



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 14. April 2020 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2018 135

A. Mit Verfügung vom 30. Mai 2014 sprach die IV-Stelle Zug dem 1959 geborenen A. _____ für den Zeitraum vom 1. September 2011 bis 31. Mai 2012 eine halbe Invalidenrente zu (IV-act. 60). Dieser Entscheid wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Zug (VG ZG) mit Urteil S 2014 91 vom 10. September 2015 (IV-act. 68) und letztinstanzlich vom Bundesgericht (BGer) mit Urteil 9C_780/2015 vom 7. Januar 2016 (IV-act. 74) bestätigt.

Auf eine vom Versicherten inzwischen eingereichte Neuanmeldung trat die IV-Stelle Zug mit Verfügung vom 3. August 2016 nicht ein (IV-act. 84).

Am 19. Oktober 2016 meldete sich A. _____ unter Hinweis auf diverse körperliche Beschwerden und Krankheiten erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 91). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Zug Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-act. 110 ff.) sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 17. Oktober 2018 eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. April bis 31. August 2017 sowie eine halbe Invalidenrente für den Monat September 2017 zu (IV-act. 123 f.).

B. Dagegen erhob A. _____ am 9. November 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Invalidenrente ab April 2017, deren Herabsetzung auf eine halbe Rente für den Monat Oktober 2017 und um Rückweisung zur ergänzenden Abklärung und Neubeurteilung des Rentenanspruchs ab November 2017. Im Eventualbegehren ersuchte er um Zusprechung einer unbefristeten Viertelsrente ab November 2017. Daneben stellte er ein Begehren um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. 1 S. 2 f.). Zur Begründung weist der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf die Stellungnahmen seines Hausarztes hin und macht die Unvollständigkeit der Sachverhaltsabklärungen geltend (act. 1 S. 8 ff.).

C. Nachdem das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Verfügung vom 22. Januar 2019 abgewiesen worden war (act. 6), bezahlte der Beschwerdeführer den ihm auferlegten Kostenvorschuss von Fr. 800.– (act. 7).

D. Mit Vernehmlassung vom 2. April 2019 schloss die Verwaltung unter Hinweis auf die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) auf Abweisung der Beschwerde (act. 10 S. 2 ff.).

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] in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 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 – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 17. Oktober 2018 (BF-act. 1) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich des Beschwerdeführers eingetroffen (act. 1 S. 3). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 9. November 2018, wurde gleichentags der Post übergeben und ging am 12. November 2018 beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG als gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu 17. Oktober 2018) 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 130 V 329 E. 2.2 f. und 130 V 445 E. 1.2.1, mit Verweis auf BGE 129 V 1 E. 1.2, 167 E. 1, 354 E. 1, je mit weiteren Hinweisen).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

- 3.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:
- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können;
 - b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
 - c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert oder aufgehoben, 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 neuen Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

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 Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad

seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; 109 V 108 E. 2b).

3.4 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis).

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist im Neuanmeldungsverfahren von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen. Allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen bleiben aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

3.5 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende; 125 V 369 E. 2; 109 V 262 E. 4a; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

3.6 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4).

3.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

3.8 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

4. Da mit Verfügung vom 3. August 2016 (IV-act. 84) auf das zweite Gesuch um Ausrichtung von Leistungen der Invalidenversicherung nicht eingetreten worden war, bildet die vorausgegangene, eine befristete Rente zusprechende Verfügung vom 30. Mai 2014 (IV-act. 60) den vorliegend massgebenden zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchsrelevanten Änderung. Die Leistungsbefristung beruhte auf dem Untersuchungsbericht und den Stellungnahmen des RAD vom 12. und 25. Juni sowie vom 9. Dezember 2013 (IV-act. 44, 45 und 57). Im Untersuchungsbericht vom 12. Juni 2013

(IV-act. 44/11) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei:
 - degenerativen Veränderungen des Achsenorgans lumbal mit Osteochondrose L4/L5 und L5/S1, Diskusprotrusion L4/L5 mit medianer und teilweise foraminaler Diskushernie L5/S1, skoliotische Fehlhaltung muskulär kompensiert
 - intermittierend sensible Wurzelreizsymptomatik L5/S1 links
 - ohne bildgebendes Korrelat einer neurokompressiven Pathologie
 - wirbelsäulenchirurgisch mechanisch lumbaler Lumbalgie bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen und claudicatio-typischen Beschwerden im Sinne einer Foramen-Stenose L5/S1 beidseits bei relativer Spinalkanalstenose und Diskushernie L5/S1 nach kaudal luxiertem Sequester ohne Hinweise auf eine Wurzelkompression
- Initiale Cox-Arthrose links grösser als rechts mit periarthropathischen Beschwerden
 - DD M. piriformis-Syndrom
- Mediale Gonarthrose links mit/bei:
 - Status nach operativer Intervention 1994
- Initiale Cox-Arthrose links betont (klinisch)

Folgenden weiteren Diagnosen wurde dagegen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (IV-act. 44/11–12):

- Periarthropathia humeroscapularis beidseits mit initialer ACG-Arthrose links betont DD zervikobrachialgieform
- Epicondylopathia humeri radialis links
- Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose 2005, zeitweise entgleist 2010 nach Neueinstellung medikamentös stabil
- Kardiovaskuläres Risikoprofil mit/bei:
 - Adipositas (BMI 33 kg/m²)
 - Hyperlipidämie
 - Nikotin-Abusus
- Status nach beidseitiger Leistenhernienoperation mit Revision links 11. Oktober 2010 (Narbenneurinom mit N. Ilioinguinalis-Syndrom linke Leiste nach extensiver Leistenrevision links August 2009 und Operation nach Lichtenstein 2003)

Gestützt darauf wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer seit dem Austritt aus der Klinik C. _____ am 3. März 2012 in einer körperlich angepassten Tätigkeit ("Wechseltätigkeit" ohne repetitives Heben und Tragen von schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen, ohne regelmässiges Treppensteigen/Besteigen von Leitern/Gerüsten, ohne Schläge/Vibrationen) vollumfänglich arbeitsfähig sei. Der vorangegangene Aufenthalt in der Klinik C. _____ (vgl. Austrittsbericht vom 16. März 2012 [IV-act. 37/5–7]) hatte gesundheitliche Verbesserungen mit sich gebracht (vgl. Urteil VG ZG S 2014 91 vom 10. September 2015 E. 6 und BGer 9C_780/2015 vom 7. Januar 2016 E. 3.3).

5.

5.1 Im Bericht des Spitals D._____, Endokrinologie/Diabetologie (IV-act. 94/5–6), vom 20. November 2015 wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Diabetes mellitus Typ 2 (ED 2005)
 - periphere Neuropathie, Nephropathie
- COPD (GOLD-Stadium C)
 - Nikotinabusus, sistiert seit 6/14
 - Infektexazerbation mit Aufenthalt in der Intensivstation 1/15
- Hypertensive Kardiopathie
 - Echokardiografie 7/14: exzentrisch hypertropher linker Ventrikel mit erhaltener globaler systolischer Funktion
- Schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und Adipositas-Hypoventilations-syndrom
 - auto-CPAP-Therapie: 7/14–4/15
 - aktuell seit 4/15 BiPAP-Beatmung
- Arterielle Hypertonie
- Dyslipidämie
- Adipositas (BMI 37,9 kg/m²)
- schwere Osteochondrose L5/S1
 - Foramenstenose L5/S1 bds., relative Spinalkanalstenose, Diskushernie L5/S1 rechts paramedian

Dem Bericht lässt sich weiter entnehmen, dass die HbA1c-Werte nach einer Besserung wieder auf 10,0 % angestiegen seien. Auf Insulinanpassungen habe der Beschwerdeführer zuerst verzichtet, in der Hoffnung, das Blutzuckerniveau durch Lifestyle-Massnahmen günstig beeinflussen zu können. Infolge der teilweise massiven Rückenschmerzen sei die körperliche Aktivität jedoch erheblich eingeschränkt. Diese wirkten sich häufig auch ungünstig auf die Nüchternblutzuckerwerte aus, wenn der Patient kaum habe schlafen können. Betreffend Diät scheine sich der Beschwerdeführer zunehmend zu bemühen. Leider sei der Gewichtsverlauf aber stetig ansteigend, nicht zuletzt nach Nikotinstopp, was die Blutzuckerwerte weiter ungünstig beeinflusst habe. Zuletzt sei er mit einer Insulindosiserhöhung einverstanden gewesen. Er werde sich zudem um eine gewisse, möglichst regelmässige körperliche Aktivität bemühen, da sich diese sehr eindrücklich auf das Blutzuckerverhalten auswirke.

5.2 Im Wesentlichen dieselben Diagnosen wurden im Bericht des Spitals D._____, Pneumologie, vom 20. Oktober 2016 gestellt (IV-act. 94/1–2). Laut Bericht hatte der Beschwerdeführer vor allem mit dem Rücken und den Knien Probleme. Ansonsten seien seit der letzten Kontrolle keine Besonderheiten aufgetreten. Die BiPAP-Therapie sei gut

eingestellt und es sei keine Änderung notwendig. Die Lungenfunktion zeige einen stabilen Verlauf im Vergleich zum Februar 2015.

5.3 Laut Bericht des Spitals D. _____, Kardiologie, vom 19. Dezember 2016 (IV-act. 103/15–17) bestehen im Alltag wegen der hypertensiven Herzkrankheit weder pectanginöse Beschwerden noch eine inadäquate Dyspnoe. Der Beschwerdeführer verneine auch Palpitationen, Schwindel und synkopale Ereignisse. Grundsätzlich stünden eher Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates im Vordergrund. Dem Bericht lässt sich weiter entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer aktuell kardiopulmonal kompensiert, normotensiv und leicht bradykard präsentiere. Das Ruhe-EKG zeige einen inkompletten Rechtsschenkelblock sowie eine unspezifische QRS-Verbreiterung und falle im Übrigen im Wesentlichen unauffällig aus. Ergometrisch sei der Patient erstaunlicherweise deutlich über seinem Soll belastbar, wobei der Arbeitsversuch sowohl klinisch wie auch elektrisch negativ ausfalle. Echokardiographisch könne das Bild einer beginnenden hypertensiven Herzkrankheit dokumentiert werden mit konzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel mit normaler Funktion. Es bestünden auch keine relevante Klappenvitien.

5.4 Am 25. Januar 2017 wurde der Beschwerdeführer mit einer Kniegelenktotalendoprothese am linken Knie versorgt (IV-act. 107/8–9). Im Bericht vom 5. Juli 2017 (IV-act. 105) gab der bei der Operation assistierende Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, an, bis zum 16. Juni 2017 sei bereits eine Verbesserung der Kniegelenksbeweglichkeit auf 120/0/0 Flexion/Extension eingetreten. Es bestehe eine verminderte Gebrauchsfähigkeit der linken unteren Extremität. Leidensangepasst sei eine sitzende Tätigkeit mit kurzen Stehpausen und Zurücklegen kurzer Gehstrecken, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen und unter Vermeidung des Hebens und Tragens von schweren Lasten.

5.5 Namens des RAD nahm Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 12. September 2017 zur medizinischen Situation Stellung (IV-act. 109). Er erwog, dass eine vorübergehende, mehr als drei Monate dauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorgelegen habe. Den Zeitpunkt des Beginns der Verschlechterung legte Dr. F. _____ mit der radiologischen Diagnostik am linken Knie am 2. September 2016 und der nachfolgenden Überweisung an den Orthopäden auf September 2016 fest. Weiter legte er die Arbeitsunfähigkeit wie folgt fest:

- 50 % vom 1. September 2016 bis 24. Januar 2017
- 100 % vom 25. Januar bis 16. Juni 2017
- 50 % vom 17. Juni bis 20. Juli 2017
- 25 % vom 21. Juli bis 21. August 2017

Unverändert Gültigkeit habe das bisherige ergonomische Profil einer körperlich leichten, gelegentlich mittelschweren Wechseltätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen, ohne regelmässiges Treppengehen, Besteigen von Leitern oder Gerüsten und ohne Schläge oder Vibrationen auf Achsenskelett, Hüfte oder Kniegelenke.

5.6 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte im Bericht vom 19. Oktober 2017 (IV-act. 116/2–3) folgende Diagnosen:

- Hypertensive Kardiopathie
- Obstruktive Schlafapnoe
 - aktuell BiPAP-Beatmung
- COPD Gold II
 - obstruktive Ventilationsstörung
 - Nikotinabusus sistiert 06/14
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei Osteochondrosen L4/5 und L5/S1, Diskusprotrusion L4/5 mit medianer, teilweise foraminaler Diskushernie L5/S1 und bei Fehlhaltung
- Periarthropathia coxae beidseits, Syndrom des Tractus iliotibialis beidseits
 - Bursitis trochanterica links
- Beginnende Coxarthrose rechts
- Periarthropathia humero scapularis beidseits, rechts mehr als links
 - AC-Arthrosen
- Diabetes mellitus, insulinpflichtig
 - Beginnende Polyneuropathie
- Adipositas
- Chronische abakterielle Prostatitis
- Erektile Dysfunktion
- Chronisches zervikospindylogenes Syndrom bds. bei Foraminalstenosen sowie Diskushernie C7/Th1 und Th2/Th3 mit leichter Myelonkompression
- Depressive Verstimmung
- St. n. Knie-TP links 25. Januar 2017 wegen invalidisierender Gonarthrose

Weiter gab er an, wegen der progredienten Gonarthrose links sei der Beschwerdeführer stark gehbehindert gewesen. Nach einer Prothesenimplantation habe sich die

Gehfähigkeit verbessert. Zudem leide er an anhaltenden chronischen Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung ins linke Bein und an schmerzhafter Bewegungseinschränkung im Bereich der Schultergelenke bei AC-Arthrosen linksbetont. Tätigkeiten im Sitzen seien wegen den Rückenbeschwerden ebenfalls nur eingeschränkt möglich. Theoretisch wäre eine leichte, körperlich wenig belastende und wechselbelastende Tätigkeit in einem gewissen Umfang noch zumutbar. Das Ausmass der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit müsste im Rahmen einer Begutachtung festgelegt werden.

Am 31. Oktober 2017 (IV-act. 116/1) ergänzte Dr. G._____, der von Dr. F._____ festgelegte Arbeitsunfähigkeitsverlauf sei rein theoretisch und als Verweistätigkeit festgelegt worden. Immerhin sei der Beschwerdeführer ab September 2017 (recte wohl: 2016) nur noch an zwei Amerikanerstöcken gehfähig. Theoretisch wäre ihm damit noch eine leichte, ausnahmslos sitzende Tätigkeit zumutbar gewesen. Auch für eine solche Tätigkeit müsste aber im Rahmen der multifaktoriellen Beschwerden, insbesondere auch der Rückenbeschwerden, von einer verminderten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Die weitere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ab 25. Januar bis 21. August 2017 scheine korrekt. Es dürfte aber auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zukünftig eine verminderte Leistungsfähigkeit von mindestens 30 % bestehen. Von Seiten der Beschwerden des Bewegungsapparates sei der Gesundheitszustand aktuell stabil. Eine zukünftige Verschlechterung sei aber nicht auszuschliessen. Dies gelte auch für die internistischen Begleitdiagnosen.

5.7 In seiner Stellungnahme vom 19. März 2018 (IV-act. 118) anerkannte der RAD-Arzt Dr. F._____ eine dauerhafte Leistungsreduktion von etwa 25 % ab 22. August 2017 und begründete diese mit einem schmerzbedingt erhöhten Pausenbedarf.

6.

6.1 Aufgrund der Akten ist eine im September 2016 eingetretene Verschlimmerung der Gonarthrose, die zur Einsetzung einer Knieprothese geführt hat, erstellt (vgl. E. 5.4–5), weshalb die für die Prüfung der Neuanschuldung erforderliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenverfügung (E. 4) ausgewiesen ist.

6.2 Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahmen des RAD davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer ab 1. September 2016 zu 50 %, ab 25. Januar

2017 zu 100 %, ab 17. Juni 2017 zu 50 % und ab 21. Juli 2017 zu 25 % arbeitsunfähig war (IV-act. 119/4), stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die Akten kein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergäben (act. 1 S. 9).

6.2.1 Den Stellungnahmen der verschiedenen Fachbereiche des Spitals D. _____ lassen sich – entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (act. 1 S. 9) – keine relevanten Auswirkungen der verschiedenen internistischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit entnehmen. Nach Installation der indizierten Therapien beschränkt sich die Behandlung aktuell auf regelmässige Kontrollen. So ist die Lungenfunktion stabil und die Therapie der Schlafapnoe gut eingestellt (E. 5.2). Trotz einer hypertensiven Herzkrankheit kommt es im Alltag auch zu keinerlei typischen kardialen Beschwerden (E. 5.3). Die Behandlung des Diabetes erweist sich demgegenüber aufgrund der nicht konstanten Compliance des Beschwerdeführers mit Bezug auf Medikamenteneinnahme, Ernährung und regelmässiger körperlicher Aktivität seit Jahren als schwierig. Mit konsequenter Einhaltung der Empfehlungen der Fachleute liessen sich aber auch hier stabile Werte erreichen (vgl. E. 5.1; ferner die Berichte des Spitals D. _____ vom 25. Juni 2014 [IV-act. 71/1–3] und 22. Januar 2015 [IV-act. 94/11–14]).

6.2.2 Das bereits 2011 bekannte Rückenleiden wird in den medizinischen Berichten nur am Rande erwähnt. Eine darauf zurückzuführende Einschränkung wurde während der stationären Rehabilitation in der Klinik C. _____ offensichtlich nicht festgestellt, fehlen doch entsprechende Angaben im Austrittsbericht vom 6. März 2017 (IV-act. 107/2–7). Auch ist keine auf die Linderung der – unveränderten (vgl. Bericht von Dr. G. _____ vom 4. September 2017 [IV-act. 107/1]) – Rückenbeschwerden zielende, konsequente Behandlung dokumentiert. Unter diesen Umständen erscheint nachvollziehbar, dass sich das Rückenleiden zwar qualitativ auf das medizinische Anforderungsprofil einer angepassten Tätigkeit, jedoch quantitativ auf das zumutbare, wegen des Knieleidens bereits reduzierte Arbeitspensum nicht weiter niederschlägt.

6.2.3 Mit Bezug auf das linke, operierte Knie erklärte sich der Hausarzt Dr. G. _____ mit dem vom RAD eingeschätzten Verlauf der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einverstanden (vgl. E. 5.6). Sein Vorschlag, das zumutbare Arbeitspensum ab dem 22. August 2017 um mindestens 30 % herabzusetzen, wurde vom RAD in seiner letzten Stellungnahme teilweise umgesetzt, was in der Attestierung einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster

Tätigkeit mündete (E. 5.7). Diese Einschätzung erscheint nicht abwegig, nicht zuletzt angesichts der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). Dies widerspiegelt sich auch in der zunächst von Dr. G. _____ mit Schreiben vom 5. September 2016 eingereichten Neuanmeldung zum Leistungsbezug (IV-act. 88). Mit dieser direkt an die Beschwerdegegnerin adressierten Eingabe hat Dr. G. _____ die Interessen des Beschwerdeführers gegenüber der Invalidenversicherung als Rechtsvertreter wahrgenommen, was über den Rahmen seines Behandlungsauftrags hinaus geht.

6.2.4 Unter diesen Umständen durfte die Beschwerdegegnerin, ohne weitere Abklärungen vorzunehmen und insbesondere ohne Veranlassung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. dazu act. 1 S. 9 f. und 12), auf die Stellungnahmen des RAD abstellen. Denn von zusätzlichen Abklärungen sind keine weitergehenden Erkenntnisse zu erwarten, welche für die Bemessung der Invalidität des Beschwerdeführers relevant sein könnten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d).

7. Für die Neubestimmung des Invaliditätsgrades gelten unter den gegebenen Voraussetzungen die Regeln für die Rentenrevision nach Art. 17 ATSG. Daher kann die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – das Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wäre sie nicht invalid geworden, als Vergleichsgrösse beim Einkommensvergleich ohne Bindung an die der ursprünglichen Rentenverfügung – bzw. der letzten Rentenablehnung – zu Grunde liegende Qualifikation frei überprüfen (BGE 139 V 28 E. 3.3.1).

7.1 Bei einer 100%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vom 25. Januar bis 16. Juni 2017 ist der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. April 2017 (6 Monate nach der Neuanmeldung vom 19. Oktober 2016; Art. 29 Abs. 1 IVG) bis 31. August 2017 (3. Monat ab Eintritt der Verbesserung; Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) ausgewiesen.

7.2 Für die Bestimmung des Rentenanspruchs ab dem 1. September 2017 ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

7.2.1 Die Beschwerdegegnerin bemisst das Valideneinkommen ausgehend von den Daten der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung 2010 (LSE; IV-act. 49/1 und 111) und unter Anpassung an den Nominallohnindex für das Jahr 2017.

7.2.2 Rechtsprechungsgemäss sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2; 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Da die LSE 2016 erst am 26. Oktober 2018, somit nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2018, veröffentlicht wurde, sind bei der Invaliditätsbemessung – wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht – die statistischen Daten der LSE 2014 anzuwenden.

7.2.3 Der als Hauswart erwerbstätig gewesene Beschwerdeführer verlor seine Anstellungen aus gesundheitsfremden Gründen (IV-act. 9 und 12), weshalb das Valideneinkommen anhand des statistischen Lohnes für sonstige persönliche Dienstleistungen zu ermitteln ist. Der statistische Durchschnittslohn (Zentralwert) der mit praktischen Tätigkeiten (Kompetenzniveau 2) beschäftigten Männer hat im Jahre 2014 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 4'651.– betragen (inkl. 13. Monatslohn; LSE 2014 Tabelle TA1_tirage_skill_level, Zeile 96). Auf der Basis der im Jahre 2017 betriebsüblichen 41,7 Wochenstunden sowie unter Berücksichtigung der bis ins Jahr 2017 eingetretenen Nominallohnentwicklung ergibt sich ein Jahreseinkommen von rund Fr. 58'944.– (Fr. 4'651.– x 12 / 40 x 41.7 / 2'220 x 2'249).

7.3 Ab 1. September 2017 ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Invalideneinkommen von Fr. 25'493.–. Zu Recht ging sie vom Totalbetrag derselben Tabelle der LSE 2014 unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 sowie eines zumutbaren Arbeitspensums von 50 % aus. Weiter nahm sie einen angemessen erscheinenden leidensbedingten Abzug von 25 % vor. Bei der Anpassung an die eingetretene Nominallohnentwicklung ist ihr jedoch ein Fehler unterlaufen, betrug doch der Nominallohnindex für Männer im Jahr 2017 2'249 (Basis 1939 = 100) statt 2'271 Punkte (IV-act. 111/3), weshalb das Invalideneinkommen korrekterweise rund Fr. 25'245.– beträgt (Fr. 5'312.– x 12 / 40 x 41.7 / 2'220 x 2'249 x 0.5 x 0.75).

Die Gegenüberstellung zum Valideneinkommen von Fr. 58'944.– ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 33'699.– und einen Invaliditätsgrad von rund 57 %, weshalb die dem Beschwerdeführer zugesprochene halbe Rente ab 1. September 2017 zu bestätigen ist.

7.4 Ab Juli 2017 ist das Invalideneinkommen der nunmehr 75 % betragenden Arbeitsfähigkeit anzupassen. Weiter ist bei Erhöhung der Arbeitsfähigkeit die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Herabsetzung des leidensbedingten Abzuges auf 20 % angemessen (vgl. dazu act. 10 S. 5). Daraus resultiert ein Betrag von rund Fr. 40'393.– ($\text{Fr. } 5'312.- \times 12 / 40 \times 41.7 / 2'220 \times 2'249 \times 0.75 \times 0.8$).

Die Gegenüberstellung zum Valideneinkommen von Fr. 58'944.– ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'551.– und einen Invaliditätsgrad von rund 31 %, weshalb der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2017 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente hat, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

8. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht auszurichten.

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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 14. April 2020

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am