



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 20. Oktober 2020

in Sachen

A._____

Beschwerdeführer

vertreten durch RA lic. iur. B. _____,

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2019 107

A. Wegen psychischer Beschwerden bezog der 1962 geborene A._____ ab 1. Juni 2002 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV-act. 23). Nach einer Observation und einer psychiatrischen Begutachtung wurde die Rente per 31. August 2014 wiedererwägungsweise aufgehoben. Dagegen wehrte sich der Versicherte bis vor Bundesgericht erfolglos (Verfügung vom 3. Juli 2014 [IV-act. 94], VGer ZG S 2014 115 vom 26. Februar 2015 [IV-act. 111], BGer 8C_251/2015 vom 1. Juni 2015 [IV-act. 110]).

Auf eine Neuansmeldung vom 5. Mai 2015 trat die IV-Stelle Zug mit Verfügung vom 12. Oktober 2015 nicht ein (IV-act. 109 und 120). Nach einer erneuten Neuansmeldung am 27. November 2015 (IV-act. 121) tätigte sie dann weitere Abklärungen. Da sich der Versicherte aber geweigert hatte, an der angeordneten Begutachtung mitzuwirken, trat die IV-Stelle Zug am 10. März 2017 auch auf das erneute Leistungsbegehren nicht ein (IV-act. 176) und verpflichtete den Versicherten am 17. März 2017 zu Erstattung der angefallenen Abklärungskosten (IV-act. 180). Dieser erhob gegen beide Verfügungen Beschwerde ans Verwaltungsgericht Zug, welches sie abwies (VGer ZG S 2017 53 vom 12. Dezember 2017 [IV-act. 192] und S 2017 55 vom 19. Juli 2018 [IV-act. 220]). Mit seinem Urteil 8C_629/2018 vom 19. August 2019 hiess das Bundesgericht die vom Versicherten gegen die Auferlegung der Abklärungskosten erhobene Beschwerde gut (IV-act. 241).

Inzwischen hatte sich A._____ am 19. Januar 2018 unter Hinweis auf seine Bereitschaft, sich der Begutachtung zu unterziehen, erneut zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 190). Nach Einholung aktueller Auskünfte der behandelnden Ärzte gab die IV-Stelle Zug ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 [IV-act. 225]). Gestützt darauf verfügte sie am 2. Juli 2019 – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-act. 228 ff.) – die Ablehnung des Leistungsbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades (IV-act. 237).

B. Dagegen erhob A._____ am 23. August 2019 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprechung einer Rente nach Gesetz, eventualiter um Einholung eines medizinischen Obergutachtens. Weiter ersuchte der nicht vertretene Beschwerdeführer um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes und Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Im Wesentlichen bestreitet der Beschwerdeführer die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 4. Januar 2019 (act. 1).

C. Nachdem der Beschwerdeführer den von ihm verlangten Kostenvorschuss in zwei Raten bezahlt hatte (act. 2-6), mandatierte er Rechtsanwalt lic. iur. B._____, Zug (act. 8).

D. Mit Vernehmlassung vom 22. November 2019 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (act. 10).

E. Replicando wiederholte der nunmehr anwaltlich vertretene Beschwerdeführer die gestellten Anträge und stellte subeventualiter den Antrag auf Rückweisung der Sache an die IV-Stelle mit der Verpflichtung, ein Obergutachten einzuholen. Weiter ersuchte er erneut um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt B._____ als unentgeltlicher Rechtsvertreter (act. 12 S. 2). Im Wesentlichen macht der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der Renteneinstellung im Jahr 2015 geltend (act. 12 S. 4 und 7). Weiterhin bestreitet er die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 4. Januar 2019 (act. 12 S. 5–7).

F. Mit Verfügung vom 14. Januar 2020 wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt B._____ als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das weitere Beschwerdeverfahren bestellt, sein erneutes Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch angesichts der bereits erfolgten Bezahlung des Kostenvorschusses abgewiesen (act. 13).

G. Duplicando hielt die Beschwerdegegnerin am gestellten Antrag fest und wiederholte im Wesentlichen ihre früheren Ausführungen (act. 14).

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 2. Juli 2019 (BF-act. 1) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich des Beschwerdeführers eingetroffen. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 23. August 2019, wurde am 30. August 2019 der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die 30-tägige Frist unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 15. Juli bis 15. August (Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG) 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. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu 2. Juli 2019) 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).

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 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; 128 V 29 E. 1).

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 (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 115 V 133 E. 2 mit Hinweisen).

3.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen

allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

4. Den Nichteintretensentscheiden vom 12. Oktober 2015 (IV-act. 120) und 10. März 2017 (IV-act. 176) lag keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs zugrunde. Daher bildet die rentenaufhebende Verfügung vom 3. Juli 2014 (IV-act. 94) den vorliegend massgebenden Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer anspruchsrelevanten Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.4).

Die vom Verwaltungsgericht mit Urteil S 2014 115 vom 26. Februar 2015 (IV-act. 111) und vom Bundesgericht mit Urteil 8C_251/2015 vom 1. Juni 2015 (IV-act. 110) bestätigte wiedererwägungsweise Rentenaufhebung beruhte auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie und Neurologie vom 26. März 2014 (IV-act. 83). Darin kam der Gutachter zum Schluss, dass in den früheren psychiatrischen Expertisen keine anschaulichen und gut nachvollziehbaren anamnestischen Angaben enthalten seien, aus denen sich Befunde mit der notwendigen Sicherheit ableiten liessen, die das Vorliegen einer spezifischen psychiatrischen Diagnose beweisen würden. Auch die Ergebnisse der Observation im Sommer 2013 zeigten den Exploranden in einer Weise, die nicht zum Zustand passe, der in den letzten Expertisen beschrieben worden sei. Aber auch ohne die Informationen aus der Observation, allein aus der gutachterlichen Untersuchung und den bisherigen Expertisen, ergäben sich grosse Zweifel daran, dass die vom Exploranden geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen tatsächlich, so wie geltend gemacht, vorhanden seien. Somit könne nicht zur Überzeugung gelangt werden, dass eine durch eine psychische Störung begründete Leistungseinschränkung bei der Arbeit vorhanden sei (IV-act. 83/11–12).

5. Im MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Bauhilfsarbeiter gestellt (IV-act. 225/8):

- Chronisches lumbospondylogenes und cervicospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen
- Schmerzsyndrom Knie rechts bei beginnender femoro-patellärer Arthrose und medialer Meniskusläsion
- Bluthochdruck, ED 2001,
 - Ausschluss einer sekundären Genese der Hypertonie 2004
 - befriedigende Blutdruckeinstellung 2018 im Langzeit-Blutdruckprotokoll
- Kompletter Rechtsschenkelblock ED 2012
- Myokardinfarkt 2018 bei nicht-obstruktiver Koronarsklerose (MINOCA)
 - wahrscheinlich bei hypertensiver Krise (Koronarangiografisch gesichert)

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter folgenden weiteren Diagnosen bei (IV-act. 225/9):

- Schmerzen beider Hände ohne klinisches Korrelat
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: erheblicher anhaltender Nikotinabusus (ca. 70 pyrs)
- Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie, familiäre Disposition
- Latentes Sinusknotensyndrom nicht auszuschliessen
- Diabetes mellitus Typ 2b, ED 2018, oral nicht optimal eingestellt unter Metformin
- Anamnestisch früher Alkoholabhängigkeitssyndrom
 - zurzeit kein Anhalt für bedeutsamen Alkoholabusus
- Hepatopathie unklarer Genese (idiopathisch? ED 2004 am ehesten im Rahmen einer Fettleber oder einer toxischen Leberzellschädigung)
 - Virusserologie 2013 unauffällig
 - anamnestisch Alkoholabusus
- Hypokaliämieeigung
 - teilweise eventuell thiazidbedingt
 - DD eventuell sekundäre Hypertonie (Conn-Syndrom?)
- Persönlichkeitsakzentuierung ICD-10 Z73.1 (vorwiegend narzisstische Prägung)
- Nicht-authentische schwere kognitive Störung in mehreren Bereichen
- Mit/bei Aggravation / Simulation ICD-10 Z76.5

Dazu führten die Gutachter aus, aufgrund der schwerwiegenden Inkonsistenzen müssten vielfach die aktenkundig dargestellten Diagnosen stark relativiert werden. Bei dem Versicherten ergäben sich in allen Gutachten auffällige Verhaltensbeobachtungen, welche in Gesamtschau das Bild einer hochwahrscheinlich bewusst inszenierten Darstellung schwerer Erkrankungen vermittelten, die mindestens teilweise als schwergradige Aggravation zu interpretieren sei, aber auch teilweise schon die Kriterien der Simulation erfülle. So werde während der psychiatrischen Untersuchung das Bild vermittelt, der Beschwerdeführer habe während eines Toilettenganges Alkohol konsumiert, obwohl eben weder klinisch noch laborchemisch Zeichen für das Bestehen einer Alkoholabhängigkeit

vorlägen. Im Rahmen des internistischen Gutachtens sei ein panikartiger Zustand gezeigt worden, welcher aber nicht im Verhalten und unbemerkter Beobachtung einem solchen entsprochen habe. Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung habe sich der Versicherte vielfach schwer besinnlich und unwissend gegeben (wie schon im Rahmen des Gutachtens 2004) sowie schwerwiegende Einschränkungen demonstriert und thematisiert, welche objektiv aber nicht hinreichend nachvollziehbar gewesen seien. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung werde ein schwergradig defizitäres Leistungsbild vermittelt, welches in keiner Weise dem objektiven klinischen Eindruck entspreche. Gleichermassen seien wiederholt im Rey-Memory-Test (Symptomvalidierungstest) schwergradige Einschränkungen demonstriert worden, welche schlichtweg einer schweren Demenz vergleichbar entsprechen würden, die aber eben sicher nicht vorliege (IV-act. 225/6–7).

Im Rahmen des neurologischen Gutachtens sei der Zustand einer hypertensiven Kreislaufreregulation beobachtet worden, ein langsam und sehr kontrolliert zu Boden gleiten lassen. Binnen kurzer Minuten habe der Beschwerdeführer aber wieder motiviert werden können, das gutachterliche Interview ohne weitere Auffälligkeiten fortzusetzen. Insbesondere habe diese Szene – trotz der messbaren schwer hypertensiven Werte – inszeniert erschienen und in keiner Weise von authentischem Affekt begleitet. Schon im Gutachten 2004 sei ein vergleichbarer schwer hypertensiver Zustand beschrieben worden, über lange Jahre später aber nie mehr (ausser erst im Mai 2018 bei Myokardinfarkt vermutlich damals im Rahmen einer hypertensiven Krise). Ansonsten bestehe gemäss kardiologischem Bericht mit Langzeit-Blutdruckmessung im Juli 2018 inklusive Beschwerdetagebuch ein optimal eingestellter Blutdruck ohne erkennbare Zeichen einer hypertensiven kardialen oder vaskulären Folgeschädigung. Mit hoher Wahrscheinlichkeit dürfe dieser hypertensive Zustand während der Begutachtung als situationsbezogen provoziert bewertet werden, gerade auch in der Gesamtschau aller erwähnten Auffälligkeiten (IV-act. 225/7).

Das Vorliegen einer Erkrankung aus dem psychotischen Formenkreis, was ehemals 2004 auch zur Berentung geführt habe, könne gleichermassen nicht bestätigt werden. Die deshalb begonnene Einnahme von Olanzapin könne aktuell auch nur in der ersten Blutentnahme bestätigt werden, nicht mehr aber in der zweiten, eher wohl unerwarteten Kontrollabnahme zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Testung. Ähnlich wie schon in der Begutachtung 2004 (wiederholte Angaben „ich weiss nicht“, plötzlich in arabischer Sprache in den Raum Reden und Murmeln) habe sich der Versicherte auch jetzt wieder

zeitweilig und selektiv so scheinbar schwerbesinnlich gegeben, was aber in der Gesamtschau sicher nicht bestehe. Auch sei wieder ein solches kurz neben sich in den Raum Murmeln beim neurologischen Gutachten beobachtet worden, was jedoch völlig sistiert worden sei, als der Gutachter in keiner Weise darauf reagiert habe (IV-act. 225/7).

Angesichts dieser schwergradigen Auffälligkeiten müssten mindestens schwere aggravatorische Befund- und Aussageverzerrungen angenommen werden. Es ergäben sich auch deutliche Hinweise, dass darüber hinaus sogar sehr wahrscheinlich eine teilweise provozierte und nicht authentische Symptombildung schwergradiger Erkrankungen versucht worden sei, welche so nicht vorlägen. Dies sei wohl gezielt im Kontext des Gutachtens und vergleichbar zum Gutachten 2004 geschehen, gut denkbar mit dem Zweck der Erlangung einer Leistung. Umso mehr seien die anamnestischen Angaben des Versicherten sehr kritisch zu prüfen. Entsprechend sei die Andersbewertung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Dossier diesbezüglich aus versicherungsmedizinischer Sicht vielfach nicht hinreichend trennscharf in der Abgrenzung von IV-fremden Faktoren (IV-act. 225/7).

Zu keinem Zeitpunkt seien authentisch imponierende krankheitswertige psychische Störungen aus dem affektiven oder psychotischen Formenkreis objektiv feststellbar gewesen. Gemäss Laborbefunden seien ebenfalls keine Hinweise für das Bestehen einer Alkoholabhängigkeit feststellbar und es bestünden auch keine Alkoholfolgeschäden. Eine relevante neuropsychologische Beeinträchtigung könne im klinischen Eindruck nicht festgestellt werden, auch wenn der Beschwerdeführer eine solche in schwergradiger Form darzustellen versuche (IV-act. 225/7).

Zwar habe der Beschwerdeführer im Mai 2018 einen Myokardinfarkt erlitten. Gemäss Koronarangiografie sei dies bei nicht obstruktiver Koronarsklerose vermutlich im Rahmen einer hypertensiven Krise erfolgt. Im Rahmen der aktuellen kardiologischen Abklärung im Belastungs-EKG bis 150 Watt bestehe keine pathologische Veränderung.

Echokardiografisch bestünden Normalfunktionen. In der Gesamtbeurteilung könne ein weitgehend normaler kardialer Befund ohne Hinweis auf eine relevante koronare Herzkrankheit oder eine andere Kardiopathie festgestellt werden. Die beschriebene arterielle Hypertonie sei optimal eingestellt, wie auch die Langzeit-Blutdruckmessung im Juli 2018 und der Befund der Kardiologen des Spitals D. _____ (vgl. Austrittsbericht vom 4. Mai 2018 [IV-act. 209]) belegten. Auch seien damals weder im Beschwerdetagebuch noch in der Anamnese Beschwerden mitgeteilt worden. Die

aktuellen Angaben widersprächen den dortigen neutralen Angaben diametral, müssten aber als nicht hinreichend authentisch beurteilt werden. Gleichwohl werde man körperlich schwere Arbeiten aus Sicherheitsgründen eher nicht abverlangen (IV-act. 225/8).

Der erstmals 2018 diagnostizierte Diabetes mellitus sei mit oralen Antidiabetika eingestellt, jedoch optimierungsbedürftig. Hieraus resultierten keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich dem Fähigkeitsprofil seien aber leichte Einschränkungen zu formulieren (keine Nachtschichten). Diabetes-Folgeschäden seien nicht nachweisbar, insbesondere sei auch keine Polyneuropathie objektivierbar. Auch bestünden trotz der Gefäßrisikofaktoren (Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipidämie, starker Nikotinkonsum) keine Hinweise für eine zerebrale Angiopathie. Andere internistische Diagnosen seien allesamt ohne quantitative Leistungsrelevanz. Auch in den Röntgenaufnahmen des Thorax vom 26. Oktober 2018 zeigten sich keine pulmonale Raumforderung, kein Pleuraerguss oder Infiltrat, sondern lediglich eine deutliche anteriore Spondylose und/oder Längsbandverkalkung der Brustwirbelsäule (IV-act. 225/8).

Orthopädisch könnten die angegebenen Beschwerden nur teilweise nachvollzogen werden. In der gutachterlichen Untersuchung finde sich eine Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und eine altersentsprechend gute Beweglichkeit der Halswirbelsäule ohne radikuläre Zeichen. Der Langsitz und das Abheben der Beine seien ohne Probleme gelungen. Die Halswirbelsäule sei klinisch unauffällig ohne radikuläre Zeichen. Im rechten Knie hätten klinisch Zeichen einer retropatellären Problematik bestanden. Radiologisch zusammengefasst zeigten sich in der Magnetresonanztomographie (MRI) der Halswirbelsäule degenerative Veränderungen mit Facettengelenksarthrosen C4–C7. Bandscheibenprotrusionen und eine Forameneinengung mit Affektion von C5 links sowie C7 bds. Im MRI der Lendenwirbelsäule zeigten sich geringe degenerative Veränderungen und auf der Höhe L3/4 einen Einriss des Anulus fibrosus mit Kontakt zur Wurzel L3. Im MRI des rechten Knies zeige sich eine mediale Meniskusläsion bei vorbestehender Degeneration. Degeneration auch des lateralen Meniskus. Sowie eine beginnende femoro-patelläre Arthrose. Aufgrund dieser orthopädischen Diagnosen mit verminderter Rücken- und Kniebelastbarkeit seien zumindest körperlich schwere Arbeiten, wie zuletzt als Hilfsarbeiter auf dem Bau, ungeeignet. Wohl aber seien alle anderen leidensadaptierten Tätigkeiten voll zumutbar (IV-act. 225/8).

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde führten die Gutachter aus, es bestehe eine leicht verminderte Rücken-, Nacken- und Kniebelastbarkeit rechts. Das Heben und

Tragen von schweren Lasten über 15 kg und Arbeiten mit Zwangshaltung des Rumpfes und des Kopfes und in gebückter Position seien nicht mehr zumutbar, wie auch rein gehende, stehende oder sitzende Arbeiten mit Besteigen von Leitern und Gerüsten und viel Treppensteigen. Arbeiten in der Hocke oder kniend sei nicht mehr zumutbar. Zusätzliche Einschränkungen aus neurologischer Sicht ergäben sich dabei nicht. Aus allgemeininternistischer Sicht unter Einbezug der kardiologischen Befunde erscheine die Leistungsfähigkeit allenfalls leicht eingeschränkt durch den insgesamt fraglich schwer kontrollierbaren Bluthochdruck. Gemäss der kardiologischen Beurteilung auch von der Kardiologie Luzern im Juli 2018 mit Langzeit-Blutdruckmessung bestehe vielmehr ein optimal eingestellter Blutdruck. Zumal schwere Arbeiten auch aus orthopädischer Sicht ausgeschlossen würden, ergebe sich in einer solchen ohnehin körperlich leichteren Tätigkeit (bis 15 kg) keine Einschränkung. Auch im aktuellen kardiologischen Gutachten ergäben sich keine zusätzlichen Einschränkungen. Aufgrund des Diabetes mellitus sei Nachtschichtarbeit jedoch nicht geeignet, auch sollte überdurchschnittlicher Zeitdruck vermieden werden. Neuropsychologisch könne aufgrund der invaliden Resultate kein übliches Profil von Ressourcen und Einschränkungen erstellt werden (IV-act. 225/9).

Zu den Persönlichkeitsaspekten führten die Gutachter aus, es finde sich eine vorwiegend narzisstische Akzentuierung der Persönlichkeit. Ein ängstliches oder vermeidendes Verhalten sei nicht erkennbar. Der Versicherte zeige auch keine Unsicherheit in der Kommunikation. Unter Einbeziehung des strukturierten klinischen Interviews SKID-II ergäben sich auch keine Hinweise für eine schizoide oder schizotypische Persönlichkeitsstörung, auch bestünden kaum depressive Anteile und keine relevante Selbstunsicherheit. Im Verlauf seien jedoch auch impulsive und emotional instabile Verhaltensweisen möglich (IV-act. 225/10).

Zu Belastungsfaktoren und Ressourcen gaben die Gutachter an, es bestehe ein niedriger schulischer und beruflicher Bildungsstand mit sechs Schuljahren ohne Berufsabschluss. Es habe früher schon eine mehrjährige Abhängigkeit von der Sozialverwaltung bestanden mit nur zeitweisen Tätigkeiten als Hilfsarbeiter auf dem Bau, zuletzt bis ins Jahr 2000, und in Einsatzprogrammen. Der Beschwerdeführer verfüge aber über gute sprachliche Kompetenzen, gehe wohl auch gerne spazieren da sich die Knieschmerzen damit bessern würden. Er verfüge über den Führerschein, sei sozial integriert und verheiratet mit noch nicht volljährigen Kindern. Er selbst stelle sich als nicht arbeitsfähig dar und demonstriere in diesem Kontext (ähnlich wie wohl auch im Gutachten 2004) mindestens schwergradig aggravatorische erhebliche Gesundheitsstörungen. Es dürfe sogar teilweise deren

Herbeiführung und sogar Simulation angenommen werden, wohl kontextbezogen im Rahmen der zur Leistungserlangung relevanten Begutachtung. Dieses schwerwiegend auffällige bewusst gesteuerte Verhalten sei jedoch vermutlich auch für Integrationsmassnahmen als inneres Hemmnis zu bewerten. Gleichwohl könnten keine psychiatrischen Störungen festgestellt werden, welche auf krankheitswertiger Basis der Überwindung motivationaler Schwierigkeiten entgegenstehen könnten (IV-act. 225/10).

Im Rahmen der Konsistenzprüfung erwogen die Gutachter, dass sich multiple und schwerwiegende Inkonsistenzen ergäben, welche in der Art und Ausprägung mindestens als schwere Aggravation und negative Antwortverzerrung zu sehen seien, teilweise aber auch die Kriterien der Simulation schwerer Erkrankungen erfüllten. Gestützt darauf schätzten sie ein, dass die angestammte Tätigkeit als Bauhelfer insbesondere aus orthopädischen Gründen zu schwer und nicht mehr zumutbar sei. Dies gelte auch retrospektiv. In angepasster Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Diese gelte auch durchgängig retrospektiv, sehr wahrscheinlich auch schon seit 2004 (IV-act. 225/10).

6. Aufgrund der Akten, insbesondere des MEDAS-Gutachtens vom 4. Januar 2019 ist mit den orthopädischen und kardialen Beschwerden eine seit der Rentenaufhebung im Juli 2014 (vgl. E. 4) eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dargetan, welche eine weitere Ausübung von Hilfsarbeitertätigkeiten auf dem Bau unzumutbar macht (vgl. IV-act. 225/124 und 225/152). Demzufolge ist die für die Prüfung der Neuanschuldung erforderliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der ersten rentenablehnenden Verfügung ausgewiesen (vgl. E. 3.3; ferner act. 1 S. 7). Liegt somit ein Rückkommenstiel vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3).

7.

7.1 Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf dem MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgeht (IV-act. 237/2), stellt sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Angaben der behandelnden Ärzte auf den Standpunkt, weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig zu sein (act. 12 S. 5–7).

7.1.1 Dem ist zu entgegnen, dass Dr. med. E. _____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, in den ärztlichen Attesten vom 4. März 2019 (IV-act. 234/4) und vom

27. August 2019 (BF-act. 5) im Wesentlichen dieselben kardiologischen Diagnosen einer Hypertonie und einer nicht-stenosierenden Koronarsklerose stellt, wie die Gutachter der MEDAS und vor ihnen die Kardiologen des Spitals D. _____ im Austrittsbericht vom 4. Mai 2018 (IV-act. 209). Während sich Dr. E. _____ in der jüngsten Stellungnahme nicht mehr zur Arbeitsfähigkeit äussert, ging er im IV-Bericht vom 19. April 2018 (IV-act. 205) von der Zumutbarkeit einer vollzeitlichen Arbeit in leidensangepasster Tätigkeit aus (IV-act. 205/6), was im Einklang mit der Beurteilung und Einschätzung im MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 steht. Vor diesem Hintergrund überzeugt die diametral entgegenstehende Einschätzung desselben Kardiologen in den ärztlichen Attesten vom 30. Januar 2018 (IV-act. 197) und vom 4. März 2019 (IV-act. 234/4) in keiner Weise. Da er darin nicht eine Arbeitsunfähigkeit, sondern eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit attestierte, ist eine finale Ausrichtung dieser beiden, nur sehr rudimentär begründeten Atteste anzunehmen, weshalb sie keineswegs geeignet sind, das umfassende, auf allseitigen Untersuchungen beruhende und einleuchtend begründete MEDAS-Gutachten in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.7).

7.1.2 Demgegenüber geht Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, im Bericht vom 27. November 2017 (IV-act. 191) davon aus, dass eine Arbeit leichter Natur in geschützter Stätte möglich sei, unterlässt es aber, diese Einschätzung zu begründen. Da der Beschwerdeführer offenbar angegeben hatte, sechs Stunden pro Woche verteilt auf drei Tage in einer geschützten Stätte zu arbeiten, ist davon auszugehen, dass sich der Neurologe hauptsächlich davon hatte leiten lassen.

In einem Bericht vom 4. April 2018 (IV-act. 202) gab er lediglich die Einträge in der Krankengeschichte aus den Jahren 2016 und 2017 wieder. Seinem – nicht unterzeichneten – Schreiben vom 6. März 2019 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (IV-act. 234/1–3) schliesslich lässt sich für das Jahr 2018 eine einzelne, am 26. September 2018 erfolgte Konsultation entnehmen. Im Übrigen bemängelte der Neurologe Widersprüche im MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 und widersprach insbesondere dem darin erhobenen Vorwurf der Aggravation und Simulation. Angesichts des in den Akten mehrfach festgestellten aggraviorischen Verhaltens vermögen Dr. F. _____s Angaben das MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 nicht in Frage zu stellen. Dr. F. _____ gibt die Angaben des Beschwerdeführers ungefiltert wieder, ohne sich mit deren Plausibilität auseinanderzusetzen. Die gegenüber dem neurologischen Teilgutachten der MEDAS erhobene Kritik lässt eine Diskussion der

verschiedenen Inkonsistenzen vermissen, auf welche der Gutachter hinweist (vgl. IV-act. 225/61 und 225/69–76).

7.1.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 13. Mai 2018 (IV-act. 206) die Diagnose einer schizo-affektiven Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F25.1). Dabei hielt er fest, dass diese Diagnose allein aufgrund der aktuellen Symptomatik nicht gestellt werden könne und im Längsverlauf zu sehen sei. Die vom Beschwerdeführer angegebenen akustischen Halluzinationen, Stimmungsschwankungen, Depressivität und auffälligen Persönlichkeitsanteilen erachtete er als glaubhaft. Eine testpsychologische Untersuchung konnte er allerdings trotz Dolmetscher nicht durchführen, weil der Beschwerdeführer damit überfordert gewesen sei.

Dieser Schilderung kann entnommen werden, dass Dr. G._____ – seinem Behandlungsauftrag folgend – schwergewichtig auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellt. Mit den gegenüber dem Beschwerdeführer bereits früher erhobenen Vorwürfen der Aggravation bzw. Simulation setzte er sich nicht auseinander. Dies unterliess er auch im Bericht vom 25. Februar 2019 (IV-act. 234/5–7), worin er sich wiederum auf die Wiedergabe der vom Beschwerdeführer geklagten – und von ihm summarisch als glaubhaft beurteilten – Symptomen beschränkte. Angesichts des mehrfach beobachteten aggraviorischen und sogar simulatorischen Verhaltens des Beschwerdeführers vermögen die Angaben von Dr. G._____ eine nach der Rentenaufhebung bzw. nach der Begutachtung in der MEDAS eingetretene Verschlechterung nicht zu beweisen. Darüber hinaus fehlt in seinem Bericht eine nachvollziehbare Diskussion der Diagnosekriterien für eine schizoaffektive Störung nach ICD-10 F25.

7.1.4 Nicht zuletzt ist vor diesem Hintergrund auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte 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). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die

behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Solche Aspekte lassen sich der Berichterstattung der Dres. E._____, F._____ und G._____ nicht entnehmen, was angesichts der sporadischen Konsultationen nicht ungewöhnlich erscheint. Indem Dr. G._____ im jüngsten Bericht vom 28. August 2019 bestätigt hatte, dass der psychische Zustand im Vergleich zu den Vorberichten weiterhin unverändert sei (BF-act. 4), kann eine Verschlechterung seit der gutachterlichen Untersuchung vom 3. Oktober 2018 (IV-act. 225/79) ausgeschlossen werden.

7.2 Insgesamt entspricht das MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2019 den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch in schlüssiger Weise die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und beruht auf eingehenden und allseitigen fachärztlichen Untersuchungen. Die Gutachter schilderten ausführlich die vom Beschwerdeführer erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit sowie mit dem stark auffälligen Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Auf das MEDAS-Gutachten darf somit abgestellt werden.

7.3 Zusammenfassend ist aus medizinischer Sicht davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine schwere Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. In einer angepassten Tätigkeit ist er dagegen zu 100 % arbeitsfähig. Leidensangepasst ist dabei eine Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten mit Zwangshaltung des Rumpfes und des Kopfes, ohne Arbeiten in gebückter Position, ohne rein gehende, stehende oder sitzende Arbeiten, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten oder viel Treppensteigen, ohne knieende oder in der Hocke zu verrichtende Arbeiten sowie Nachtschichtarbeit.

Da der medizinische Sachverhalt liquid ist, bleibt kein Raum für ein Gerichtsgutachten oder eine Rückweisung zur weiteren gutachterlichen Abklärung.

8. Es bleibt zu prüfen, wie sich die doch noch erhebliche Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf seine Erwerbsfähigkeit auswirkt.

8.1 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 zu Grunde liegende Qualifikation frei überprüfen (BGE 139 V 28 E. 3.3.1).

8.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Offenbar konnte der Beschwerdeführer in der Schweiz beruflich nicht Fuss fassen. Seine Erwerbsbiographie, wie sie sich aus den IK-Auszügen ergibt (IV-act. 7, 27, 45, 68, 125 und 195), ist von kurzzeitigen Anstellungen und dazwischen von Phasen der Arbeitslosigkeit gekennzeichnet. Seit 1999 ist der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig. Dadurch lässt sich keine angestammte Tätigkeit ausmachen, die als Grundlage für die Ermittlung des Valideneinkommens herangezogen werden könnte. Vielmehr ist von den gemäss vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen auszugehen (LSE; vgl. BGer 8C_25/2014 vom 5. Juni 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

8.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung wiederum die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/bb). Der Beizug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf

die Rechtsprechung). Dies ist vorliegend der Fall, denn der Beschwerdeführer hat die Erwerbstätigkeit trotz Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr aufgenommen.

8.4 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen "Prozentvergleich" dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (BGer 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf BGer 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2019 den Abzug auf 5 % bemessen, was vom Beschwerdeführer nicht bemängelt wurde. Dies erscheint angesichts des Alters des Beschwerdeführers, seiner guten Sprachkenntnisse, der 1993 erfolgten Einbürgerung, der ihm verbleibenden, doch erheblichen Arbeitsfähigkeit sowie der in Frage kommenden (Hilfs-)Tätigkeiten als angemessen. Daraus resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 5 %, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

9. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG).

Mit Verfügung vom 14. Januar 2020 ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person von Rechtsanwalt B. _____ bestellt worden (act. 13). Die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands wird nach Ermessen auf Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt; Rechtsanwalt B. _____ ist daher mit diesem Betrag aus der Staatskasse zu entschädigen.

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. Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ wird mit Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) aus der Staatskasse entschädigt.
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 3 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 20. Oktober 2020

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am