können, wobei er sehr motiviert sei, neue Strategien zu entwickeln und mit dem Schmerz umzugehen. Die Spannungen und Schmerzen in den Muskeln konnten offensichtlich reduziert und die Situation des Beschwerdeführers stabilisiert werden. Dass die im Bericht angesprochene psychotherapeutische Behandlung im Nachgang zum stationären Aufenthalt in Angriff genommen worden wäre, ist schliesslich nicht aktenkundig. Nach dem Dargelegten enthält somit auch der Austrittsbericht des Spitals I. _____ keinerlei neue objektive Befunde, welche eine von der bisherigen abweichende Beurteilung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu begründen vermöchten.

Nichts anderes hat in Bezug auf den Sprechstundenbericht von Dr. D. _____ vom 14. April 2023 (IV-act. 188 S. 8–11) zu gelten, worin neu die Diagnose eines Chronic Fatigue-Syndroms gestellt wird. Dass behandlerseits immer wieder neue, die Symptomatik erklärende Ursachen/Diagnosen gefunden/gestellt werden, erstaunt gemäss RAD-Arzt Dr. C. _____ bei der Gesundheitsstörung des Beschwerdeführers nicht. Mit dem RAD-Arzt ist sodann einig zu gehen, dass bei der Diagnosestellung des CFS im Wesentlichen auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers abgestellt wurde. Befunde, welche die unter "Zwischenanamnese" aufgeführten Schilderungen des Beschwerdeführers objektiveren würden, lassen sich dem Bericht jedenfalls nicht entnehmen. Die neu aufgeführten Diagnosen der Dyslipidämie, Prädiabetes (ED April 2023), Vitamin D Mangel sowie Adipositas Grad I sind schliesslich – wie auch im Sprechstundenbericht festgehalten – behandelbar und vermögen keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

Was zu guter Letzt die Augenproblematik anbelangt – Status nach Hornhauttransplantation bei Keratokonus rechts 1999 –, wurde im Rahmen der Neuanmeldung lediglich der Optikerbericht vom 24. Mai 2023 (IV-act. 191) eingereicht. Daraus geht hervor, dass dem Beschwerdeführer rechts die Anpassung einer Sklerallinse und links der Austausch der Sklerallinse empfohlen wurde. Inwiefern dies eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchte, geht aus dem genannten Bericht nicht hervor. Für diese Beschwerden wurde denn auch anderweitig keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, zumal abgesehen vom Optikerbericht vom 24. Mai 2023 keine neuen augenärztliche Berichte aufgelegt wurden.

4.4 Insgesamt ist festzustellen, dass die im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens eingereichten Berichte bloss eine abweichende Würdigung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen und gutachterlich hinlänglich abgeklärten medizinischen Sachverhaltes darstellen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers taugen die neuen Berichte somit nicht, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 27. Oktober 2020 glaubhaft zu machen.

5. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die IV-Stelle zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist, da eine rechtsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die vorgebrachten medizinischen Unterlagen nicht glaubhaft gemacht wurde. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und sie ist unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers abzuweisen.

6. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 24. März 2025

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am