



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 19. Dezember 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

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

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2021 15

A. Der Versicherte, A. _____, Jahrgang 1975, meldete sich am 7. März 1999 erstmals zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle Zug an und bat aufgrund seiner Rückenprobleme um Umschulung (IV-act. 1 S. 13 ff.). Die IV-Stelle gewährte ihm berufliche Massnahmen, errechnete nach Durchführung derselben einen Invaliditätsgrad von 36 % und wies mit Verfügung vom 6. Juni 2005 (IV-act. 16) bzw. Einspracheentscheid vom 2. November 2005 (IV-act. 22 S. 2 ff.) die Ausrichtung einer Invalidenrente ab, was das Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit Urteil S 2005 221 vom 21. Juli 2006 bestätigte (IV-act. 22 S. 18 ff.). Auf ein am 30. März 2007 gestelltes neues Leistungsbegehren (IV-act. 25) trat die IV-Stelle nicht ein (IV-act. 38).

Die bis dato letzte Neuanmeldung – unter Hinweis auf seit 2000 bestehende Rückenschmerzen und ein am 19. Juli 2016 erstmals festgestelltes Asperger-Syndrom sowie eine Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – datiert vom 26. April 2017 (IV-act. 45). Nach Würdigung der alten und neuen medizinischen Aktenlage durch RAD-Arzt Dr. C. _____ und RAD-Psychiater D. _____ (IV-act. 48 f.) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Januar 2018 auf das Leistungsbegehren wiederum nicht ein (IV-act. 61). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit Urteil S 2018 18 vom 26. September 2018 in dem Sinne gut, als die Verfügung vom 9. Januar 2018 aufgehoben und die IV-Stelle verpflichtet wurde, auf das Leistungsbegehren einzutreten und dieses materiell zu prüfen (IV-act. 67). In der Folge holte die IV-Stelle aktuelle Arztberichte ein und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie (IV-act. 94, 97 und 100). Das Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (nachfolgend ZIMB) erstattete sein Gutachten am 23. Juni 2020. Dabei kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass dem Versicherten seine angestammte Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar sei, während in einer leidensangepassten körperlich leichten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 105). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 27. Oktober 2020 an, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (IV-act. 119). Trotz erfolgten Einwands vom 6. November 2020 (IV-act. 121) verfügte die IV-Stelle am 5. Januar 2021 wie vorbeschieden (IV-act. 124).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 2. Februar 2021 liess A. _____ beantragen, die Verfügung vom 5. Januar 2021 sei aufzuheben und das Verfahren zwecks Ergänzung und Wiederholung der medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht verlangte der Beschwerdeführer die

unentgeltliche Prozessführung und in der Person der Unterzeichnenden eine unentgeltliche Rechtsvertreterin. Materiell wurde im Wesentlichen die Verwertbarkeit des ZIMB-Gutachtens und dabei insbesondere das neurologische und psychiatrische Teilgutachten sowie die Tatsache, dass kein Lungenspezialist beigezogen worden sei, gerügt (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 3. Februar 2021 bewilligte der Vorsitzende i.V. der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und stellte ihm für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in der Person von RA lic. iur. B. _____ eine unentgeltliche Rechtsbeiständin bei (act. 2).

D. Mit Vernehmlassung vom 4. März 2021 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 3).

E. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 5 und 7). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 5. Januar 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 146 V 364 E. 7.1).

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

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 5. Januar 2021; diese ging tags darauf bei der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 2. Februar 2021 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalidenein-

kommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc mit weiteren Hinweisen).

3.4 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3).

4. Fest steht vorliegend, dass sich der Beschwerdeführer im März 1999 erstmals bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug anmeldete, dass der Rentenanspruch nach Durchführung einer medizinischen Abklärung durch die MEDAS Basel und nach Abschluss von beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 6. Juni 2005 bzw. Einspracheentscheid vom 2. November 2005 abgewiesen wurde, dass es in der Folge zu

einem Nichteintretensentscheid kam resp. dass sich der Beschwerdeführer am 26. April 2017 bereits zum dritten Mal zum Leistungsbezug anmeldete. Als erstellt gilt weiter, dass die IV-Stelle den Beschwerdeführer in der Folge internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch und neurologisch abklären liess und dass sie das Leistungsbegehren schliesslich im Wesentlichen gestützt auf das polydisziplinäre ZIMB-Gutachten mit Verfügung vom 5. Januar 2021 erneut abwies. Somit gilt es nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 2. November 2005 bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. Januar 2021 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bzw. zu deren Entwicklung seit der Leistungsverweigerung vom 2. November 2005 bis zum 5. Januar 2021 lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in ihrem Einspracheentscheid vom 2. November 2005 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre (d.h. internistische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der MEDAS Basel vom 19. Juni 2001 ab.

Die internistische Untersuchung ergab dabei beim Versicherten keine Besonderheiten.

Im rheumatologischen Teilgutachten kam Dr. med. E. _____, stellvertretender Oberarzt der Rheumatologischen Universitätsklinik, zum Schluss, dass beim Versicherten ein thorakolumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom vorliege bei/mit segmentaler Dysfunktion der mittleren Beckenwirbelsäule, ausgeprägter Dekonditionierung und mässiger muskulärer Dysbalance. Zusätzlich diagnostizierte er eine Polytoxikomanie. Dies habe bei einer vermutlich konstitutionell ungünstigen Wirbelsäulenform mit ungünstiger Gesamtstatik zu einer segmentalen Überbelastung und Dysfunktion geführt, die durch muskuläre Insuffizienzen und Dysbalancen bei fehlender Stabilisationsfähigkeit infolge Dekonditionierung akzentuiert werde. Die zur Behandlung derartiger Zustände zu empfehlende aktive Vorgehensweise habe bis anhin noch nicht durchgeführt werden können. Durch das ausgeprägte Schonverhalten mit mehrwöchiger "Liegekur" seien die muskulären Insuffizienzen im Verlauf akzentuiert worden. Die Durchführung aktiver Therapieansätze sei durch eine prinzipiell wirkende Oppositionshaltung des Versicherten gegenüber zunächst schmerzverstärkend wirkenden therapeutischen Regimes erschwert. Zum Abbau dieser Dysbalancen, zur Haltungskorrektur sowie zur allgemeinen Rekonditionierung empfehle sich die Aufnahme einer medizinischen Trainingstherapie, die nach Erlernen des Übungsprogrammes in Einzeltherapie im Rahmen eines allgemeinen

Fitnessstrainings durchgeführt werden sollte. Zur Unterstützung der Reintegrationsbemühungen sowie zur Begleitung im Rahmen eines allfälligen Drogenentzuges erscheine eine engmaschige Betreuung des Versicherten durch den Hausarzt oder eine spezialisierte Sozialeinrichtung indiziert. Das arbeits-medizinisch relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule für das Heben und Tragen von Lasten sowie für das Arbeiten in Zwangspositionen längerdauernd vornübergeneigt, stehend oder sitzend oder Überkopf mit erhobenen Armen. In einer rückenadaptierten, leichten bis bestenfalls mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 15 kg wie einer leichten Bürotätigkeit oder in Kontrollfunktionen sowie einer leichten Montagetätigkeit dagegen bestehe aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (100 % arbeitsfähig). Die bisherige körperlich schwere Tätigkeit im Maurerberuf erscheine derzeit nicht zumutbar (0 % arbeitsfähig). In einer wie beschrieben angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Doktor med. G. _____, Assistenzarzt der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik, und Dr. med. F. _____, stellvertretender Oberarzt, stellten beim Versicherten als Diagnose mit Einfluss auf dessen Arbeitsfähigkeit "Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich vermeidendem Charakter (ICD-10 Z73.1)" fest. Der Versicherte zeige bezüglich des emotionalen Zugangs zu Konflikten eine mangelnde Fähigkeit, was dazu führe, dass er diese nur mit Hilfe von Drogen aushalten könne. Er konsumiere ca. drei bis fünf Joints pro Tag und in besonders stressigen Situationen noch ca. einmal pro Monat Heroin. Im Umgang mit Konflikten habe er kein alternatives Verhalten als die Einnahme von Drogen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere bezogen auf das Konfliktverhalten. Der Versicherte sei zu ca. 25 % arbeitsunfähig. Im Weiteren wurden die Diagnosen des Episodischen Opiatgebrauchs und der Cannabis-Abhängigkeit gestellt. Diese hätten allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da im Fall des Opiats der Konsum nur etwa einmal im Monat stattfinde und im Fall von Cannabis dies lediglich das Bedienen oder Führen von gefährlichen Maschinen und Motorfahrzeugen betreffe.

Zusammenfassend zogen die MEDAS-Gutachter den Schluss, dass der Versicherte in seinem Beruf als Maurer und Gipser dauerhaft vollständig in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und zwar sicher seit der Begutachtung durch Dr. H. _____, Orthopädie FMH, vom 18. Februar 2000. In einer angepassten Verweistätigkeit sei er aufgrund der im rheumatologischen Gutachten gemachten Einschränkungen zu 100 %

arbeitsfähig. Aufgrund seiner Psychopathologie werde aber eine 25%ige Arbeitseinschränkung angenommen. Diese beziehe sich auf die qualitative Hinsicht; er sei aber ohne weiteres in der Lage eine Ganztagesarbeit auszuführen. Insgesamt sei er somit zu mindestens 75 % arbeitsfähig (IV-act. 1 S. 56 ff.).

4.2

4.2.1 Nach dem Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 26. September 2018, mit welchem die IV-Stelle verpflichtet wurde, auf das Leistungsbegehren des Versicherten einzutreten und dieses materiell zu prüfen, holte die IV-Stelle aktuelle Arztberichte ein (IV-act. 78 und 80) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie beim ZIMB. Das ZIMB erstattete sein Gutachten am 23. Juni 2020. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen einer chronisch-obstruktiven Pneumopathie (COPD), Stadium II nach GOLD sowie eines Panvertebralsyndroms bei Fehlhaltung der Wirbelsäule. Folgenden Diagnosen massen sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei: episodische Migräne, mittelgradige depressive Episode, in Remission (ICD-10 F32.4), Polytoxikomanie (ICD-10 F19.2), Verdacht auf ein Asperger Syndrom (ICD-10 F84.5), Verdacht auf eine ADHS (ICD-10 F90.0), Status nach Bimalleolarfraktur rechts mit Osteosynthese im Juli 2013, abgeheilt und am ehesten medikamenteninduzierte Gangunsicherheit.

Im aktuellen internistischen Status habe sich ein Versicherter in normalem Allgemeinzustand gezeigt, aber mit klinischen Hinweisen auf das Vorliegen eines Lungenemphysems. Dafür würden die Glockenform des Thorax und das abgeschwächte Atemgeräusch bei der Lungenauskultation sprechen. Radiologisch komme eine Überblähung der Lungen mit abgeflachten Zwerchfellen und vermehrtem retrokardialen Raum zur Darstellung. Die Spirometrie habe das Vorliegen einer mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung mit einem FEV₁, das nur noch 54 % des Sollwertes (einem GOLD Stadium II entsprechend) betrage, bestätigt. Ursache dieser COPD sei sicherlich der langjährige Nikotinabusus und auch der Cannabis-Abusus sowie das regelmässige Rauchen und Sniffen von Heroin. Damit sei auch die subjektiv beklagte Anstrengungsdyspnoe des Versicherten zu erklären, der wegen seiner Pneumopathie auch längerfristig für schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr geeignet sei. Auch müsse hier seine Tauchtauglichkeit in Frage gestellt werden. Die Schädigung der Lunge sei als irreversibel zu betrachten. Ein konsequenter Nikotinstop

und auch eine Reduktion der anderen inhalativen Noxen stellten die einzige Möglichkeit dar, eine weitere Progression der Pneumopathie zu verhindern. Ansonsten sei der internistische Status unauffällig, ohne Hinweise für eine kardiale oder peripher-arterielle Pathologie. Auch die Laboruntersuchungen seien bis auf einen deutlich erhöhten Fluoxetinspiegel im Blut, was auf die unübliche hohe Dosierung des Fluoxetins zurückzuführen sei, weitgehend unauffällig. In der Urinprobe bestätige sich auch die Opiateinnahme.

Bei der rheumatologischen Untersuchung des Bewegungsapparates könnten beim Versicherten pathologische Befunde lediglich im Bereich der Wirbelsäule objektiviert werden, wo eine Skoliose der BWS nach links und tieflumbal eine Skoliose nach rechts bestehe. Zudem finde sich eine akzentuierte hohe Brustkyphose. Diese Fehlhaltung und die radiologisch beschriebenen degenerativen Veränderungen der LWS mit Chondrosen der zwei untersten Segmente würden einerseits die Bewegungseinschränkung im BWS- und LWS-Bereich und andererseits auch die vor allem belastungsabhängigen Beschwerden ohne Ausstrahlung in die unteren Extremitäten erklären. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik lasse sich aber nicht objektivieren. Bedingt durch die objektiv vermindert belastbare Wirbelsäule seien schwere körperliche Arbeiten in Zwangshaltungen oder verbunden mit dem Tragen und Heben von schweren Lasten auf Dauer nicht mehr zumutbar. Die vom Versicherten vorwiegend im Winter angegebenen Kniegelenkschmerzen hätten hingegen keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden können. Die Untersuchung beider Kniegelenke hätten keine pathologischen Befunde gezeigt. Auch im Zustand des Schmerzes berichte der Versicherte über blande, nicht geschwollene und nicht überwärmte Kniegelenke. Der Status nach operierter Bimalleolarfraktur 2013 auf der rechten Seite sei abgeheilt; das OSG rechts sei schmerzlos vollumfänglich beweglich.

Aus neurologischer Sicht liege zum einen eine episodische Migräneerkrankung vor. Diese sei in den Wintermonaten verstärkt und auch in dieser Zeit sei die Frequenz maximal bei ein bis zwei Attacken pro Woche. Die Akuttherapie mit Relpax helfe gut. In den Sommermonaten sei die Frequenz seltener bzw. es würden gar keine Attacken auftreten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die episodische Migräne bestehe nicht. Bezüglich der Rückenschmerzen sei es so, dass auch diese im Winter deutlich stärker erscheinen würden. Diese seien meist lokal in der Lendenwirbelsäule lokalisiert. Radikuläre Ausfälle seien in der klinischen Untersuchung nicht zu finden, ebenso keine Hinweise auf eine Myelopathie. Ansonsten zeige sich bei der klinischen Untersuchung,

dass in den Koordinationsprüfungen (Romberg-Versuch, Seiltänzerengang, Fersengang) eine leichte Unsicherheit bestehe. Auch das Vibrationsempfinden sei im Bereich Patellae bzw. Malleoli mediales leicht reduziert. Die Unsicherheit in den Koordinationsprüfungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die eingenommenen Substanzen und Medikamente bedingt.

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration schildere der Versicherte seine Beschwerden stimmig und nachvollziehbar. Der aktuelle psychopathologische Status sei weitgehend unauffällig. Der Versicherte berichte über zwischenzeitlich deutlich ausgeprägte psychische Beschwerden mit depressiven Störungen. Unter der aktuellen medikamentösen Behandlung mit Fluoxetin und der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung gehe es ihm relativ gut. Im psychopathologischen Befund hätten sich noch leichte Restsymptome, beispielsweise leichte depressive Beschwerden und Verminderung des Kurzzeitgedächtnisses, gezeigt, die möglicherweise auch durch den THC-Konsum mitbedingt sein könnten, die jedoch objektivierbar keine stärkere Einschränkung mehr bedingen. Insgesamt scheine der Versicherte durch seine depressiven Symptome unter der jetzigen Behandlung nur wenig eingeschränkt. Betreffend seine Polytoxikomanie gebe der Versicherte an, er habe bereits während der Ausbildung begonnen, die verschiedensten illegalen Drogen zu konsumieren. Er habe schliesslich in erheblichem Umfang THC, Ecstasy und Heroin sowie verschiedene andere Drogen ausprobiert. Nach vielen Jahren des Drogenmissbrauches sei der Konsum aktuell relativ gering. Zwischenzeitlich hätte er grössere Mengen konsumiert, vor allen Dingen THC. Inzwischen sei dies deutlich vermindert. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei durch die Sucht und dem inzwischen deutlich verminderten Konsum nicht gegeben. In einem früheren Bericht sei der Verdacht auf ein Asperger-Syndrom gestellt worden. Der Versicherte selbst sei der Meinung, dass dies nicht so sei. Ein Leidensdruck bestehe hier auch nicht. Er gebe an, dass er keine Umarmungen möge und er es schlecht zu emotionaler Nähe kommen lassen könne. Objektivierbar seien keine Hinweise auf ein Asperger-Syndrom im psychopathologischen Befund. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne dadurch nicht abgeleitet werden. In der Vorgeschichte sei auch der Verdacht auf eine ADHS geäussert worden. Eine Behandlung finde derzeit nicht statt, ein Leidensdruck liege beim Versicherten diesbezüglich nicht vor. Während der Begutachtung würden sich keine Hinweise auf eine ADHS ergeben. Da weder ein Leidensdruck noch eine objektivierbare Symptomatik vorliege, bedinge dies ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zur Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an, dass diese durch die COPD und durch die Rückenproblematik in qualitativer Hinsicht eingeschränkt sei, weshalb dem Versicherten die körperlich schwere Arbeit als Maurer nicht mehr zumutbar sei. Wegen der wahrscheinlich medikamentös-toxisch bedingten Gangunsicherheit erscheine es aus neurologischer Sicht nicht sinnvoll, dass der Versicherte Tätigkeiten mit einem hohen Eigen- oder Fremdgefährdungspotential ausführe, wie z.B. auf Gerüste klettern. In einer körperlich leichten, rückenadaptierten Tätigkeit ohne Rauch- und Staubexposition sowie ohne Arbeiten bei kalter und nasser Witterung sei er hingegen aus interdisziplinärer Sicht zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Eine zusätzliche psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei gutachterlich nicht ausgewiesen. Die hier gestellten Diagnosen aus dem psychiatrischen Fachbereich seien allesamt ohne limitierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 105).

4.2.2 Der für den Fall des Versicherten zuständige RAD-Arzt Dr. med. C._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, nahm am 30. Juli 2020 zum somatischen Teil des ZIMB-Gutachtens und zur Stellungnahme der Rechtsvertreterin vom 16. Juli 2020 (IV-act. 107) Stellung und führte unter anderem aus, die somatischen Teilgutachten seien inhaltlich korrekt und vermöchten die qualitativen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten durchwegs zu erfüllen. Bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2001 seien die Gutachter zum Schluss gekommen, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Maurer aufgrund der Rückenproblematik dauerhaft nicht mehr zumutbar sei. Limitierend wirke sich zudem die chronisch obstruktive Lungen-Krankheit aus, wobei in körperlich leichter Tätigkeit ohne Rauch- und Staubexposition und ohne Arbeiten bei kalter und nasser Witterung mit keiner über die qualitativen hinausgehenden zeitlichen Einschränkungen zu rechnen sei. Die Kritik der Rechtsanwältin bezüglich des Versäumnisses des Zuzugs eines Pneumologen müsse aus allgemein internistischer Sicht klar zurückgewiesen werden, da Dr. med. I._____, als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter medizinischer Gutachter sehr wohl in der Lage sei, unter Berücksichtigung der Vorgeschichte/Anamnese, des klinischen Untersuchungsbefundes und der lungenfunktionellen Untersuchungsergebnisse eine Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorzunehmen. Das Faktum, dass der Versicherte sich selbst als sportlich einschätze und angebe, er klettere und tauche gerne, lasse denn auch keine Zweifel an einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in körperlich leichter Tätigkeit aufkommen. Er empfehle aber das Einholen des Berichts über die geplante pneumologische Untersuchung vom 18. August 2020. Bei anamnestisch und klinisch neurologisch unauffälliger Befundlage in Bezug auf die Senso-Motorik habe

der neurologische Teilgutachter nachvollziehbar von einer elektrophysiologischen Zusatzuntersuchung abgesehen. In Bezug auf die somatischen Teilgutachten könne auf die rein medizinischen Aspekte aus RAD-Sicht abgestellt werden (IV-act. 109).

4.2.3 Auch der für den Fall des Versicherten zuständige RAD-Psychiater J. _____ nahm am 30. Juli 2020 zum ZIMB-Gutachten, namentlich zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung. Dabei gab er an, Dr. L. _____ könne klinisch weder eine depressive Symptomatik noch gravierende Hinweise für eine Beeinträchtigung durch eine anamnestische allenfalls subsyndromale Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) oder eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) finden. Trotz Opioidsubstitution sei der Versicherte klinisch insbesondere kognitiv nicht auffällig gewesen. Insgesamt habe Dr. L. _____ kein Gesundheitsschaden objektivieren können, der eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen könne. Doktor L. _____ habe seine Beurteilung unter Berücksichtigung der vorhandenen medizinischen Aktenlage und mittels der Anamnese, der eigenen Untersuchung/erhobenen Befunde und in der Auseinandersetzung mit den Differentialdiagnosen erklärt und erläutert, so dass auf sein Gutachten abgestellt werden könne. Auch seien die Erkenntnisse dieses Teilgutachtens in die Schlussfolgerungen der interdisziplinären Konsensbeurteilung miteingeflossen. Zu den seitens der Rechtsvertreterin bemängelten Punkte des psychiatrischen Teilgutachtens führte RAD-Arzt J. _____ aus, der Sachverständige habe die anamnestischen Angaben und die Befunde sorgfältig beurteilt und dokumentiert und sei aufgrund seiner klinischen Erfahrungen zum Ergebnis gekommen, dass sich zum Begutachtungszeitpunkt die vorbestehende depressive Störung in Rückbildung befunden habe, mithin die Ausprägung klinisch nicht mehr so relevant gewesen sei, als dass eine Arbeitsunfähigkeit damit begründet werden könnte. Wie die Remission bewerkstelligt werde, sei dabei nicht ausschlaggebend. Offensichtlich habe gerade der Behandler Dr. K. _____ mit seiner unüblich hohen Medikamenteneinstellung die Remission der psychischen Beeinträchtigung erreicht. Insgesamt habe der Gutachter keine psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit identifizieren können, weshalb es folgerichtig sei, dass für eine berufliche Tätigkeit keine Einschränkung bestehe. Insofern sei es müssig bzw. unerheblich, was Dr. L. _____ als angestammte Tätigkeit zugrunde gelegt habe. Gegen eine Verwechslung spreche, dass in der interdisziplinären Konsensbeurteilung eine komplette Arbeitsunfähigkeit einzig aufgrund der somatischen Gesundheitsschäden für die angestammte Tätigkeit beurteilt worden sei. Die Gutachter, also auch Dr. L. _____, müssten daher sehr wohl im Bilde gewesen sein, für welchen Arbeitsmarkt sie die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen gehabt hätten. Unter diesem Aspekt sei auch nicht wichtig,

ob Dr. L. _____ möglicherweise die Hobbybeschäftigung Tauchen als berufliche Tätigkeit gewertet haben könnte. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht seien die Argumente der Rechtsanwältin nicht ausreichend stichhaltig oder überzeugend, als dass die Beurteilungen von Dr. L. _____ ernsthaft in Frage gestellt werden müssten (IV-act. 110).

4.2.4 In der Folge holte die IV-Stelle noch die aktuellen Berichte des Pneumologen Dr. med. M. _____ ein. Im Sprechstundenbericht vom 19. August 2020 führte Dr. M. _____ beurteilend aus, die Lungenfunktion zeige eine schwere, partiell reversible Obstruktion mit Überblähung und statischem Air-Trapping. Er stellte deshalb die Diagnose eines COPD GOLD II mit Emphysem. Die Diffusionskapazität sei mittelschwer eingeschränkt und in der ABGA zeige sich entsprechend eine ausgeprägte Globalinsuffizienz mit schwerer Hypoxämie. Dem Versicherten sei die Wichtigkeit eines konsequenten Nikotin- und auch Heroinverzichts erklärt worden. Zudem sei ihm dringend empfohlen worden, den Tauchsport einzustellen, da das Risiko eines schweren Unfalles zu hoch sei (IV-act. 114). Im Rahmen der Sprechstunde vom 24. September 2020 zeige die Lungenfunktion einen unveränderten Befund mit nach wie vor schwerer Obstruktion und Überblähung. Die ergänzend durchgeführte CT ergab ein ausgeprägtes zentrilobuläres Lungenemphysem mit deutlicher Oberlappenbetonung sowie Betonung in den superioren Unterlappen ohne Hinweise für ein Malignom. Doktor M. _____ wies im Sprechstundenbericht vom 25. September 2020 darauf hin, dass er dem Versicherten nochmals die Wichtigkeit einer konsequenten Nikotin- und auch inhalativen Heroinabstinenz erklärt habe. Zudem sei ihm auch erklärt worden, dass die inhalative Therapie einer Dauertherapie entspreche und keine passagere Therapie darstelle. Aktuell seien keine weiteren fixen Kontrollen mehr geplant. Falls Probleme auftreten sollten, werde um erneute Zuweisung gebeten (IV-act. 114 S. 6 und 115).

4.2.5 Am 6. Oktober 2020 nahm RAD-Arzt Dr. C. _____ zu den neuen medizinischen Unterlagen Stellung und hielt dazu fest, dass die von Dr. M. _____ gestellte Diagnose mit den lungenfunktionellen Eckwerten unstrittig eine pulmonale Minderbelastbarkeit bedinge, weshalb dem Versicherten körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden könnten. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit relevantem Sitzanteil sei vorbehältlich einer guten Behandlungs-Compliance (inhalative Therapie, konsequente Nikotin- und Heroinabstinenz) mit keiner länger andauernden oder gar dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Vordergründig bleibe die konsequente Nikotin- und inhalative Heroinabstinenz; dies

einerseits um ein Fortschreiten der Pneumopathie zu verhindern bzw. zu verlangsamen und andererseits infektgetriggerte Exacerbationen möglichst zu vermeiden. Die Zwerchfellhernie (Bochdalek) bedinge keine funktionellen Einschränkungen bezogen auf eine körperlich leichte Tätigkeit. Eine entsprechende Symptomatik und eine sich daraus ergebende Behandlungsindikation lasse sich dem Dossier nicht entnehmen (IV-act. 118).

5. Die Beschwerdegegnerin stellt zur Beurteilung des Leistungsgesuchs im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des ZIMB vom 23. Juni 2020 ab, wonach in einer körperlich leichten, rückenadaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Demgegenüber bestreitet der Beschwerdeführer die Beweiskraft des genannten Gutachtens.

5.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

5.2 Das polydisziplinäre Gutachten des ZIMB ist umfassend, basiert auf Kenntnis der Vorakten und beruht auf einer eingehenden internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Abklärung. Zudem enthält das Gutachten anamnestische Angaben, es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und vermittelt ein vollständiges Bild seines Gesundheitszustandes. Die Schlussfolgerungen sind zudem begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu. Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen und Einwendungen gegen das Gutachten stichhaltig sind und an dessen Beweiswert etwas zu ändern vermögen.

5.3

5.3.1 Soweit der Beschwerdeführer zunächst bemängelt, dass zwischen dem Untersuch und der Erstellung des Gutachtens fast sechs [recte: fünf] Monate liegen würden, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Auch wenn das schriftliche Gutachten nach der gutachterlichen Untersuchung möglichst zeitnah zu erstellen und eine Frist von in casu fünf Monaten zwischen Untersuchung des Beschwerdeführers und Abfassung des Gutachtens eher als lang erscheint, kann allein daraus noch nicht auf die Unverwertbarkeit

des Gutachtens geschlossen werden. Massgeblich ist vielmehr, ob das Gutachten nachvollziehbar und schlüssig ist, was es im Nachfolgenden noch zu prüfen gilt.

5.3.2 In somatischer Hinsicht war bereits zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2001 ausgewiesen, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maurer aufgrund der Rückenproblematik dauerhaft nicht mehr zumutbar ist. In einer seinem Rückenleiden angepassten leichten bis bestenfalls mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit bestand keine Arbeitsunfähigkeit. Daran hat sich offensichtlich nichts geändert, wird im rheumatologischen Teilgutachten des ZIMB in einer rückenadaptierten Tätigkeit doch weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Gegen die Verwertbarkeit des rheumatologischen Teilgutachtens bringt der Beschwerdeführer denn auch keine Einwände vor, sodass sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

5.3.3 Unbestritten ist des Weiteren, dass infolge des langjährigen Nikotin- und Cannabismissbrauches inzwischen neu eine Lungenproblematik im Sinne einer COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) hinzugekommen ist. Zum Vorwurf des Beschwerdeführers, es sei trotz der gestellten Diagnose kein Lungenfachspezialist beigezogen worden, ist einleitend darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern – was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft – ein weiter Ermessensspielraum zukommt. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, wonach die Wahl der Fachrichtungen in erster Linie von den Gutachterfragen abhängt und je nach Gesundheitsschaden mehrere Fachrichtungen in Frage kommen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (BGer 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1).

Der Gutachter Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte eine mittelgradige obstruktive Ventilationsstörung (chronisch-obstruktive Pneumopathie [COPD] entsprechend einem Stadium II nach GOLD). Dies erscheint vor dem Hintergrund des aus der am 17. Januar 2020 durchgeführten Spirometrie resultierenden Lungenfunktionswerts FEV1 von nur noch 54 % des Sollwertes als nachvollziehbar und steht im Einklang mit der GOLD-Einteilung, welche den Schweregrad der Atemwegsverengung beschreibt (vgl. <https://www.pschyrembel.de/COPD/K0QAG/doc/>; zuletzt besucht am 5. September 2022). Dass die Pneumopathie eine pulmonale Minderbelastbarkeit bedingt, ist unbestritten. Dies anerkennt auch Dr. I. _____, indem er in Bezug auf die Lungenproblematik von einer in

qualitativer Hinsicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgeht und dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr als zumutbar erachtet. Zudem sind ihm auch Tätigkeiten mit Rauch- und Staubexposition sowie Arbeiten bei kalter und nasser Witterung nicht mehr zuzumuten. In einer leidensangepassten Tätigkeit nimmt der Gutachter hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit an.

Soweit sich der Beschwerdeführer demgegenüber auf den Standpunkt stellt, dass er auch in einer körperlich leichten Tätigkeit aus pneumologischer Hinsicht eingeschränkt sei, kann ihm nicht gefolgt werden. Auch wenn es sich bei Dr. I. _____ nicht um einen Facharzt für Pneumologie handelt, darf, wie RAD-Arzt Dr. C. _____ mit Stellungnahme vom 30. Juli 2020 (IV-act. 109) zu Recht festgestellt hat, davon ausgegangen werden, dass er als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin durchaus in der Lage war, die Untersuchungsbefunde inkl. der Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung zu würdigen und dementsprechend eine Beurteilung hinsichtlich Arbeits- und Leistungsfähigkeit abzugeben. Doktor C. _____ erachtete die Beurteilung von Dr. I. _____ denn auch als korrekt. Zudem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die IV-Stelle im Nachgang zum polydisziplinären Gutachten die fachärztliche pneumologische Untersuchung bei Dr. M. _____ abgewartet und die entsprechenden Berichte (IV-act. 114 f.) eingeholt hat, sodass sicherlich keine Rede davon sein kann, die Lungenproblematik sei nicht fachkompetent abgeklärt worden. Der Pneumologe führte eine Bodyplethysmographie durch, wobei sich die Diagnose einer chronisch obstruktiven Pneumopathie entsprechend einem Stadium II nach GOLD bestätigte. Eine mittelschwere COPD macht sich indes bei einem bewegungsarmen Lebensstil – mithin auch in einer körperlich leichten Tätigkeit – noch nicht wirklich bemerkbar (vgl. <http://www.leichter-atmen.de/copd-gold-stadien>; zuletzt besucht am 5. September 2022). Eine COPD GOLD Stadium II spricht denn grundsätzlich auch nicht gegen eine Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit. Anhand des Ausmasses der Symptome und der Anzahl akuter Verschlechterungen erfolgt sodann eine Zuordnung der Erkrankung zu den Gruppen A, B, C und D. Doktor M. _____ teilte die COPD in die Risikogruppe B ein. Im Weiteren diagnostizierte er ein Lungenemphysem, das er als ausgeprägt einstufte; dies im Unterschied zu Dr. I. _____, der "nur" ein beginnendes Lungenemphysem erwähnte. Unabhängig davon, geht dies indessen in der bisherigen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auf, sind dem Beschwerdeführer doch bereits aufgrund der mittelschwer obstruktiven Ventilationsstörung sowieso nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Eine zusätzliche pneumologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist damit jedenfalls nicht ausgewiesen. Es gibt denn auch keinen Arztbericht, der für angepasste Tätigkeiten aus pneumologischer

Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festhält. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, wenn RAD-Arzt Dr. C. _____ mit Stellungnahme vom 6. Oktober 2020 (IV-act. 118) – vorbehältlich einer guten Compliance (inhalative Therapie, konsequente Nikotin und Heroinabstinenz) – weiterhin von keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit relevantem Sitzanteil ausging.

Dass Dr. C. _____ kein Pneumologe ist und eine persönliche Untersuchung durch ihn nicht stattgefunden hat, tut der Beweiskraft seiner Stellungnahme dabei keinen Abbruch. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei Dr. C. _____ um einen RAD-Arzt mit langjähriger Erfahrung handelt, dem ja gerade die Berichte von Dr. M. _____ vorlagen. Er konnte sich somit auf fachärztliche Berichte abstützen und tat dies denn auch. Wie der Stellungnahme vom 6. Oktober 2020 entnommen werden kann, lagen dem RAD-Arzt denn auch sämtliche Berichte des behandelnden Pneumologen (Sprechstundenberichte vom 18. August 2020 und 24. September 2020) und darüber hinaus auch der Radiologiebefund vom 17. September 2020 (CT Thorax) vor. In den genannten Sprechstundenberichten werden die am 18. August 2020 und am 21. September 2020 gemessenen Lungenfunktionswerte aufgeführt. Es trifft daher nicht zu, dass Dr. C. _____ keine Kenntnis der im September 2020 gemessenen Lungenfunktionswerte gehabt hätte. Angesichts dessen, dass dem RAD-Arzt die aktuellsten Berichte mit den aktuellsten Lungenfunktionswerten vorlagen und seitens Dr. M. _____s keine weiteren Kontrollen mehr geplant waren, bestand auch keine Veranlassung, nochmals eine Lungenfunktionsprüfung vorzunehmen. Zudem standen in pneumologischer Hinsicht die medizinischen Diagnosen fest, sodass es bei der Beurteilung durch Dr. C. _____ im Wesentlichen nur noch um die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen der medizinisch feststehenden Diagnosen ging. Indem sich der RAD-Arzt auf die vorhandenen Berichte abstützen konnte und er seine Stellungnahme offensichtlich in Kenntnis sämtlicher vorliegender medizinischer Berichte abgegeben hat, erscheint eine persönliche Untersuchung durch ihn als unnötig. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können auch nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Berichte und Stellungnahmen der RAD-Ärzte beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1), was vorliegend klarerweise der Fall ist.

5.3.4 Betreffend das neurologische Teilgutachten kann der Beschwerdeführer ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten, wenn er sich auf den Standpunkt stellt, der neurologische Teilgutachter verfüge über keine Zulassung als Arzt in der Schweiz und damit auch nicht über eigene Praxisräume. Eine praktische Tätigkeit in der Schweiz wird von den medizinischen Experten gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht verlangt (BGer 8C_771/2019 vom 19. Mai 2020 E. 4.3.3). Des Weiteren ist mit der Beschwerdegegnerin einig zu gehen, dass es keinerlei Anhaltspunkte gibt, wonach Dr. med. N._____, Facharzt Neurologie, die erforderlichen Abklärungen unterlassen hätte. RAD-Arzt Dr. C._____ hat mit Stellungnahme vom 30. Juli 2020 (IV-act. 109) denn auch darauf hingewiesen, dass bei anamnestisch und klinisch neurologisch unauffälliger Befundlage von einer elektrophysiologischen Zusatzuntersuchung habe abgesehen werden dürfen.

Was sodann die diagnostizierte Gangunsicherheit anbelangt, ist festzustellen, dass Dr. N._____ diese Diagnose am ehesten als durch die eingenommenen Medikamente und Drogen bedingt beurteilte. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers stellte der neurologische Gutachter hinsichtlich Ursache der Gangunsicherheit daher nicht nur eine Vermutung auf, sodass auch kein weiterer Abklärungsbedarf in Bezug auf mögliche Ursachen bestand. Des Weiteren nahm der Gutachter mit hoher Wahrscheinlichkeit an, dass die diskrete Gangunsicherheit durch eine Abstinenz von Heroin gebessert wäre. Von einer reinen Hypothese kann daher ebenfalls keine Rede sein. Darüber hinaus wies Dr. N._____ darauf hin, dass eine Abstinenz von Substanzen wie Heroin eine unabdingbare Voraussetzung für eine Arbeitsfähigkeit sei und die Koordination nach Suchtkarenz und eventueller Medikamentenreduktion beurteilt werden müsste. Die Durchführung weiterer Abklärungen hätte daher zunächst die Abstinenz der erwähnten Drogen und Medikamente bedingt. Der Beschwerdegegnerin ist indes Recht zu geben, dass es nicht Aufgabe des Neurologen war, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, ob es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, den Drogenkonsum aufzugeben. Des Weiteren war der Experte auch nicht der Meinung, dass der Beschwerdeführer die ihm ärztlicherseits verschriebenen Medikamente einfach eigenmächtig absetzen solle. Vielmehr wies er in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der behandelnde Psychiater bzw. Schmerztherapeut entscheiden müsse, ob eine Änderung der Medikation möglich sei. Schliesslich berücksichtigte der Gutachter die medikamentös-toxisch bedingte Gangunsicherheit bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insofern, als dem Beschwerdeführer deswegen Tätigkeiten mit einem hohen Eigen- oder Fremdgefährdungspotential (z.B. auf Gerüste klettern) nicht mehr als zumutbar erachtet

wurden. Da aus rein neurologischer Sicht indes keine Anpassung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit notwendig war, erübrigten sich auch weitere Abklärungen diesbezüglich. Was daran falsch sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht, zumal der Neurologe lediglich eine leichte, diskrete Gangunsicherheit feststellen konnte. Mit der Beschwerdegegnerin ist somit einig zu gehen, dass keinerlei Mängel am neurologischen Teilgutachten erkennbar sind, wovon auch bereits RAD-Arzt Dr. C. _____ mit Stellungnahme vom 30. Juli 2020 (IV-act. 109) ausgegangen ist, hatte er am neurologischen Teilgutachten doch nichts zu beanstanden.

5.3.5 Was die vom Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht geklagten Beschwerden betrifft, kamen die Fachärzte im MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2001 zum klaren Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Erkrankung, nämlich Vorliegen einer akzentuierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1) in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Diese Beeinträchtigung attestierten sie nicht in zeitlicher Hinsicht, wo ihm grundsätzlich eine 100%ige Beschäftigung zugemutet wurde, sondern in qualitativer Beziehung. Aufgrund der infolge der psychischen Erkrankung verminderten sozialen Kompetenzen stellten sie eine um 25 % verminderte Arbeitsleistung fest.

Im Rahmen der Neuanschuldung im Jahr 2017 kamen die möglichen Diagnosen eines Asperger-Syndroms und einer ADHS auf. Damit setzte sich der psychiatrische Teilgutachter des ZIMB Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eingehend auseinander und merkte an, dass im psychopathologischen Befund keine Hinweise auf ein Asperger-Syndrom hätten objektiviert werden können. Zudem hätten sich während der Begutachtung auch keine Hinweise auf eine ADHS ergeben. Angesichts dessen erscheint es nachvollziehbar, wenn er sowohl das Asperger-Syndrom als auch die ADHS lediglich als Verdachtsdiagnose aufgeführt hat, zumal auch der Beschwerdeführer selbst anlässlich der psychiatrischen Begutachtung der Meinung war, dass er nicht an einem Asperger-Syndrom leide. Im Übrigen wies Dr. L. _____ nachvollziehbar daraufhin, dass die aktenkundigen Verdachtsdiagnosen eines Asperger-Syndroms bzw. ADHS keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten, selbst wenn sie sich verifizieren lassen würden, was anlässlich der psychiatrischen Exploration aber gerade nicht der Fall war. Dieser Schlussfolgerung steht auch die Einschätzung von Dr. med. O. _____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Neurologie FMH, nicht entgegen, ging er in seinem Bericht vom 2. August 2016 (IV-act. 47 S. 1 ff.) doch lediglich von einem leicht ausgeprägten Asperger-Syndrom aus und wies darauf hin, dass der

Versicherte auch mit Menschen noch sozial in Kontakt treten könne, er aber Mühe habe im sozialen Verständnis und in der Einfühlung. Angesichts dessen empfahl er keinen Beruf mit Anforderungen an die soziale Kompetenz. Darüber hinaus mass er der Störung indessen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei. Eine Tätigkeit im umgeschulten Beruf (Bürofachdiplom) dürfte die Bedingungen erfüllen, wie sie von Dr. O. _____ beschrieben wurden. Die von Dr. O. _____ beschriebene ADHS in der Kindheit war sodann bereits zum damaligen Zeitpunkt nur noch subsyndromal vorhanden, sodass in der Folge auch diesbezüglich ohnehin nur von einer leichten Ausprägung ausgegangen wurde.

Im Weiteren berücksichtigte der psychiatrische Teilgutachter den Drogenkonsum des Beschwerdeführers und zeigte auf, dass der Konsum deutlich vermindert wurde. Während der Beschwerdeführer in der Vergangenheit noch in erheblichem Umfang THC, Ecstasy sowie Heroin konsumierte und auch verschiedene andere Drogen ausprobierte, nimmt er seit 2005 kein Cannabis mehr, raucht jedoch weiterhin täglich Heroin. Dementsprechend erscheint die Schlussfolgerung des Sachverständigen, wonach die Suchtproblematik nicht mehr so stark im Vordergrund stehe und höchstens zu gewissen Einschränkungen in Bezug auf Tätigkeiten auf Gerüsten, Leitern oder Dächern (aufgrund der Sturzgefahr) führe, schlüssig, zumal auch der Beschwerdeführer nicht aufzeigt, was daran falsch sein sollte.

Darüber hinaus stufte Dr. L. _____ die depressive Symptomatik zum Begutachtungszeitpunkt als gering ausgeprägt ein. Dies erklärte er unter Verweis auf den weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund – es zeigten sich lediglich leichte depressive Beschwerden und eine geringe Verminderung des Kurzzeitgedächtnisses – nachvollziehbar. Dafür sprechen auch die eigenen Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter, wonach es ihm relativ gut gehe. Angesichts dessen erscheint es auch schlüssig, wenn Dr. L. _____ durch die depressiven Beschwerden nur eine geringe Einschränkung objektivieren konnte, sodass er der Störung keinen limitierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beimass. Dennoch stellte er nicht in Abrede, dass die in den Vorberichten beschriebene mittelgradige depressive Episode in der Vergangenheit vorgelegen hat. Er kam aber zum Schluss, dass die vorbestehende depressive Störung erfolgreich behandelt und gegenwärtig remittiert sei. Dementsprechend diagnostizierte Dr. L. _____ eine mittelgradige depressive Episode in Remission (ICD-10 F32.4). Auch diese Schlussfolgerung ist in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration angegeben hat, es gehe ihm, der zuvor ausgesprochen depressiv

gewesen sei, deutlich besser, seit er begonnen habe, das Medikament Fluoxetin in hoher Dosierung einzunehmen, nachvollziehbar. Offensichtlich hat gerade die psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung zu einer Remission der vorbestehenden depressiven Störung geführt. Wie RAD-Arzt J. _____ mit Stellungnahme vom 30. Juli 2020 (IV-act. 110) nachvollziehbar dargelegt hat, erscheint es dabei irrelevant, wie die Remission bewerkstelligt wird. Dementsprechend kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass er hochdosiert mit Fluoxetin behandelt wird, nichts zu seinen Gunsten ableiten und für Dr. L. _____ bestand auch keine Veranlassung, die Medikamenteneinstellung eingehender zu thematisieren bzw. zu kritisieren, wurde mit der Behandlung das Ziel – Remission der psychischen Beeinträchtigung – ja offensichtlich erreicht. Zu den darüber hinaus verabreichten Medikamenten (Quetiapin und Sevre-Long) nahm RAD-Arzt J. _____ am 30. Juli 2020 ebenfalls Stellung; darauf kann verwiesen werden. Dass eine eingehende Auseinandersetzung hierzu im psychiatrischen Teilgutachten fehlt, macht das Gutachten jedenfalls nicht unverwertbar. Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass dem psychiatrischen Teilgutachter gefolgt werden kann, wonach die Ausprägung der depressiven Störung zum Begutachtungszeitpunkt klinisch nicht mehr so relevant gewesen ist, als dass damit eine Arbeitsunfähigkeit hätte begründet werden können.

Mangelhaft ist das psychiatrische Teilgutachten jedoch aus einem anderen Grund. Wie soeben dargelegt, erklärte der Sachverständige zwar in einleuchtender Weise, weshalb die depressive Episode gegenwärtig als remittiert anzusehen sei. Damit anerkannte er, dass die aktenkundig beschriebene mittelgradige depressive Episode in der Vergangenheit vorgelegen hat. Doktor L. _____ unterliess es an dieser Stelle jedoch, sich eingehend mit dem Verlauf der diagnostizierten psychischen Störung auseinanderzusetzen. Insbesondere lassen sich dem Gutachten keine Angaben zur Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit finden. Vielmehr wies der psychiatrische Teilgutachter lediglich pauschal darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahr 2001 unverändert sei. Dabei scheint er aber auch zu verkennen, dass die MEDAS-Gutachter zum damaligen Zeitpunkt aufgrund einer akzentuierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden Zügen immerhin von einer um 25 % verminderten Arbeitsleistung ausgegangen sind, während Dr. L. _____ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annahm. Im gleichen Zusammenhang setzte sich der Sachverständige auch nicht mit der dem Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt attestierten Psychopathologie auseinander. Zudem scheint es widersprüchlich, wenn Dr. L. _____ einerseits von einer Remission

der depressiven Störung ausgeht, andererseits aber pauschal auf eine unveränderte Arbeitsfähigkeit seit 2001 verweist. An dieser Stelle hätte sich der Sachverständige immerhin mit der Frage auseinandersetzen müssen, wann es retrospektiv mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen ist und ob für eine frühere Zeitperiode allenfalls eine Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht bestanden hat. Dies wäre umso wichtiger gewesen, als das Gutachten des ZIMB eigentlich als Grundlage hätte dienen sollen, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung umfassend abzuklären. Insofern lautete auch der Gutachtensauftrag dahingehend, dass der Verlauf nach der letzten MEDAS-Begutachtung aus dem Jahr 2001 beurteilt werden solle. Dem kam der psychiatrische Teilgutachter indes in keinster Art und Weise nach. Insbesondere fehlt eine Auseinandersetzung mit den Vorberichten aus den Jahren 2014 bis 2019, die dem Beschwerdeführer unter anderem auch aufgrund einer rezidivierenden leichten bis mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierten und aus denen eine gewisse Veränderung des Gesundheitszustandes über die Jahre durchaus entnommen werden kann. Insbesondere geht daraus auch hervor, dass eine antidepressive Medikation, infolge dessen sich die depressiven Symptome besserten, erst 2018 installiert werden konnte. Soweit der psychiatrische Teilgutachter des ZIMB mit der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode in Remission nun lediglich den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beurteilt, genügt das genannte Gutachten nicht, um der Beschwerdegegnerin als Entscheidungsgrundlage zu dienen.

5.4 Nachdem sich der psychiatrische Teilgutachter mit der Entwicklung des Gesundheitszustandes und dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit nicht auseinandergesetzt und zu den abweichenden Beurteilungen nicht Stellung genommen und diese gewürdigt hat, kann das Teilgutachten nicht als beweiskräftig eingestuft werden. Angesichts des festgestellten Mangels ist die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit das Gutachten des ZIMB durch die vorgenannte fehlende Auseinandersetzung mit den Berichten der Behandler und dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit ergänzt werden kann. Je nachdem wie die Schlussfolgerung des psychiatrischen Sachverständigen ausfällt, hat er dabei auch der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 Rechnung zu tragen und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Lichte der Indikatoren zu beurteilen.

6. Aus den dargelegten Gründen ist die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung bzw. zu entsprechenden Rückfragen und zum anschliessenden

Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne erweist sich die Beschwerde als begründet und ist gutzuheissen. Nachdem der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall eine ungenügende Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist, erweist sich eine Rückweisung zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung auch unter dem Gesichtswinkel des BGE 139 V 99 E. 1 als rechtmässig, zumal es lediglich darum geht, eine Ergänzung der gutachterlichen Ausführungen einzuholen und der Beschwerdeführer explizit eine Rückweisung an die Vorinstanz beantragt.

7. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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. 3'000.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt wird.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 5. Januar 2021 aufgehoben 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 in der Höhe von Fr. 3'000.– (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 (samt einem Doppel der Eingabe des Beschwerdeführers vom 14. Dezember 2022 inkl. Beilage; Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 19. Dezember 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am