



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter  
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

U R T E I L vom 28. November 2022 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch RA MLaw B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Rente)

S 2020 160

A. Der 1970 geborene Versicherte, A.\_\_\_\_\_, meldete sich im April/Mai 2010 mit Hinweis auf eine Heroin- und Alkoholabhängigkeit sowie rezidivierende depressive Episoden bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Daraufhin tätigte letztere erwerbliche und medizinische Abklärungen und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Oktober 2010 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 21). Nachdem der Versicherte am 4. November 2010 Einwand erhoben und am 18. März 2011 ein zusätzliches Schreiben eingereicht hatte (IV-act. 22 und 30), veranlasste die IV-Stelle auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eine psychiatrische Begutachtung des Versicherten (IV-act. 33; 46). Der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ging versichertenseits von einer Erwerbsfähigkeit von 60 % ab Februar 2011 aus (IV-act. 52). Die IV-Stelle hob darob am 27. März 2012 den Vorbescheid vom 6. Oktober 2010 auf und sprach dem Versicherten Berufsberatung zu (IV-act. 55). In der Folge durchlief der Versicherte mehrere Massnahmen beruflicher Art, was im Juni 2015 im Abschluss einer Umschulung (Küchenangestellter EBA) mündete (IV-act. 100). Zwischen Juli und Oktober 2015 absolvierte der Versicherte einen weiteren Arbeitsversuch (IV-act. 123). Die darauffolgende Stellensuche (auf dem freien Arbeitsmarkt) blieb erfolglos. Am 21. November 2019 resp. am 13. Januar 2020 nahmen die RAD-Ärzte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, und E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Dossier Stellung (IV-act. 131 und 133).

Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 29. Oktober 2020 was folgt zu: eine ganze Rente für den Zeitraum vom 1. November 2010 bis 30. April 2011, eine halbe Rente ab 1. Mai 2011, eine ganze Rente ab 1. August 2018, eine Dreiviertelsrente ab 1. November 2019 und eine halbe Rente ab 1. März 2020 (IV-act. 134 ff. und 145 ff.).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 30. November 2020 beantragte der Versicherte die Aufhebung der Verfügungen vom 29. Oktober 2020 und die Ausrichtung einer ganzen Rente ab Anspruchsbeginn; eventualiter verlangte er die Ausrichtung mindestens einer Dreiviertelsrente ab 1. Oktober 2015 bis 31. Juli 2018, einer ganzen Rente ab 1. November 2019 bis 29. Februar 2020 und einer Dreiviertelsrente ab 1. März 2020; sub-eventualiter beantragte er eine Rückweisung der Sache an die IV-Stelle mit der Verpflichtung, eine verwaltungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der IV-Stelle (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 2. Dezember 2020 wurde dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung gewährt und in Person von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ eine unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt (act. 2).

D. Vernehmlassend beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 3).

E. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. 6 und 8).

F. Mit Schreiben vom 7. November 2022 teilte das Gericht dem Beschwerdeführer mit, dass erwogen werde, die Sache der IV-Stelle zur weiteren Abklärung und Neuentscheidung zurückzuweisen und machte ihn auf die damit verbundene mögliche reformatio in peius und die Möglichkeit für den Beschwerderückzug aufmerksam (act. 10). Mit Eingabe vom 18. November 2022 hielt der Beschwerdeführer an der Beschwerde fest (act. 11).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 29. Oktober 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 146 V 364 E. 7.1).

1.2 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 30. November 2020 der Post übergeben,

weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten dieser IVG-Änderung datiert, finden die bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des IVG auf den vorliegenden Fall Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 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 [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, stammen doch die angefochtenen Verfügungen von der IV-Stelle Zug. Die Verfügungen datieren vom 29. Oktober 2020 und sind 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 30. November 2020, wurde gleichentags der Post übergeben und ging am 1. Dezember 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Damit ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält Anträge 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).

3.

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

ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist 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).

3.3 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 (BGE 125 V 413 E. 2d; BGer 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz. 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2; 125 V 413 E. 2d; vgl. BGer 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.2). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder – wie vorliegend – in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; BGer 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

3.4 Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; BGer 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach

Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: BGer 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

3.5 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).

3.6 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).

4. In medizinischer und erwerblicher Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1 Im Juli 2011 ging Dr. F. \_\_\_\_\_ vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00), der kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) und der Polytoxikomanie (ICD-10 F19.22) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf seit dem 1. Februar 2011 aus (IV-act. 43).

4.2 Doktor med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Gutachten vom 1. Februar 2012 folgende Diagnosen: Polytoxikomanie mit Heroinsubstitution und Antabuseinnahme (ICD-10 F19.22/23) auf Grundlage einer Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-abhängigen, aber auch unreifen Zügen (ICD-10 F60.9); mittelschwere Sozialphobie (ICD-10 F40.1); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig asymptomatisch (ICD-10 F33.4). Dazu führte er aus, aufgrund der

Gesamtbeurteilung und der Vorgeschichte sei beim Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Teilarbeitsfähigkeit ab Februar 2011 anzunehmen. Zum Erhalt dieser Teilarbeitsfähigkeit seien das Weiterführen einer längerfristig auf Abstinenz ausgerichteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, die erforderliche Substitutionsbehandlung und die adäquate Therapie interkurrent auftretender Depressionen erforderlich. Der Versicherte selber neige dazu, seine Arbeitsfähigkeit mit 60 % bis 80 % zu optimistisch einzuschätzen. Der Versicherte leide an einem strukturellen Defizit in seiner Persönlichkeitsstruktur/Entwicklung; er sei umständlich, ängstlich-unsicher und emotional instabil; er sei wenig belastbar und habe wegen seines stark überhöhten Leistungsanspruchs immer wieder die Tendenz, sich in belastende resp. überfordernde Situationen zu begeben und zu dekompensieren. Mit der langen und schweren Polytoxikomanie sei der Versicherte im Pflegeberuf als nicht geeignet anzusehen. Aufgrund der ausgeprägten sozialen Ängste erscheine die Arbeit in einem vertrauten Umfeld mit einzelnen Personen eher geeignet als Team-Arbeit oder Arbeit, die die stetige Konfrontation mit neuen Kunden beinhalte. Vor diesem Hintergrund sei er eher für eine Anstellung in einer Institution mit stabiler Klientel als für den ambulanten Bereich mit seinen häufigen Wechseln geeignet. Prognostisch sei von einer anhaltenden 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Sollte sich der Beschwerdeführer über ein bis zwei Jahre auf diesem Niveau stabilisieren, könne ein Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Bei positiver persönlicher Entwicklung/Stabilisierung und guten Rahmenbedingungen könne eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % oder höher unter Umständen in einigen Jahren erreicht werden. Innerhalb der zurzeit 60%igen Arbeitsfähigkeit sei beim Versicherten eine normale Leistung zu erwarten. Um Belastungsspitzen zu vermeiden, sollte der Versicherte sein reduziertes Pensum möglichst auf fünf Arbeitstage mit verkürztem täglichen Einsatz verteilen. Der Versicherte benötige ein stabiles, gut strukturiertes Arbeitsumfeld in vertrauter und kontinuierlicher Umgebung mit wenigen Bezugs- und Ansprechpersonen. Aufgrund seiner persönlichen Einstellung tendiere der Versicherte zu einer Tätigkeit im Sozialbereich. Die Einschätzung bezüglich Arbeits- und Leistungsfähigkeit gelte auch für eine Verweistätigkeit im primären Arbeitsmarkt (IV-act. 52/8 f.).

4.3 Vom 5. November 2012 bis 15. März 2013 absolvierte der Beschwerdeführer einen Berufsförderungskurs in der Küche des Alterszentrums G.\_\_\_\_\_. Bezüglich Präsenzzeit wurden 70 % empfohlen, mit Steigerung nach Möglichkeit. Der durchschnittliche Leistungsgrad während dieser Präsenzzeit wurde auf ca. 80 % geschätzt. Zusammenfassend wurde festgehalten, er habe dabei eine positive

Entwicklung durchlaufen. So wurde vorgeschlagen, im Rahmen eines Job-Coachings genaueres Wissen über Leistungsfähigkeit, Ausbildungsfähigkeit und Chancen im Berufsfeld der Küche zu erhalten. Weil die Erfahrungen im Kurs die enorme Bedeutung eines guten Vertrauensaufbaus in der Arbeit mit dem Beschwerdeführer gezeigt hätten, wurde die Garantie eines stabilen sozialen Umfelds am Arbeitsplatz und einer Vertrauensperson als Ansprechpartner als Grundlage für eine weiterhin positive Entwicklung der Arbeitsleistungen gesehen. Deshalb wurde empfohlen, das Arbeitstraining um drei Monate zu verlängern (IV-act. 71/6).

4.4 In der zusammenfassenden Beurteilung des (weitergeführten) Arbeitstrainings vom 16. März 2013 bis 7. Juli 2013 wurde dem Beschwerdeführer abermals eine positive Entwicklung attestiert. Er habe sich sowohl fachlich als auch psychisch aufbauend entwickeln können. Diese Einschätzung würden alle am Eingliederungsprozess beteiligten Personen bestätigen. Das Berufsfeld der Küche und im Speziellen eines Alterszentrums, wo nicht auf Bestellung – also entsprechend plan- und prozessorientierter – gearbeitet werden könne, wurde als [für den Beschwerdeführer] optimal beschrieben. Das Arbeitspensum betrug zu Beginn 60 %, am Ende 80 % (IV-act. 81/1 ff.).

4.5 Vom 8. Juli 2013 bis 30. Juni 2015 führte der Beschwerdeführer das Arbeitstraining in der Küche des Alterszentrums (in einem 80 %-Pensum, ab 1. September 2014 in einem 100 %-Pensum) im Rahmen der Ausbildung zum Küchenangestellten EBA fort (IV-act. 82; 86; 89; 91; 97).

4.6 Doktor med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin und Gefässerkrankungen, stellte im Bericht vom Juni 2015 namentlich die Diagnose eines gemischten Lymph-/Phlebödems rechtsbetont (ICD-10 I83.9). Bei länger stehenden Tätigkeiten im Rahmen des aktuell ausgeübten Berufes als Hilfskoch bestehe die Gefahr von abendlichen schmerzhaften Beinödemen insbesondere bei ungenügender Kompressionstherapie; zunehmende Bein- und Fusschmerzen seien möglich. Zurzeit sollte ein achtstündiger Arbeitstag bewältigbar sein, bedingt durch das Lymphödem bei länger dauernden stehenden Tätigkeiten und warmer Umgebung bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 108/1 ff.)

4.7 Die Berufsberaterin der IV-Stelle hielt in der Stellungnahme vom 24. Juli 2015 fest, der Beschwerdeführer habe nun die Ausbildung zum Küchenangestellten EBA bestanden. Es sei im Grossen und Ganzen recht gut gelaufen, es habe aber auch ab und zu Krisen

gegeben. Der Beschwerdeführer habe oft an sich und seinen Fähigkeiten gezweifelt. Zu Beginn des Jahres habe er zunehmend unter Beinproblemen gelitten (Wasser), er habe vorübergehend Stützstrümpfe tragen müssen. Es habe sogar Bedenken gegeben, dass der Beruf gefährdet sein könnte. Anscheinend habe sich die Lage jedoch wieder gebessert, denn der Beschwerdeführer habe den Besuch bei einem Spezialisten immer wieder hinausgezögert. Der Ausbildungsverantwortliche vermute nun trotz erfolgreicher Ausbildung eine Leistungseinschränkung. Er habe deshalb empfohlen, nun nach abgeschlossener Ausbildung und ohne Schulbesuch und Prüfungsstress die Leistungsfähigkeit in einem anderen Betrieb konkret zu überprüfen und zu messen (IV-act. 103).

4.8 In der Gesamt-Beurteilung des Arbeitsversuchs im Zentrum I. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2015 bis 19. Oktober 2015 (in einem 80 %-Pensum) wurde angemerkt, dass der Beschwerdeführer noch einige Routine im Bereich der Küche brauche. Bei repetitiven Arbeiten habe er seine Arbeitsquantität steigern können. Wie Herr J. \_\_\_\_\_ [wohl Ansprechperson im Zentrum I. \_\_\_\_\_] erwähnt habe, erledige sonst ein Lernender EFZ im ersten Lehrjahr die Arbeiten am Salatbuffet. Herr J. \_\_\_\_\_ könnte sich vorstellen, dass der Beschwerdeführer mit der Zeit in eine "Hilfsmitarbeiter Küche-Funktion" hineinwachsen könnte. Um dies zu erreichen, müsste ein wohlwollender Betrieb mit wenig Zeitdruck gefunden werden, wo sich der Beschwerdeführer positiv entwickeln könnte (IV-act. 123/3).

4.9 Bei einem einwöchigen Probeinsatz bei einem Caterer im April 2017 wurde das Arbeitstempo des Beschwerdeführers bei einer Arbeitsqualität von 60-70 % und einem Mehraufwand für die Betreuung von 20-30 % auf 50 % geschätzt. Der Vorgesetzte gab abschliessend an: "Ich habe ihn nur eine Woche gesehen, kann aber noch intensiv werden. Ein geschützter Arbeitsplatz wäre vielleicht der Geeignete." (IV-act. 111). Aus dem Verlaufsprotokoll der Eingliederung vom 7. Mai 2019 erhellt weiter, dass der Vorgesetzte die Referenzen vom Kantonsspital und Altersheim K. \_\_\_\_\_ als etwas gar wohlwollend einschätzte; es sei (nach Ansicht des Vorgesetzten) fraglich, ob der erste Arbeitsmarkt überhaupt möglich sei (IV-act. 119/5).

4.10 Dem Assessment-Bericht von L. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2017 kann insbesondere entnommen werden, dass der Beschwerdeführer gemäss Referenzpersonen als Küchenangestellter in der Gemeinschaftsgastronomie voll arbeits- und leistungsfähig sei. Die Stellensituation auf dem realen ersten Arbeitsmarkt zeige sich so, dass aus

finanziellen Gründen vielfach anstatt Küchenangestellte EBA Hilfsmitarbeiter ohne Ausbildung angestellt würden. Erschwerend komme hinzu, dass aus Belastungsgründen nur eine Anstellung in der Gemeinschaftsgastronomie in Frage komme und der Arbeitsort im Einzugsgebiet des Wohnorts sein müsse (IV-act. 110).

4.11 Im bei der IV-Stelle am 4. Mai 2018 eingegangenen Verlaufsbericht vermerkte Dr. F. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.10);
- Persönlichkeitsstörung mit abhängigen ängstlichen (vermeidenden) und unreifen Anteilen (ICD-10 F60.9);
- Polytoxikomanie (ICD-10 F19.22).

Bezüglich der bestehenden Einschränkungen führte Dr. F. \_\_\_\_\_ aus, die herabgesetzte mnestiche und kognitive Leistungsfähigkeit, die psychomotorische Verlangsamung, der Minderwertigkeitskomplex, depressive und soziophobische Ängste mit reduziertem Selbstvertrauen und die toxischen Folgen der langjährigen Drogenabhängigkeit führten zu einer erheblichen Einschränkung der Arbeits- und Funktionsfähigkeit. In einem geschützten Rahmen könnte der Versicherte bei einer Präsenzzeit von 50 % höchstens 75 % Leistung erbringen (IV-act. 116).

4.12 Der E-Mail des Sozialarbeiters der Stadt Zug an die Berufsberaterin der IV-Stelle vom 7. Mai 2019 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2018 im Zuger Kantonsspital bei verschiedenen Ärzten in Behandlung stehe, aktuell habe die Rheumatologin Dr. med. M. \_\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 118).

4.13 In der Stellungnahme zum Eingliederungsabschluss vom 7. Mai 2019 hielt die Berufsberaterin fest, der Beschwerdeführer habe einen langen Leidensweg hinter sich. Mit viel Unterstützung sei es schliesslich gelungen, eine Ausbildung als Küchenangestellter EBA abzuschliessen. Allerdings habe er danach jeweils nur kurze Arbeitsversuche oder Praktika machen können. Es sei nicht gelungen, eine Festanstellung zu finden, auch nicht mit Unterstützung von L. \_\_\_\_\_. Von den diversen Einsätzen seien immer wieder die gleichen Rückmeldungen gekommen: der Beschwerdeführer arbeite qualitativ gut, aber langsam und wenig selbständig; er sei dünnhäutig und sehr reduziert; von allen Seiten werde angemerkt, dass er für den ersten Arbeitsmarkt nicht geeignet sei; er benötige

einen Ort, wo sein Tempo keine so grosse Rolle spiele. Nach Aussteuerung beim RAV habe er im N.\_\_\_\_\_ einen Einsatzplatz finden können. Anscheinend arbeite er jedoch nur in einem 50 %-Pensum, auch dort mit verminderter Leistung. Wenn er zusätzlich zu seinen psychischen Problemen auch nicht mehr länger stehen könne, dann werde eine Eingliederung als Küchenangestellter wohl kaum mehr möglich sein. Daher werde das Dossier geschlossen und zur Rentenprüfung gegeben (IV-act. 119/6).

4.14 Die Abklärung bei Dr. med. M.\_\_\_\_\_ am 27. August 2018 ergab, dass die Knochendichtemesswerte im Z-Score im osteopenen Bereich lagen, im T-Score konnten osteoporotische Werte nachgewiesen werden (IV-act. 121/11).

4.15 Dem Sprechstundenbericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2019 sind namentlich folgenden Diagnosen zu entnehmen: undislozierte Tibiaplateaufraktur von antero-lateral nach dorso-medial an die mediale Tibiahinterkante laufend links, multiple Knochenödeme- bzw. Nekrosen OSG Fuss links, Osteoporose, Erstdiagnose August 2018, chronische Depression (IV-act. 121/1).

4.16 Im Bericht vom August 2019 gab Dr. F.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00);
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlichen, vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0);
- Polytoxikomanie (ICD-10 F19.22).

Mit Verweis auf den Bericht vom 2. August 2017 [wohl: IV-act. 116] und angesichts der hinzugekommenen Diagnose der Osteoporose ging Dr. F.\_\_\_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Dem Versicherten sei es nicht mehr möglich, auf dem 1. Arbeitsmarkt Fuss zu fassen (IV-act. 126).

4.17 In seiner Stellungnahme vom 21. November 2019 kam RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_\_ zum Schluss, eine relevante Veränderung der vordergründigen psychischen Problematik [gegenüber der Situation zur Zeit des Gutachtens] lasse sich dem Dossier nicht entnehmen, weshalb aus allgemeiner internistischer Sicht unverändert auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_\_ (60%ige Arbeitsfähigkeit angepasst) abgestützt werden könne, obwohl im Rahmen der Umschulung zum Küchenangestellten gar ein 80%iges Pensum umgesetzt worden sei. Aufgrund des gemischten Lymph-/Phlebödems und der zuletzt vordergründigen Probleme des Bewegungsapparates

( undislozierte Tibiaplateau-Fraktur Knie links und multiple Knochenödeme/-nekrosen im Bereich des linken Fusses bei therapiebedürftiger Osteoporose) sei die überwiegend gehende/stehende Tätigkeit als Küchenangestellter als nicht (optimal) angepasst zu beurteilen bzw. eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit auch mittel-/langfristig betrachtet günstiger. Schliesslich schlug er vor, das Dossier RAD-Arzt E. \_\_\_\_\_ vorzulegen, wobei dieser insbesondere zur Frage Stellung nehmen sollte, ob aus rein psychiatrischer Sicht unverändert auf die gutachterliche Beurteilung von Dr. C. \_\_\_\_\_ abgestellt werden könne bzw. ob es zur Beantwortung dieser Frage weiterführender Abklärungen bedürfe (IV-act. 131).

4.18 RAD-Arzt E. \_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 zu den Vorakten aus, Dr. C. \_\_\_\_\_ habe festgehalten, dass hauptsächlich die Persönlichkeitsstörung für die Leistungseinbussen und zum grossen Teil für die Polytoxikomanie verantwortlich sei. Im Längsschnitt hätten laut Dr. C. \_\_\_\_\_ zusätzlich eine (rezidivierende) depressive Störung mit unterschiedlichen Schweregraden (zum Begutachtungszeitpunkt asymptomatisch) und sozialphobische Ängste eine Rolle gespielt. In der Gesamtschau habe Dr. C. \_\_\_\_\_ die medizintheoretische Arbeitsfähigkeit (adaptiert) in Höhe von 60 % beurteilt. Der langjährig behandelnde Psychiater, Dr. F. \_\_\_\_\_, dokumentiere in seinem ersten IV-Arztbericht an die IV-Stelle Zug vom 23. Juli 2010 [IV-act. 12] die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), einer kombinierten und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61.0) sowie einer Polytoxikomanie, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzprogramm. Ein Jahr später dokumentiere Dr. F. \_\_\_\_\_ eine (lediglich) leichtgradig ausgeprägte depressive Störung bei ansonsten unveränderter Diagnosekombination mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit [IV-act. 43]. In seinem Bericht aus dem Jahr 2018 übernehme Dr. F. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung die ICD-10-Kodierung von Dr. C. \_\_\_\_\_ (ICD-10 F60.9) bei jetzt mittelgradig beurteilter depressiver Symptomatik. Er beurteile die Arbeitsfähigkeit aufgrund der erfolglosen Bemühungen um eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt nach Aussteuerung aus der Arbeitslosenversicherung als nur noch in einem geschützten Rahmen verwertbar [IV-act. 116]. Diese Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit dokumentiere er auch in seinem letzten IV-Arztbericht aus dem Jahr 2019, dieses Mal mit der Diagnosekombination rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), (wieder) kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) und Polytoxikomanie (ICD-10 F19.22) [IV-act. 126].

Im Rahmen der Würdigung hielt RAD-Arzt E. \_\_\_\_\_ fest, seit der Begutachtung durch Dr. C. \_\_\_\_\_ sei hinsichtlich der diagnostischen Beurteilung einer Persönlichkeitsstörung mit Polytoxikomanie (substituiert) und einer eher als sekundär zu sehenden depressiven Störung (im Bereich leicht- bis mittelschwer) keine gravierende Veränderung auszumachen. Der Versicherte habe nach der Begutachtung seine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt verloren und es nicht mehr geschafft, wieder auf dem Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. Dies sei durchaus mit nichtgesundheitsbedingten Faktoren (insbesondere Alter und fehlendes Angebot an geeigneten Arbeitsstellen) erklärbar, sodass damit keine gravierende Verschlechterung des IV-relevanten psychischen Gesundheitsschadens begründet werden könne. Sodann kam RAD-Arzt E. \_\_\_\_\_ zum Schluss, aus versicherungspsychiatrischer Sicht habe sich gegenüber der Begutachtungssituation bei Dr. C. \_\_\_\_\_ im Jahr 2012 nichts Gravierendes geändert (IV-act. 133).

## 5.

5.1 Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer unter einer rezidivierenden depressiven Störung (unterschiedlicher Ausprägung), einer Persönlichkeitsstörung, einer mittelschweren Sozialphobie sowie einer Polytoxikomanie litt bzw. leidet (IV-act. 12; 24/5 ff.; 43; 52/8 ff.; 116). In somatischer Hinsicht wurden im Jahr 2018 zudem eine undislozierte Tibiaplateaufraktur von antero-lateral nach dorso-medial an die mediale Tibiahinterkante laufend links, multiple Knochenödeme/-nekrosen OSG Fuss links und Osteoporose diagnostiziert (IV-act. 121/3; 130).

5.2 Unbestritten und ausweislich der Akten als erstellt zu betrachten ist, dass der Beschwerdeführer ab Anfang November 2009 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig war (vgl. IV-act. 12; 13; 17; 24). Angesichts der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer im Mai 2010 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet hat, endete das Wartejahr somit Ende Oktober 2010 (vgl. E. 3.1).

5.3 Ausweislich der medizinischen Akten war der Beschwerdeführer von Anfang November 2009 bis Ende Januar 2011 und – aufgrund somatischer Beeinträchtigungen – vom 16. Mai 2018 bis 12. August 2019 zu 100 % sowie vom 13. August 2019 bis 4. Dezember 2019 zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. insbesondere IV-act. 12; 24; 121; 130; 131).

Die IV-Stelle hat diese Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen ihren Verfügungen zugrunde gelegt (IV-act. 145/5).

Strittig sind namentlich Umfang und Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aufgrund der psychischen Beschwerden (ab Februar 2011).

5.3.1 Die IV-Stelle ging namentlich auf Grundlage der Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ vom 21. November 2019 und 13. Januar 2020 (IV-act. 131 und 133) resp. des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2012 (IV-act. 52) von Februar 2011 bis April 2018 sowie ab Dezember 2019 von einer 60%igen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (IV-act. 145/5 f.).

5.3.2 Der Beschwerdeführer moniert (offenbar nur bezogen auf die psychischen Beeinträchtigungen) zusammengefasst, die IV-Stelle habe sich zu Unrecht auf die RAD-Stellungnahme vom 13. Januar 2020 gestützt. So sei zu berücksichtigen, dass es sich bei dieser lediglich um ein reines Aktenkonsil gehandelt habe und somit keine persönliche Untersuchung stattgefunden habe. Solche Aktenkonsile seien aber nur zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergäben und diese Daten unbestritten seien (act. 1 Ziff. 23). Vorliegend würden zudem erhebliche Divergenzen zwischen der Einschätzung des RAD-Arzttes und den Resultaten der beruflichen Massnahmen resp. tatsächlichen Arbeitsbemühungen bestehen, weshalb weitere medizinische Abklärungen erforderlich seien. In den Akten fänden sich diverse Einschätzungen von Fachpersonen, welche vom Unvermögen, im 1. Arbeitsmarkt tätig sein zu können, zeugten. Den Akten liessen sich ferner diverse [gesundheitliche] Veränderungen seit 2012 entnehmen. Nicht beurteilt worden seien zudem die Wechselwirkungen der somatischen und psychischen Einschränkungen sowie das konkrete Belastungsprofil. Zumindest seit 2015 sei aufgrund der Resultate der beruflichen Massnahmen resp. der Arbeitsversuche eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen und von der Notwendigkeit eines geschützten Rahmens auszugehen (act. 1 Ziff. 17 f. und 21 ff.; act. 6 Ziff. 8).

### 5.3.3

5.3.3.1 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht "konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Nicht näher begründete,

anders lautende Einschätzungen der behandelnden Ärzte sind in der Regel nicht geeignet, den Beweiswert eines Gutachtens in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Ist seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen, vermag das Alter des Gutachtens – als formelles Kriterium – keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat. Soweit ein früheres Gutachten mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst hat, sind neue Abklärungen unabdingbar. Die Rechtsprechung hat es denn auch abgelehnt, eine Art "Verfallsdatum" für ein Gutachten zu definieren (BGer 9C\_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 3.1 f.).

Ausweislich der Akten haben sich seit der Begutachtung durch Dr. C. \_\_\_\_\_ Dinge ereignet, die potenziell geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beeinflussen: Dass sich der Beschwerdeführer seit 2012 um eine Wiedereingliederung bemüht hat, kann nicht bestritten werden; trotz Suchtproblematik schloss er die Ausbildung zum Küchenangestellten EBA ab. Ob er sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wirklich bewähren kann, scheint fraglich. Dazu kommt, dass auf dem ersten Arbeitsmarkt kaum Nachfrage nach Küchenangestellten EBA besteht. Im Anschluss an die Umschulung wurde 2015 die Diagnose eines gemischten Lymph-/Phlebödems rechtsbetont gestellt; in den Jahren 2018 und 2019 wurden zudem eine Osteoporose, eine undislozierte Tibiaplateaufraktur von antero-lateral nach dorso-medial an die mediale Tibiahinterkante laufend links und multiple Knochenödeme/-nekrosen OSG Fuss links diagnostiziert; wie RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_\_\_ feststellte, kann die stehende Tätigkeit als Koch deshalb nicht mehr als leidensangepasst gelten. Trotz zweier Berufsausbildungen muss sich der Beschwerdeführer beruflich wohl wieder neu orientieren.

Dass sich all diese Widrigkeiten auch auf die Psyche des Beschwerdeführers ausgewirkt haben, zeigt der von Dr. F. \_\_\_\_\_ dokumentierte wellenförmige Verlauf der depressiven Störung. Zudem leidet der Beschwerdeführer an einer Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-abhängigen, aber auch unreifen Zügen.

Vor diesem Hintergrund besteht keine Gewähr dafür, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat. Das zum Verfügungszeitpunkt fast neun

Jahre alte Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_\_ genügt (als Grundlage) für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die Zeit nach der Begutachtung aus rechtlicher Sicht daher nicht.

5.3.3.2 Bei der Würdigung von RAD-Stellungnahmen ist zu berücksichtigen, dass die Funktion derartiger interner Berichte darin besteht, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (BGer 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). Wohlgemerkt haben auch RAD-Stellungnahmen den in E. 3.6 beschriebenen Anforderungen zu genügen.

Namentlich RAD-Arzt E. \_\_\_\_\_ begründete seine Einschätzung damit, dass sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht gegenüber der Begutachtungssituation bei Dr. C. \_\_\_\_\_ im Jahr 2012 nichts Gravierendes geändert habe. Zwar mag es zutreffen, dass die psychiatrischen Diagnosen seit der Begutachtung durch Dr. C. \_\_\_\_\_ grundsätzlich unverändert sind. Eine korrekte psychiatrische Berücksichtigung der unter E. 5.3.3.1 beschriebenen Umstände hat seit BGE 141 V 281 jedoch im Rahmen einer fundierten Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren zu geschehen. Bei den RAD-Stellungnahmen vom 21. November 2019 resp. 13. Januar 2020 handelt es sich um rein aktengestützte Beurteilungen. Den jüngeren (ärztlichen) Stellungnahmen lassen sich jedoch gar nicht genügend Angaben entnehmen, um den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigungen beurteilen zu können. Eine hinreichende Diskussion Standardindikatoren-relevanter Gesichtspunkte sucht man denn auch vergebens. Unter diesen Umständen wäre der RAD gehalten gewesen, den Beschwerdeführer persönlich zu untersuchen oder zusätzliche (fach-)ärztliche Abklärungen zu empfehlen. Die Schlussfolgerungen des RAD beruhen folglich weder auf der Würdigung eines umfassend abgeklärten Sachverhaltes noch auf den Befunden einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, weshalb allein darauf ebenfalls nicht abgestellt werden kann.

6. Aus dem Gesagten folgt, dass die vorliegenden medizinischen Akten keine rechtsgenügende Grundlage zur Klärung der Frage der Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers in leidensangepasster Tätigkeit darstellen. Die Sache ist daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 29. Oktober 2020 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen insbesondere zur psychiatrischen Verlaufsbegutachtung – wobei zudem die Vorgaben von BGE 141 V 281 zu berücksichtigen sind – und Begutachtung in weiteren Disziplinen, damit die rheumatologischen und angiologischen Leiden samt allfälliger Wechselwirkung einbezogen werden können. Hernach ist über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

7. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens von der Beschwerdegegnerin zu tragen ist. Praxisgemäss wird die Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zusteht. Dem Beschwerdeführer ist zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'700.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt wird.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügungen vom 29. Oktober 2020 aufgehoben werden und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, welche der Beschwerdegegnerin auferlegt wird.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'700.– (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
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 Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), und an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Zug, 28. November 2022

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am