



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Sarah Schneider  
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

URTEIL vom 3. Juni 2024 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_

vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Stephanie C. Elms,  
Industriestrasse 13c, Postfach, 6302 Zug  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Leistungen)

S 2021 99

A. Der 1993 geborene Versicherte, A. \_\_\_\_\_, liess am 10. August 2009 bei der IV-Stelle Zug erstmals die Gewährung von berufsbezogenen Massnahmen beantragen (IV-act. 8). In der Folge durchlief der Versicherte mit Unterstützung der IV-Stelle Zug vom 23. August 2010 bis 14. August 2012 eine erstmalige berufliche Ausbildung als Logistiker, welche er mit dem Eidgenössischen Berufsattest (EBA) erfolgreich abschloss (IV-act. 32, 36). Am 19. Februar 2015 meldete sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Rückenschmerzen, einen Tumor sowie Depression bei der IV-Stelle Zug erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 34). Im Verlauf absolvierte der Versicherte mehrere Massnahmen beruflicher Art (Belastbarkeitstraining und Aufbaustraining; IV-act. 70, 79, 90, 99, 116). Im Februar 2019 erfolgte der Eingliederungsabschluss (IV-act. 124). Im November 2019 bzw. Januar 2020 liess die IV-Stelle Zug den Versicherten bei der SMAB AG St. Gallen polydisziplinär begutachten (IV-act. 162; nachfolgend SMAB-Gutachten). Auf Grundlage des Gutachtens bzw. der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) (IV-act. 166) sprach die IV-Stelle Zug dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Juni 2020 vom 1. Dezember 2015 bis 31. Oktober 2016 eine halbe, vom 1. November 2016 bis 30. April 2017 eine ganze und vom 1. Mai 2017 bis 30. April 2019 eine halbe Invalidenrente zu (IV-act. 172); daran hielt sie mit Verfügungen vom 10. Juni 2021 fest (IV-act. 190, 192-194).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 14. Juli 2021 liess der Beschwerdeführer folgende Anträge stellen:

- "1. Die Verfügungen vom 10.6.2021 seien aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine unbefristete ganze Invalidenrente seit Anspruchsbeginn, zu gewähren.
2. Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Rente nach Gesetz (IVG), namentlich ab 1.12.2015 bis 31.10.2016 mindestens eine Dreiviertelsrente und ab 1.11.2016 bis 30.4.2017 eine ganze Rente und mindestens eine Dreiviertelsrente ab 1.5.2017, d.h. auch über den 30.4.2019 hinaus und für die Zukunft, zu gewähren.
3. Sub-eventuell sei ein erneutes verwaltungsexternes medizinisches Gutachten durch das Gericht durchzuführen.
4. Sub-sub-eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, eine verwaltungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin."

Darüber hinaus liess er ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung stellen (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 15. Juli 2021 bewilligte das Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung (act. 2).

D. Vernehmlassend beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (act. 3).

E. Im Rahmen des weiteren Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. 7, 10).

F. Am 7. November 2023 gab das Gericht Dr. med. B. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, den Auftrag, den Beschwerdeführer psychiatrisch zu begutachten (act. 19). Das entsprechende Gutachten datiert vom 16. Januar 2024 (act. 22). Die Parteien nahmen in der Folge dazu Stellung (act. 31 f., 34).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. 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. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehältlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen). Was sich nach Verfügungserlass zugetragen hat, kann für die Beurteilung nur dann relevant sein, wenn es Rückschlüsse auf den im relevanten Zeitraum (d.h. bis Verfügungserlass) gegebenen Sachverhalt erlaubt (BGE 121 V 362 E. 1b). Die hier angefochtenen Verfü-

gungen ergingen am 10. Juni 2021; die zu beurteilende Beschwerde wurde am 14. Juli 2021 der Post übergeben. Anwendbar sind demnach die ab 1. Januar 2021 gültigen Normen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201).

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Gesetz über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [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 gegeben. Die angefochtenen Verfügungen datieren vom 10. Juni 2021 und sind der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers am 14. Juni 2021 zugegangen (BF-act. 2). Mit der am 14. Juli 2021 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 i.V.m. 38 Abs. 4 lit. a ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung, womit auch den formellen Anforderungen Genüge getan ist (Art. 61 lit. b ATSG; § 62 f. VRG). Auf die Beschwerde ist einzutreten. 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). 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; 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 wel-

chem 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 Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (BGER 8C\_812/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 8.2) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGER 9C\_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hin-

weisen). 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 (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). 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 (BGer 9C\_86/2018 vom 20. August 2018 E. 5.4.1 mit Hinweis).

3.7 Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7). Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil BGer 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Kategorie "funktioneller Schweregrad";
  - Komplex "Gesundheitsschädigung";
    - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde;
    - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz;
    - Komorbiditäten;
  - Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen);
  - Komplex "Sozialer Kontext";
- Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens);
  - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen;
  - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck.

3.8 Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind auch im Rahmen der beruflichen Abklärung erstellte Berichte beizuziehen. Steht die medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zur gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbaren Leistung, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen, was eine klärende medizinische Stellungnahme unabdingbar macht (vgl. BGer 9C\_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2).

3.9 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (BGer 8C\_831/2019 vom 13. Februar 2020 E. 3.2.1).

4. Zur medizinischen und erwerblichen Vorgeschichte ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1 Beim Beschwerdeführer wurde im Sommer 2007 die Diagnose einer thorakalen Hyperkyphose Morbus Scheuermann sowie einer Pectus carinatum gestellt. Doktor med. C. \_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 18. März 2008 davon aus, dass der Gesundheitszustand besserungsfähig sei, versprach sich von medizinischen Massnahmen jedoch keine wesentliche Besserung der Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben. Zur Behandlung wurde das Tragen eines Beckerkorsetts (für mindestens ein Jahr) verordnet (IV-act. 1/33 ff.).

4.2 Vom 9. Januar bis 3. Juni 2009 wurde der Beschwerdeführer in der D. \_\_\_\_\_ stationär behandelt (davor einjährige psychotherapeutische Behandlung durch E. \_\_\_\_\_; danach durch Psychologe lic. phil. F. \_\_\_\_\_). Doktor med. G. \_\_\_\_\_ und dipl. Psych. H. \_\_\_\_\_ stellten insbesondere die Austrittsdiagnosen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) und einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) (IV-act. 9).

4.3 Mit Schreiben vom 10. August 2009 stellte die Mutter des Beschwerdeführers ein Gesuch um Hilfe für eine Ausbildung bei der IV-Stelle Zug. Sie teilte mit, der Beschwerdeführer habe eine schwere Morbus-Scheuermann Skoliose und er habe immer wieder Depressionen. Er sei vom Januar bis und mit Mai 2009 in der D. \_\_\_\_\_ gewesen. Zurzeit besuche er die dritte Oberstufe in I. \_\_\_\_\_ (IV-act. 8).

4.4 Am 13. November 2009 gab RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, an, beim Beschwerdeführer sei Berufsberatung indiziert. Die berufliche Ausbildung und das spätere Erwerbsleben seien durch gesundheitliche Faktoren geschädigt. In erster Linie liege ein psychisches Problem (ADS, rezidivierende Depressionen) vor. Somatisch sei durch die Skoliose die Wirbelsäule minderbelastbar, sodass nur leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten in Frage kämen (IV-act. 12).

4.5 Am 13. Januar 2010 wurde die Kyphose und Skoliose des Beschwerdeführers dorsal korrigiert (IV-act. 26).

4.6 Der Berufsberater kam im Bericht vom 25. Mai 2010 zum Schluss, der Beschwerdeführer bringe grundsätzlich die Voraussetzungen für eine Attestausbildung oder für eine Lehre mit; ausserhalb des geschützten Rahmens sei es für eine solche Ausbildung im Moment jedoch noch zu früh. Sodann beantragte der Berufsberater eine erstmalige berufliche Ausbildung als Logistikpraktiker (EBA) im K. \_\_\_\_\_ vom 23. August 2010 bis 22. August 2012 (IV-act. 23). Die IV-Stelle Zug bestätigte die entsprechende Kostenübernahme am 25. Mai 2010 (IV-act. 25).

4.7 Dem Ausbildungsbericht des K. \_\_\_\_\_ vom 23. August 2012 sowie dem Bericht des Berufsberaters vom 18. September 2012 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Ausbildung als Logistiker (EBA) erfolgreich abschloss (IV-act. 36). Während der Ausbildung hätten keine Probleme mit dem Rücken bestanden; sein psychischer Zustand

unterliege immer wieder Schwankungen. Seine privaten und persönlichen Probleme seien am Arbeitsplatz spürbar, sie führten auch immer wieder zu Absenzen. Die psychische Belastung führe zu einer relativ hohen Krankheitsanfälligkeit. Im Anschluss an die Ausbildung trat der Beschwerdeführer eine 40 %-Stelle (betrieblich bedingt) bei der L. \_\_\_\_\_ an (IV-act. 31 f.). Am 20. September 2012 stellte die IV-Stelle die Kostenübernahme für berufliche Massnahmen – da erfolgreich abgeschlossen – ein (IV-act. 33). Nach ca. eineinhalb Jahren verliess er die L. \_\_\_\_\_; von Januar bis September 2014 arbeitete er bei der M. \_\_\_\_\_ (IV-act. 61/2).

4.8 Im Oktober 2014 wurde beim Beschwerdeführer ein plurihormonales Hypophysenadenom entdeckt; am 25. November 2014 erfolgte die transssphenoidale endoskopische Resektion des Makroadenoms (IV-act. 41/6).

4.9 Am 19. Februar 2015 meldete sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Rückenschmerzen, einen Tumor sowie Depression bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an. Als letzte Haupttätigkeit gab er eine Beschäftigung als Logistiker (100 %) vom 1. Januar bis 30. September 2014 an (IV-act. 34).

4.10 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. N. \_\_\_\_\_, gab im Bericht vom 29. Mai 2015 zuhanden der IV-Stelle Zug folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: rezidivierende depressive Episoden, aktuell schwergradig (ICD-10 F32.2); ADS; juvenile idiopathische Skoliose (aktuell rezidivierende Lumbago mit persistierender Belastungs-Intoleranz); keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass sie einem plurihormonalen atypischen Hypophysenadenom, einem intermittierenden Substanz-Abusus sowie der Amblyopie bei Cateracta congenita und Astigmatismus bei. Eine Tätigkeit als Lagermitarbeiter erachtete sie seit 30. April 2014 als nicht mehr möglich. Sie führte aus, im Frühling 2014 sei der Beschwerdeführer wegen eines Lumbovertebralsyndroms mit Konsultation in der O. \_\_\_\_\_ bei St. n. dorsaler Korrektur der Kyphose und Skoliose sowie multiplen Facettengelenks-Osteotomien am 13. Januar 2010 behandelt worden. Trotz Physiotherapie habe sich ein prolongierter Verlauf gezeigt, weshalb der Patient in der Uniklinik vorgestellt und daraufhin eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule durchgeführt worden sei. Im Rahmen dieser Abklärung sei als Zufallsfund eine Vergrösserung der Hypophyse festgestellt worden. Im Verlauf habe dann das an Grösse zunehmende Hypophysenadenom operiert werden müssen. Da sich die Operation an die Behandlung der Lumbago angeschlossen habe, sei eine längere Arbeitsunfähigkeit resultiert. Hinsichtlich der Hypophyse habe sich glücklicherweise ein komplikationsloser Verlauf eingestellt. Auf-

grund des langen Krankheitsverlaufs sei es zum Verlust des Arbeitsplatzes gekommen. Insgesamt sei dies eine psychisch belastende Situation aufgrund der Arbeitsunfähigkeit. Im Verlauf des Januars 2015 hätten sich zunehmend depressive Symptome eingestellt, welche trotz Gesprächstherapie exazerbiert hätten. Aktuell sei eine psychiatrische Therapie bei Dr. P. \_\_\_\_\_ eingeleitet. Es sei mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit zu rechnen hinsichtlich der Depression und des ADS. Hinsichtlich der Lumbago und St. n. Korrekturoperation der Wirbelsäule werde der Patient einer geregelten Arbeit nachgehen können, jedoch mit Einschränkung, was die körperliche Belastung angehe (IV-act. 41/1 ff.).

4.11 RAD-Arzt Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ erachtete (unter Würdigung der Neuakten) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers als glaubhaft und empfahl das Einholen eines Arztberichtes beim behandelnden Psychiater (Stellungnahme vom 6. Juli 2015; IV-act. 42).

4.12 Im Verlaufsbericht vom 5. August 2015 ging Dr. N. \_\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 47).

4.13 Die Ärzte des R. \_\_\_\_\_ berichteten am 12. Oktober 2015 (Verlaufskontrolle 11 Monate post-operativ), im MRI vom 2. März 2015 habe sich kein Resttumor gezeigt. Aktuell berichte der Patient über eine unverändert reduziertes Wohlbefinden mit depressiver Stimmung, starker innere Unruhe, Tremor und Neigung zu weichem/breiligem Stuhl. Biochemisch zeige sich in etwa ein unverändertes Bild einer milden sekundären Hyperthyreose, bei einem Random-GH von  $<0.05\mu\text{g/l}$  und notwertigem IGF-1 hätten weiterhin keine Hinweise auf einen erneuten klinisch relevanten Wachstumshormonexzess vorgelegen. Zusammenfassend sei von einer sekundären Hyperthyreose beim (im MRI nicht abgrenzbarem) Resttumorgewebe der Hypophyse auszugehen (IV-act. 53/3 ff.).

4.14 Im Bericht vom 7. Dezember 2015 (IV-act. 52) stellte Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Behandler seit 22. September 2015), folgende Diagnosen:

- rezidivierende Depressionen, aktuell mindestens mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) mit stark reaktiver Komponente (Enttäuschung über fehlende Belohnung seiner Anstrengungen, Mangel an Struktur)
- ADHS vom hypoaktiven Typ (ICD-10 F90.0)
- Persönlichkeit mit unreifen und asthenischen Anteilen
- Bekannte Polytoxikomanie

- Somatisch: St. n. Operation eines plurihormonalen Hypophysenadenoms (geplante Re-Operation wegen persistierender Hormonaktivität); Skoliose mit invalidisierenden und berufsgefährdenden Schmerzen

Er empfahl, möglichst früh eine niederschwellige Rückkehr in ein berufsnahes Umfeld im Sinne eines Arbeitstrainings mit begleitender Abklärung der Belastbarkeit anzustreben; die frühere Ausbildungsinstitution halte er grundsätzlich für eine gute Idee (IV-act. 52).

4.15 Doktor N.\_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 12. Januar 2016 von einem verschlechterten Gesundheitszustand beim Beschwerdeführer aus, wobei sich die Depression aktuell verschlechtere. Die Arbeitsunfähigkeit sei unverändert bei 100 % (IV-act. 53/1 ff.).

4.16 Vom 2. bis 3. Februar 2016 war der Beschwerdeführer in der Klinik für Neurochirurgie des R.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Bei Verdacht auf ein Rezidiv des Hypophysenadenoms aufgrund der Symptomatik (Schwitzen, Tremor, Einschlafstörungen, depressive Verstimmung) und labordiagnostischen Untersuchung war eine Operation zur Inspektion der Sella geplant gewesen. Im präoperativen MRI sei erneut kein Resttumorgewebe abgrenzbar gewesen. Da sich die präoperativen Laborwerte zudem normwertig präsentiert hätten und sich somit der Verdacht auf eine sekundäre Hyperthyreose laboranalytisch nicht mehr habe objektivieren lassen, sei die gestellte Indikation zur operativen Inspektion der Sella nicht mehr gegeben gewesen. Zur Abklärung einer allfälligen medikamentösen Ursache der Beschwerden wurde um eine Evaluation der antidepressiven Medikation durch den behandelnden Psychiater gebeten (IV-act. 54).

4.17 Die Ärzte der Klinik für Endokrinologie des R.\_\_\_\_\_ äusserten im Bericht vom 16. Februar [recte wohl: März] 2016 Bedauern darüber, dass die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie die explorative Re-Operation abgesagt hatten. Effektiv müsse davon ausgegangen werden, dass von einem kleinen Resttumor weiterhin eine pathologische TSH-Sekretion ausgehe. Der Patient berichte über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Verunsicherung (IV-act. 55/20 ff.).

4.18 In der Stellungnahme vom 24. März 2016 hielt RAD-Arzt Dr. Q.\_\_\_\_\_ fest, spätestens ab dem Zeitpunkt der erfolgten Resektion des Hypophysen-Adenoms und der konsekutiv verstärkten depressiven Symptomatik sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, während eine solche hausärztlicherseits bereits ab dem 30. April 2014 attestiert werde, was sich indes aufgrund der Akten in diesem Umfang nicht nachvollzie-

hen lasse. Zuletzt hätten von Seiten der orthopädischen Problematik keine Anhaltspunkte bestanden, welche gegen eine weitere Arbeitsfähigkeit als Logistiker sprechen würden, vorausgesetzt, diese Tätigkeit beinhalte keine schweren oder überwiegend mittelschweren Tätigkeiten und oder Arbeiten in Zwangshaltungen und mit Schlägen/Vibrationen auf das Achsenskelett. In einer Verweistätigkeit sei gemäss heutigem Wissensstand keine relevant höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Er schlage die Prüfung beruflicher Massnahmen im Sinne eines eher niederschweligen Arbeitstrainings (Beginn mit 20 bis maximal 30 % mit schrittweise Steigerung auf ein 50 %-Pensum innerhalb von maximal drei Monaten) evtl. mit vorgängigem Triage-Gespräch vor. Dazu schlage er vor, die Massnahme an eine Abstinenz (THC, Kokain, Heroin, MDMA, etc.) zu knüpfen, welche mittels kurzfristig angesagter kontrollierter Urinabgaben/-analysen alle zwei Wochen kontrolliert werden sollte (IV-act. 56).

4.19 Am 18. Mai 2016 erfolgte eine Nachresektion eines nicht klar abgrenzbaren Resttumorgewebes der Hypophyse (IV-act. 157)

4.20 Im Rahmen des Triage-Gesprächs zwischen dem Beschwerdeführer, RAD-Arzt Dr. Q. \_\_\_\_\_ sowie Eingliederungsfachmann Iten vom 13. Juni 2016 wurde die Aktualisierung der medizinischen Akten, die Abklärung von beruflichen Eingliederungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, die Auferlegung einer SMP/MWP im Sinne einer kontrollierten Abstinenz sowie die Fortführung der etablierten fachärztlich psychiatrischen Behandlung beschlossen (IV-act. 61).

4.21 Doktor S. \_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 31. August 2016 beim Beschwerdeführer u.a. von einer aktuell mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F33.1) aus. Dazu führte er aus, seit Dezember 2015 habe sich der psychische Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert. Lange sei unklar gewesen, ob und wann ein erneuter neurochirurgischer Eingriff durchgeführt werde, schliesslich habe ein solcher im Mai 2016 stattgefunden. Die Untätigkeit und blockierte Entwicklung setze dem Patienten zu. Gleichzeitig habe er sich durch die Bereinigung der angeblich endokrinologisch entgleisten Situation eine verbesserte Symptomatik erhofft. Dies sei aber nicht der Fall. Nach einer letzten Sitzung im April 2016 hätten sich die Anschlusstermine bei ihm [Dr. S. \_\_\_\_\_] verzögert, zuerst wegen dem Aufenthalt in der Neurochirurgie und schliesslich insgesamt vier Mal, da er wegen Befindlichkeitsstörungen die Reise in die Praxis nicht habe antreten können. Der Patient leide sehr unter dem Zustand und wäre sehr motiviert, endlich wieder in eine Tagesstruktur zu kommen, sei aber aufgrund einer ausgeprägten depressiven

Symptomatik im Moment dazu kaum in der Lage. Er leide frühmorgens unter Übelkeit, Erbrechen und Bauchkrämpfen, habe einen massiv beeinträchtigten Antrieb, komme meist erst gegen Mittag aus dem Bett, mache sich darüber massive Vorwürfe und finde abends keine Ruhe. Diese bringe mit sich, dass er den Betäubungsmittelkonsum (Cannabis), den er im Sinne einer Selbstmedikation weiterhin betreibe, nicht wie angestrebt reduzieren könne. Der Patient sei hoch motiviert, wieder ein regelmässiges ambulantes Therapiesetting aufzunehmen mit wöchentlichen Sitzungen und Optimierung der Medikation. Ein niederschwelliges Angebot für ein Arbeitstraining im geschützten Bereich wäre aus psychiatrischer Sicht sehr wahrscheinlich bald möglich und würde zu einer besseren Prognose beitragen (IV-act. 67).

4.22 Ein dreimonatiges Belastbarkeitstraining (13. Februar bis 12. Mai 2017) bei der T.\_\_\_\_\_ absolvierte der Beschwerdeführer erfolgreich, weshalb eine Fortsetzung der Integrationsmassnahme resp. ein Aufbaustraining (13. Mai bis 12. November 2017) als angezeigt erachtet wurde, um die Präsenz und die Leistung weiter zu steigern (IV-act. 70 ff.; 79). Im Verlauf des Aufbaustrainings sei ein erfolgreicher Wechsel vom Montage- in den Logistikbereich vollzogen worden. Dabei habe sich gezeigt, dass sich der Beschwerdeführer nach wie vor sehr gut für die Logistik motivieren könne. Auch von der Rückenbelastung her komme eine Tätigkeit als Logistiker in einem eher kleinen Betrieb grundsätzlich in Frage. Der Beschwerdeführer habe allerdings noch keine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % erreicht. Deshalb befürwortete der Eingliederungsspezialist eine Verlängerung des Aufbaustrainings, um dieses Ziel anzustreben und danach berufliche Massnahmen zur Eingliederung als Logistiker starten zu können (IV-act. 86); das Aufbaustraining wurde sodann bis zum 12. Februar 2018 verlängert (IV-act. 90).

4.23 Der Abschlussbericht der T.\_\_\_\_\_ fiel sehr positiv aus; der Beschwerdeführer erreichte im geschützten Rahmen ein Pensum von 55 % (IV-act. 92). Das Arbeitstraining wurde sodann bis zum 12. August 2018 verlängert (IV-act. 94 f.).

4.24 Doktor S.\_\_\_\_\_ berichtete am 8. März 2018 von einem stationären Gesundheitszustand bei unveränderten Diagnose(n); der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers unterliege starken Schwankungen, wobei eine Kombination von psychischen und somatischen Beschwerden immer wieder zu Krisen führen würde; der Beschwerdeführer habe eine sehr hohe Motivation für berufliche Massnahme, kaschiere jedoch psychische und körperliche Beschwerden (IV-act. 97).

4.25 Anlässlich des Triage-Gesprächs vom 3. Juli 2018 zwischen dem Beschwerdeführer, RAD-Arzt Q.\_\_\_\_\_ sowie Berufsberater U.\_\_\_\_\_ wurde folgendes Vorgehen festgelegt: neuerliche psychiatrische Anbindung; Auferlegung MWP/SMP zur kontrollierten Abstinenz; Fortführung berufliche Massnahme. Ferner wurde die Fortsetzung des Arbeitstrainings mit dem Ziel, ein volles Pensum im geschützten Rahmen sowie eine Reduktion der Absenzen zu erreichen, beschlossen (IV-act. 104). Das Arbeitstraining wurde sodann bis zum 12. Februar 2019 verlängert (IV-act. 110).

4.26 Dem Bericht des V.\_\_\_\_\_ (Orthopädie und Traumatologie, Wirbelsäulenchirurgie) vom 19. November 2018 sind folgende Diagnosen zu entnehmen: chronisches panlumbales Schmerzsyndrom bei St. n. Skolioseaufrichtung; kein Nachweis struktureller Segmentdegenerationen. Es werde eine ambulante/stationäre Reha empfohlen, die Integration im 1. Arbeitsmarkt sei das Ziel, wobei auf das Tragen von schweren Lasten über 8 kg und forcierte Rotations- und Inklinationsbewegungen verzichtet werden müsse (IV-act. 120/2 f.).

4.27 Dem Bericht der W.\_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2019 (interdisziplinäre Schmerzsprechstunde) ist namentlich die Diagnose eines chronischen panlumbalen Schmerzsyndroms bei St. n. Skoliose-Aufrichtung zu entnehmen. Bei dieser müssten zum aktuellen Zeitpunkt die bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren als stressverstärkend gewertet werden. Neben einem wenig stützendem sozialen Umfeld erlebe der Patient das laufende IV-Verfahren als Stressor (IV-act. 123).

4.28 Im Abschlussbericht der T.\_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019 wurde ausgeführt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei nach wie vor instabil; es habe viele Absenzen aufgrund körperlicher sowie psychischer Beschwerden gegeben; der Beschwerdeführer sei grundsätzlich sehr motiviert, die Arbeit leide aber aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen. Der Beschwerdeführer habe nach Hause geschickt werden müssen, da die Schmerzen zu stark gewesen seien bzw. habe davon abgehalten werden müssen, zur Arbeit zu kommen. Es bestehe ein grosser Arbeitswille, indes sei schnell eine körperliche Reaktion auf die Pensumserhöhung feststellbar gewesen; eine Pensumserhöhung (mehr als 50 bzw. 60 %) sei nicht möglich; eine Integration in den 1. Arbeitsmarkt erscheine aktuell nicht möglich bzw. realistisch; das Potenzial sei aber hoch (geschützter Rahmen plus Rente aber vorerst sinnvoll) (IV-act. 122).

4.29 Im Verlaufsbericht vom 27. Februar 2019 ging Dr. S. \_\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheitszustand aus bei den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig chronifizierte depressive Episode (ICD-10 F33.1), ADHS vom hypoaktiven Typ (ICD-10 F90.0), einer Persönlichkeit mit unreifen und emotional instabilen Anteilen (DD: andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung und chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8), St. n. multiplem Substanzgebrauch, zuletzt Cannabismissbrauch, gegenwärtig kontrollierte Abstinenz (ICD-10 F19.20). Der Verlauf sei stark schwankend; eine Druckzunahme führe zu einer Beschwerdezunahme; es bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen (wohl 50 %), mittelfristig sei keine verwertbare Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu erwarten (IV-act. 126).

4.30 In der Stellungnahme vom 14. Mai 2019 resümierte RAD-Arzt Dr. Q. \_\_\_\_\_, es beständen keine somatischen Beeinträchtigungen, die eine dauerhafte Einschränkung der Leistungsfähigkeit (leidensangepasst) zu begründen vermögen, weshalb er eine psychiatrische Einschätzung durch RAD-Arzt X. \_\_\_\_\_ vorschlage (IV-act. 134). RAD-Arzt X. \_\_\_\_\_ schlug am 15. Juli 2019 eine verwaltungsexterne polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers vor (IV-act. 137).

4.31 Im November 2019 bzw. Januar 2020 liess die IV-Stelle Zug den Versicherten bei der SMAB AG St. Gallen polydisziplinär begutachten (IV-act. 162). Die Gutachter gingen in der Konsensbeurteilung aufgrund der Diagnosen eines Lumbalsyndroms, einer leichten depressiven Episode [ICD-10] F32.0, einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität [ICD-10] F98.8 sowie leichter neuropsychologischer Störungen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit seit Juni 2014 aus. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bezifferten die Gutachter im Gutachtenszeitpunkt auf 100 %. Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit führten sie aus, seit Juni 2014 werde zunächst von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Der erste psychiatrische Bericht von Dr. S. \_\_\_\_\_ sei von Dezember 2015 und es werde in diesem Bericht von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode [ICD-10] F33.1 ausgegangen, sodass ab diesem Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von ungefähr 50 % im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden könne. Im August 2016 werde gemäss dem behandelnden Psychiater von einer Zustandsverschlechterung mit mittel- bis schwergradiger depressiver Episode ausgegangen, sodass ab diesem Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit mit ungefähr 30 % eingeschätzt werde. Ab Februar 2017 habe der Versicherte das Belastbarkeitstraining und im Anschluss auch

das Aufbau- und Arbeitstraining bis zu einem 50 %-Pensum aufnehmen können, sodass im Verlauf von einer Besserung des psychischen Zustandsbildes mit wiederum einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, wobei der genaue Zeitpunkt retrospektiv nicht mehr genau festgestellt werden könne. Ab wann von der aktuellen diagnostischen Einschätzung und damit einhergehend der aktuellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, sei retrospektiv ebenso nicht mehr genau festzulegen. Zusätzlich sei nach den Hypopyhsen-Operationen vom 25. November 2014 und 18. Mai 2016 jeweils von einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen postoperativ auszugehen (IV-act. 162/13).

4.32 RAD-Arzt X. \_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 27. Februar 2020 aus, das Gutachten entspreche sowohl formal als auch inhaltlich den Qualitätsansprüchen, welche man von einem versicherungsmedizinischen Gutachten erwarten könne. Die Schlussfolgerungen der Gutachter seien nachvollziehbar. In einer adaptierten Tätigkeit sei von Juni 2014 bis November 2015 eine 100%ige, von Dezember 2015 bis Juli 2016 eine 50%ige (aufgrund Attest Dr. S. \_\_\_\_\_ bei mittelgradiger depressiver Störung), von August 2016 bis Januar 2017 eine 0 %ige (aufgrund Attest Dr. S. \_\_\_\_\_ bei mittel- bis schwergradiger depressiver Störung), von Februar 2017 bis Januar 2019 eine 50%ige (mit Beginn des Belastbarkeitstraining) und ab Februar 2019 eine 100%ige (sukzessive Verbesserung bis spätestens zum Zeitpunkt der Begutachtung im November 2019; aus RAD-Sicht seit Ende der beruflichen Massnahmen) Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht seien alle Tätigkeiten mit gleichbleibenden Abläufen, wenig Zeitdruck, mit der Möglichkeit für regelmässige kurze Pausen und ohne Schicht- und Nachtdienst zumutbar (IV-act. 166).

4.33 Am 28. August 2020 nahm Dr. S. \_\_\_\_\_ zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung und fasste zusammen, dass dieses aus seiner Sicht als unvollständig, einseitig und fehlerhaft eingeschätzt werde. Zur Beurteilung des Rentenanspruchs sei auf seinen Verlaufsbericht vom 27. Februar 2019 [IV-act. 126] abzustellen (IV-act. 179).

4.34 Doktor med. Y. \_\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine Autismus Spektrum Störung im Sinne von Pathologic Demanding Avoidance Syndrome (PDAS) ICD-10 F84.0 sowie ADHS des Erwachsenenalters (Bericht vom 7. Oktober 2020; IV-act. 185).

4.35 Am 12. März 2021 nahm die Gutachterstelle durch Dr. med. Z.\_\_\_\_\_ und Herrn AA.\_\_\_\_\_ zur Stellungnahme von Dr. S.\_\_\_\_\_ vom 28. August 2020 und zum Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2020 Stellung; an der Beurteilung gemäss Gutachten wurde festgehalten (IV-act. 188).

5. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert oder aufgehoben, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im neuen Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4; BGer 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen). Obwohl sich der Beschwerdeführer bereits 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hatte, wurde sein Anspruch auf eine Invalidenrente erstmals nach der Anmeldung im Jahr 2015 mit einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs materiell geprüft. Somit ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren unabhängig von revisionsrechtlichen Gesichtspunkten zu prüfen (IV-act. 40).

5.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich auf Grundlage des vorstehend referierten zusammengefasst Folgendes: Der Beschwerdeführer leidet namentlich unter einem belastungsabhängigen zervikal- und pseudoradikulären Lumbalsyndrom rechts bei Status nach dorsaler Spondylodese von BWK 4-LWK 2 vom 13. Januar 2010 aufgrund einer linkskonvexen thorakalen Skoliose. In psychosomatischer Hinsicht wurden beim Beschwerdeführer insbesondere depressive Störungen (unterschiedlicher Ausprägung) und eine Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert.

5.2 Unbestritten und aufgrund der Akten nachvollziehbar ist, dass der Beschwerdeführer vor allem aufgrund der somatischen Beschwerden seit Juni 2014 in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Angesichts der verspäteten Anmeldung im Februar 2015 kann ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers frühestens ab August 2015 bestehen (vgl. E. 3.1).

5.3 Umstritten ist der Bestand resp. der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nach Ablauf des Wartejahres aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen.

5.3.1 Die IV-Stelle Zug stützte sich bei ihrem Rentenentscheid auf das SMAB-Gutachten vom 11. Februar 2020 (IV-act. 162) resp. die RAD-Stellungnahme vom 27. Februar 2020 (IV-act. 166).

5.3.2 Der Beschwerdeführer liess zur Begründung seiner Anträge mit Hinweis auf die Ergebnisse der beruflichen Massnahmen sowie die Einschätzungen der behandelnden Ärzte einwenden, er sei auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Zudem komme dem SMAB-Gutachten namentlich mangels Nachvollziehbarkeit (betreffend Steigerung der Leistungsfähigkeit) und Berücksichtigung der Ergebnisse der beruflichen Massnahmen kein Beweiswert zu (act. 1, 31).

5.3.3

5.3.3.1 RAD-Arzt Dr. Q. \_\_\_\_\_ ging am 24. März 2016 spätestens ab dem Zeitpunkt der erfolgten Resektion des Hypophysen-Adenoms (25. November 2014) und der konsekutiv verstärkten depressiven Symptomatik von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Doktor S. \_\_\_\_\_ ging am 31. August 2016 von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode aus; der psychische Gesundheitszustand habe sich seit Dezember 2015 – lange Unklarheit, ob ein erneuter neurochirurgischer Eingriff durchgeführt werde – verschlechtert. Auch durch die Bereinigung der angeblich endokrinologisch entgleisten Situation sei indes keine Verbesserung der Symptomatik eingetreten. Im Rahmen der Integrationsmassnahmen von Februar bis November 2017 habe sich gezeigt, dass von der Rückenbelastung her (gar) eine Tätigkeit als Logistiker in einem kleinen Betrieb grundsätzlich in Frage komme; eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 50 % sei indes noch nicht erreicht worden. Im März 2018 ging Dr. S. \_\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen von einem stationären, stark schwankenden Gesundheitszustand aus; die Kombination von psychischen und somatischen Krisen führten immer wieder zu Krisen. Der Beschwerdeführer kaschiere seine psychischen und körperlichen Beschwerden (was auch im Bericht der T. \_\_\_\_\_ vermerkt wurde). Doktor Q. \_\_\_\_\_ äusserte im Rahmen des Triage-Gesprächs vom Juli 2018, aufgrund des Suchtmittelkonsums lasse sich zur psychischen Situation nur eine begrenzte Aussage machen. Nach erneutem Arbeitstraining vom August 2018 bis Februar 2019 berichteten die Berufsfachleute im Januar 2019 von einem nach wie vor instabilen Gesundheitszustand, vielen Absenzen aufgrund körperlicher sowie psy-

chischer Beschwerden bei grundsätzlich hoher Motivation; eine Integration in den 1. Arbeitsmarkt erscheine aktuell nicht möglich. Doktor S. \_\_\_\_\_ ging Ende Februar 2019 namentlich bei der Diagnose einer rezidivierenden Störung, gegenwärtig chronifizierte depressive Episode, von einem stationären Gesundheitszustand aus, der nur eine Teilarbeitsfähigkeit (wohl 50 %) im geschützten Rahmen zulasse. RAD-Arzt X. \_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom Juli 2019 fest, ein Suchtverhalten sei kein Thema mehr; entgegen der Erwartungen habe auch im geschützten Rahmen keine ausreichende Arbeitsfähigkeit bewerkstelligt werden können. Die psychiatrische Gutachterin der SMAB, Dr. med. AB. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, kam zum Schluss, zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung sei beim Beschwerdeführer aufgrund der nur leicht ausgeprägten depressiven Symptomatik bei einem weitgehend unauffälligen Aktivitätenniveau von einer leichten depressiven Episode, differentialdiagnostisch aufgrund der Unterlagen mit erstmals 2009 diagnostizierter depressiver Episode, auszugehen. Differentialdiagnostisch müsse stattdessen aber auch das Vorliegen lediglich einer Dysthymia diskutiert werden, insbesondere da die gemäss ICD-10 für die Diagnose einer leichten depressiven Episode mindestens zwei geforderten Zentralkriterien beim Beschwerdeführer nur fraglich in ausreichendem Schweregrad erfüllt gewesen seien. Somit habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf gebessert und von einer chronifizierten depressiven Episode könne nicht ausgegangen werden. Zudem seien die therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der depressiven Episode noch nicht ausreichend ausgeschöpft und die Medikation könne noch optimiert werden (IV-act. 162/81, 84).

5.3.3.2 Die SMAB-Gutachter resp. Dr. AB. \_\_\_\_\_ und der RAD orientierten sich bis zum Beginn der beruflichen Massnahmen im Februar 2017 an den Einschätzungen resp. Diagnosen des behandelnden Psychiaters Dr. S. \_\_\_\_\_ (50%ige bzw. 30%ige Arbeitsfähigkeit). Mit Erreichen eines 50 %-Pensums an einem geschützten Arbeitsplatz gingen die Gutachter indes von einer Besserung des psychischen Zustandsbildes mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit (auf dem 1. Arbeitsmarkt) aus. Den genauen Zeitpunkt des Erreichens einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer (den psychischen Beeinträchtigungen) angepassten Tätigkeit konnten die Gutachter nicht mehr genau feststellen. RAD-Arzt X. \_\_\_\_\_ ging ab Februar 2019 (Ende der beruflichen Massnahmen) vom Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus.

Dass der Beschwerdeführer schon früh unter psychischen Beeinträchtigungen gelitten hat, ist unbestritten. Zwar ist erstellt, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Integrationsmassnahmen sehr motiviert gezeigt und sehr positive Rückmeldungen

erhalten hat. Indes stellten die Berufsfachleute fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund insbesondere auch seiner psychischen Beschwerden (noch) nicht in der Lage war, mehr als ein 50 %-Pensum zu leisten, geschweige denn einen Arbeitsversuch im ersten Arbeitsmarkt zu starten. Die einzigen echtzeitlichen medizinischen Stellungnahmen – vor und nach den Integrationsmassnahmen – stammen von Dr. S. \_\_\_\_\_. Dieser legte unter Berücksichtigung des Verlaufs der beruflichen Massnahmen dar, weshalb er bei einer mittelgrad bis schweren resp. chronifizierten depressiven Störung maximal von einer Teilarbeitsfähigkeit (im geschützten Rahmen) ausging.

Weshalb vom Erreichen eines 50 %-Pensums im Rahmen einer beruflichen Massnahme resp. aufgrund der Tatsache, dass *im Zeitpunkt der Begutachtung* lediglich von einer leichten depressiven Episode (bzw. gar nur einer Dysthymia) ausgegangen werden muss, seit Beginn der beruflichen Massnahmen im Februar 2017 und entgegen der davor offenbar grundsätzlich nachvollziehbaren Einschätzungen des behandelnden Psychiaters auf eine stetige Verbesserung der psychischen Zustandsbildes und mithin auf eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit (bis auf 100 %) zu schliessen ist, leuchtet nicht ein und wird auch nicht genauer dargetan. Diametral entgegen steht dieser Einschätzung der Bericht von Dr. S. \_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2019, der unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Integrationsmassnahmen von einer (die Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt ausschliessenden) chronifizierten depressiven Störung ausging. Namentlich auch der – von den Gutachtern nicht kommentierte bzw. im Aktenauszug gar nicht enthaltene – Abschlussbericht der T. \_\_\_\_\_ vom 15. Januar 2019 steht der Einschätzung der Gutachter resp. des RAD klar entgegen.

Im Ergebnis liegen mit dem Beschwerdeführer konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des SMAB-Teilgutachtens (und mithin auch der RAD-Stellungnahme vom 27. Februar 2020) vor, weshalb diesem keine Beweiskraft zuerkannt und auf dieses nicht abgestellt werden kann (vgl. E. 3.6). Ob die SMAB-Gutachterin eine rechtsgenügende Indikatorenprüfung vorgenommen hat, kann bei dieser Sachlage offenbleiben. Gleichzeitig kann indes namentlich auch nicht unbesehen auf die Einschätzung von Dr. S. \_\_\_\_\_ abgestellt werden, gilt es doch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Fachärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.6), wobei hier zudem zumindest diskutabel erscheint, ob der Beweiswert seiner Berichte nicht auch insofern geschmälert ist, als eine Interessenwahrung für seinen Patienten gegenüber der Versicherung nicht von der Hand zu weisen ist (vgl. BGer 8C\_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1). Dementsprechend

wurde in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes gerichtseits eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers bei Dr. B. \_\_\_\_\_ in Auftrag gegeben.

#### 5.3.4

5.3.4.1 Doktor B. \_\_\_\_\_ begutachtete den Beschwerdeführer am 22. Dezember 2023. Im Gutachten vom 16. Januar 2024 stellte der Arzt die Diagnosen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.1, sowie aktenanamnestisch ADHS, depressive Phasen, intermittierender Substanzabusus, Verdacht auf psychosomatische Störung, chronische Schmerzstörung, leichte neuropsychologische Störung, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine Autismus Spektrum Störung im Sinne eines Pathological Demand Avoidance Syndrome. Beurteilend führte er aus, aus der (eigenen) Diagnose müsse zwingend abgeleitet werden, dass eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sicher seit dem Eintritt ins Erwerbsalter nicht gegeben gewesen sei (act. 22).

5.3.4.2 Die IV-Stelle führte aus, die im Gutachten gestellte Diagnose der schizoiden Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.1 und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ständen de facto diametral der von der Gutachterin Dr. AB. \_\_\_\_\_ im SMAB-Teilgutachten gestellten Diagnosen sowie deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt entgegen. Diese sei von Psychiatrie-Facharzt Dr. Z. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 12. März 2021 ausdrücklich und mit nachvollziehbarer Begründung bestätigt worden. Auch der erfahrene RAD-Psychiater X. \_\_\_\_\_ habe das Teilgutachten von Dr. AB. \_\_\_\_\_ als nachvollziehbar und die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung für die Beweiskraft und Verwertbarkeit medizinischer Gutachten in der Invalidenversicherung geforderten Kriterien erfüllend erachtet. Damit liege nun eine Art "Patt-Situation" vor. Es verbiete sich jedoch, unbesehen auf das Gerichtsgutachten abzustellen, zumal dieses Mängel aufweise, welche ein vorbehaltloses Abstellen darauf nicht zuliesse. So habe sich der Gutachter zu wenig mit dem Gutachten von Dr. AB. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt, relativ einseitig fremdanamnestisch abgeklärt und sich viel zu wenig mit den erheblichen Diskrepanzen zwischen seinen eigenen Feststellungen zum Tagesablauf bzw. den Freizeitaktivitäten des Versicherten und den entsprechenden Ausführungen im Teilgutachten von Dr. AB. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt; auch fehlten genügende Erklärungen zu den Diskrepanzen bei der Diagnosestellung (act. 32).

5.3.4.3 Der Beschwerdeführer machte zusammengefasst geltend, die Expertise von Dr. B. \_\_\_\_\_ sei voll beweiskräftig, weshalb darauf abzustellen und ihm eine unbefristete ganze Invalidenrente seit Anspruchsbeginn zuzusprechen sei (act. 31).

5.3.4.4 Soweit sich die IV-Stelle (weiterhin) auf die Einschätzung der SMAB-Gutachterin Dr. AB. \_\_\_\_\_ resp. des RAD beruft, ist auf die vorstehende E. 5.3.3.2 zu verweisen, wonach mangels Nachvollziehbarkeit darauf nicht abgestellt werden kann. Im Gegensatz dazu erfüllt das Gutachten des Dr. B. \_\_\_\_\_ die höchstrichterlichen Anforderungen an einen beweiskräftigen Arztbericht vollumfänglich. Die Expertise erging in Kenntnis der relevanten Vorakten und beruht auf einer persönlichen psychiatrischen Untersuchung. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation (mit nachvollziehbarer Diagnosestellung) ein und die Schlussfolgerungen des Gerichtsgutachters vermögen hinsichtlich der Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mit Blick sowohl auf die dargelegten symptomatischen Fähigkeitsstörungen als auch auf die Auseinandersetzung mit den massgeblichen Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 in Korrelation zum Ausmass der attestierten Arbeitsunfähigkeit zu überzeugen. Die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit deckt sich denn auch mit den vor und während der Eingliederung gemachten beruflichen Erfahrungen.

Was die Beschwerdegegnerin dagegen einwendet, verfährt nicht: Zunächst ist festzuhalten, dass unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit aus einer Diagnose allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen resultiert (BGer 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 6). Dass Dr. B. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten zu einer anderen Diagnose kam als Dr. AB. \_\_\_\_\_, schadet dessen Beweiskraft also unbestrittenermassen nicht. Entscheidend ist, ob die Diagnosestellung bzw. die daraus resultierende Beeinträchtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit und deren zeitlicher Verlauf nachvollziehbar erörtert wurden.

Doktor B. \_\_\_\_\_ führte auf Grundlage der persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung einschliesslich der aktuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers und mithin nachvollziehbar aus, weshalb bei diesem – entgegen der Einschätzung der Dr. AB. \_\_\_\_\_ – nicht von einer (100%igen) Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (auf dem 1. Arbeitsmarkt) ausgegangen werden könne bzw. seit Eintritt ins Erwerbsalter nie eine solche bestanden habe. Es leuchtet nicht ein, was der Gerichtsgutachter vertieft hätte diskutieren und erklären müssen, wenn er auf Basis der Vorakten und der persönlichen Begutachtung des Beschwerdeführers zu einer anderen Einschätzung gekommen war als Dr. AB. \_\_\_\_\_. Der eigentliche Auftrag des Dr. B. \_\_\_\_\_ bestand denn auch nicht darin, die Beweiskraft des

Teilgutachtens der Dr. AB. \_\_\_\_\_ zu prüfen (BGE 140 V 193 E. 3.2; vgl. auch VGer ZG S 2022 14 vom 10. Mai 2024 E. 8.2). In Übereinstimmung mit dem Gericht (vgl. E. 5.3.3.2) bemängelte er aber jedenfalls zu Recht, dass er nicht nachvollziehen könne, weshalb Dr. AB. \_\_\_\_\_ den Widerspruch der von ihr attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und der gescheiterten Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % in einem geschützten Rahmen nicht thematisiert habe.

Wenn die IV-Stelle sodann kritisiert, der Gerichtsgutachter habe einseitig fremdanamnestisch abgeklärt resp. Dr. AB. \_\_\_\_\_ nicht kontaktiert, ist Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdegegnerin forderte die Gutachterstelle zu einer Stellungnahme namentlich zu den Einwänden des Dr. S. \_\_\_\_\_ auf. Die entsprechende Stellungnahme wurde von Dr. med. Z. \_\_\_\_\_ und Herrn AA. \_\_\_\_\_ erstellt, da Dr. AB. \_\_\_\_\_ zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bei der Gutachterstelle beschäftigt war. Vor diesem Hintergrund ist einerseits festzustellen, dass es die IV-Stelle offenbar selbst nicht für nötig erachtete, die Verfasserin des Teil-Gutachtens persönlich zu den Einwänden insbesondere des behandelnden Psychiaters Stellung nehmen zu lassen. Andererseits ist nicht ersichtlich, welchen Mehrwert es gehabt hätte, wenn Dr. B. \_\_\_\_\_ Dr. AB. \_\_\_\_\_ kontaktiert hätte, ging deren Einschätzung doch aus dem Teil-Gutachten hervor und hatte sie abgesehen von der Begutachtung doch keine weiteren Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer gemacht; eine entsprechende Diskussion hätte höchstens akademischen Wert gehabt. Dazu ist zu wiederholen, dass Dr. B. \_\_\_\_\_ den Auftrag hatte, eine unabhängige Einschätzung zu den medizinisch entscheidungswesentlichen Punkten abzugeben. Indem er die Mutter, den Werkstatteleiter und den behandelnden Psychiater kontaktierte, hat er sich an diejenigen Dritten gewandt, die aktenkundig im höchsten Regelmässigkeitsgrad mit dem Beschwerdeführer zu tun haben, wobei sie das durch das Studium der Vorakten und die persönliche Begutachtung gewonnene Bild des Experten lediglich komplettieren sollten.

Soweit die IV-Stelle schliesslich bemängelt, der Gerichtsgutachter habe sich zu wenig mit den erheblichen Diskrepanzen zwischen seinen eigenen Feststellungen zum Tagesablauf resp. den Freizeitaktivitäten und denjenigen der Dr. AB. \_\_\_\_\_ auseinandergesetzt, ist auch hier zunächst festzuhalten, dass es nicht die Aufgabe des Gutachters war, die (medizinische) Sachverhaltsfeststellung und -würdigung der Dr. AB. \_\_\_\_\_ zu überprüfen bzw. zu belegen, dass deren Feststellungen falsch resp. seine eigenen überzeugender sind. Der Gerichtsgutachter stellte die Aktivitäten des Beschwerdeführers anhand der Vorakten und aufgrund seiner Befragung im Rahmen der Indikatorenprüfung fest und erblickte in der Lebenssituation des Beschwerdeführers bei namhaften Sozialkontakten einzig zu

wenigen Familienangehörigen, Verlust der Freundin, zunehmend seltener werdenden Freizeitaktivitäten und einer eigenen Haushaltsführung nur mit grossem Aufwand, eine Kümmerexistenz. Dass Dr. AB.\_\_\_\_\_ die Umstände (im Zeitpunkt der Beurteilung) anders würdigte, ist legitim, vermag an der Beweiskraft des Gerichtsgutachtens aber nichts zu ändern. Der Vollständigkeit halber ist diesbezüglich festzuhalten, dass der im SMAB-Teilgutachten beschriebene Tagesablauf resp. die Freizeitaktivitäten auf den ersten Blick durchaus auf gewisse Ressourcen schliessen lassen. Doktor AB.\_\_\_\_\_ hielt aber auch fest, dass der Beschwerdeführer zwei oder drei Kollegen habe, jedoch aktuell eher selten Kontakt mit diesen habe; es sei für den Beschwerdeführer schwierig, dass im Vergleich zu ihm alle Geld verdienen würden und deswegen etwas unternehmen könnten; er sei eigentlich lieber für sich allein und ziehe sich immer noch sozial etwas zurück; die Wochenstruktur mit Sauna- und Fitnessstudio-Besuch, Basketball-Spielen und dem Besuchen der Grossmutter sei mit dem Psychiater – und mithin im Sinne einer Therapiemassnahme – erarbeitet worden; zur Haushaltsführung müsse er sich auch mit Hilfe der Mutter überwinden (IV-act. 162/75 f.).

Im Übrigen legt die Beschwerdegegnerin nicht dar, inwiefern der Gerichtsgutachter *seine* Einschätzungen ungenügend begründet haben soll.

Bei diesem Ergebnis und angesichts der Richtlinien zur Beweismässigkeit, wonach das Gericht praxismässig nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten abweicht (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2, 135 V 465 E. 4.4), ist auf die Expertise des Dr. B.\_\_\_\_\_ abzustellen. Beim Beschwerdeführer ist spätestens seit dem Lehrabschluss im Jahr 2012 eine überdauernde Arbeitsfähigkeit in keiner Form der Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt gegeben; der Beschwerdeführer ist dauernd 100 % arbeitsunfähig ausserhalb eines geschützten Arbeitsplatzes (act. 22 S. 17). Demnach ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2015 (vgl. E. 5.2) basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde.

6.

6.1 Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensaufwand angemessen erscheint.

6.2 Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin Rechtsanwältin Stephanie C. Elms eine angemessene Prozessentschä-

digung zu bezahlen. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Rechtsvertreterin macht gemäss Honorarnote vom 6. Mai 2024 (act. 36) einen Arbeitsaufwand von 28,7 Stunden, eine Auslagenpauschale von 3 % (Fr. 241.10) und Mehrwertsteuer (Fr. 625.55) geltend. Zu entschädigen ist grundsätzlich nur der notwendige Aufwand. Der veranschlagte Aufwand von über 15 Stunden für das Verfassen der (im Wesentlichen die Punkte des Einwands enthaltenden) Verwaltungsgerichtsbeschwerde und der Replik im Umfang von sechs Seiten erscheint als zu hoch. Dem Gericht erscheint ein diesbezüglicher Gesamtaufwand von acht Stunden als angemessen. Darüber hinaus kann namentlich für den Aufwand im Zusammenhang mit dem Gutachten (insbesondere: Ergänzungsfragen, Studium Gutachten, Stellungnahme, Studium Stellungnahme Beschwerdegegnerin), dem Studium und der Besprechung der verfahrensleitenden Verfügungen sowie der Besprechung dieses Urteil ein Gesamtaufwand von sieben Stunden angerechnet werden. Administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung, interne Strategiebesprechungen und namentlich die Telefonate mit dem behandelnden Psychiater können nicht berücksichtigt werden. Bei einem praxisgemässen Stundenansatz für Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte von Fr. 250.– und einem zu berücksichtigenden Stundenaufwand von insgesamt 15 Stunden sowie unter Anrechnung einer Auslagenpauschale von Fr. 112.50 (3 %) resultiert ein Total von Fr. 3'862.50 bzw. inkl. MWST Fr. 4'164.–.

6.3 Zur Frage nach der Kostentragung des psychiatrischen Gerichtsgutachtens ist festzuhalten, dass die gerichtlichen Abklärungskosten der Verwaltung auferlegt werden können, wenn ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Dies ist unter anderem dann der Fall, wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1; 139 V 469 E. 4.4 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung holt die kantonale Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Nach Einsicht in die Rechtsschriften der Parteien sowie die medizinischen Vorakten gelangte das Gericht zur Auffassung, dass ein psychiatrisches Gutachten einzuholen ist

(E. 5.3.3.2). Der Gerichtsgutachter gelangte in schlüssiger Weise zu einer von Dr. AB.\_\_\_\_\_ abweichenden Einschätzung. Entsprechend kann auf das Gutachten von Dr. AB.\_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden. Damit sind die rechtsprechungsgemässen Anforderungen erfüllt, welche es rechtfertigen, der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten zu überbinden. Doktor B.\_\_\_\_\_ stellte dem Gericht für seine Expertise Fr. 3'000.– in Rechnung (act. 30). Die Beschwerdegegnerin ist entsprechend zu verpflichten, dem Gericht die Auslagen für das Gerichtsgutachten im Umfang von Fr. 3'000.– zu ersetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtenen Verfügungen vom 10. Juni 2021 aufgehoben werden und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der unentgeltlichen Rechtsbeiständin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, eine Parteientschädigung von Fr. 4'164.– (inkl. MWST) zu bezahlen.
4. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 3'000.– zu erstatten.
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
6. Mitteilung an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), die IV-Stelle des Kantons Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, sowie im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 3. Juni 2024

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am