



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richterinnen: Dr. iur. Diana Oswald, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Ersatzrichterin lic. iur. Judith Fischer
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

U R T E I L vom 29. November 2024 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführer

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Josef Flury, Hoerner Flury Sperl,
Grendelstrasse 5, 6004 Luzern

gegen

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

Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung

(Rente)

S 2022 38

A.

A.a. Der 1966 geborene A. _____, angelernter Schweisser, meldete sich nach einem am 28. Juli 2006 in _____ stattgehabten Selbstunfall mit dem Auto im März 2007 unter Verweis auf ein Schleudertrauma, heftige Schmerzen und Depressionen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-act. 1, 4 S. 30). Die SUVA hatte im Zusammenhang mit dem Unfall zunächst Leistungen erbracht, die sie indes per 30. November 2007 mangels Unfallkausalität der weiterhin geklagten Beschwerden einstellte (vgl. zuletzt Einspracheentscheid der SUVA vom 8. Oktober 2010 [IV-act. 73], bestätigt mit VGer ZG S 2010 178 vom 23. August 2012 sowie BGer 8C_836/2012 vom 31. Januar 2013).

A.b. Die IV-Stelle traf ihrerseits erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. B. _____ ein (Expertise vom 10. Juli 2008, IV-act. 29). Gestützt darauf stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. September 2008 eine ganze Rente ab 1. Juli 2007 sowie eine halbe Rente ab 1. Oktober 2008 in Aussicht (IV-act. 33). Im Rahmen des Einwandverfahrens holte sie weiter einen Bericht der Klinik C. _____ ein über eine stationäre Behandlung zum Opia-tentzug zwischen dem 25. November und dem 19. Dezember 2008 (IV-act. 47). Die IV-Stelle leistete sodann Kostengutsprache für ein Belastungstraining bei D. _____ zwischen dem 15. April und dem 14. Juli 2009 (IV-act. 51 f.). Per 31. Mai 2009 musste die Integrationsmassnahme jedoch mangels Leistung und Präsenz abgebrochen werden (IV-act. 60 ff.). Mit Verfügung vom 26. Mai 2009 sprach die IV-Stelle dem Versicherten entsprechend ihrem Vorbescheid ab 1. Juli 2007 bis 30. September 2008 gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte eine ganze sowie ab 1. Oktober 2008 gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine halbe IV-Rente zu (IV-act. 59).

A.c. Im Rahmen einer ordentlichen Revision durch die Invalidenversicherung erfolgte eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung bei Dr. med. E. _____ (Expertise vom 31. August 2012). Gestützt hierauf wurde die bisherige Rente unverändert weiterhin ausgerichtet. Mit Schreiben vom 11. März 2015 liess der Versicherte erstmals eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands sowie einen Aufenthalt in der Klinik F. _____ mitteilen (IV-act. 95). Weiter liess er durch seinen Hausarzt um Übernahme der Kosten für die Behandlung von Erektionsstörungen z.B. mit Viagra ersuchen (IV-act. 104). Die IV-Stelle ging auf letzteres soweit ersichtlich nicht ein (offenbar in Absprache mit dem Rechtsvertreter des Versicherten, IV-act. 110) und lehnte eine Rentenerhöhung nach Einholen u.a. einer weiteren Verlaufsbeurteilung bei Dr. E. _____ (IV-act. 139, Expertise vom 22. Mai 2017) mit Verfügung vom 19. September 2017 ab (IV-act. 143).

A.d. Mit Zuschrift vom 6. Februar 2021 wandte sich Dr. med. G. _____ als neuer behandelnder Psychiater des Versicherten an die IV-Stelle und bat um "neue IV-Abklärung", da sich der Gesundheitszustand des Patienten in den vergangenen zwei Jahren verschlechtert habe. Seinem Schreiben legte er einen Bericht der Klinik H. _____ bei über einen stationären Aufenthalt vom 2. April bis zum 19. Mai 2020. Darin wird berichtet über eine chronische Schmerzstörung (mit neu degenerativer, arthrotischer Entwicklung im Bereich der Schultern), eine rezidivierende depressive Störung sowie Opiatabhängigkeit und Schmerzmittelübergebrauch. Weiter wird berichtet, die angestrebte anhaltende Reduktion der Opiate sei aufgrund der starken passiven Behandlungserwartungen des Patienten gescheitert. Dieser habe sich für biopsychosoziale Zusammenhänge sowie eine Integration von psychischen Anteilen ins Krankheitskonzept völlig unzugänglich gezeigt (IV-act. 158 S. 8 ff.). Am 10. März 2021 reichte der Versicherte auf Aufforderung der IV-Stelle hin ein Neuanmeldungsformular nach (IV-act. 160). Mit Verfügung vom 24. Februar 2022 lehnte die IV-Stelle sein Erhöhungsgesuch abermals ab und bestätigte den Anspruch auf eine halbe Rente (IV-act. 175).

B. Hiergegen erhob der Versicherte am 28. März 2022 Beschwerde beim Verwaltungsgericht. Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 24. Februar 2022 und die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle, damit diese den medizinischen Sachverhalt sowie seine verbleibende Restarbeitsfähigkeit gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten abkläre. Dabei sei auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung zurückzuweisen; subeventualiter sei dem Beschwerdeführer "rückwirkend ab frühestmöglichem Zeitpunkt mindestens eine Dreiviertelrente zuzusprechen". Weiter ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Beigabe von Rechtsanwalt Josef Flury als unentgeltlichen Rechtsbeistand (act. 1).

C. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wies der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer nach Einholen weiterer Belege zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Beschwerdeführers (act. 3, 5, 6) mit Verfügung vom 27. Mai 2022 ab (act. 7). In der Folge leistete der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss von Fr. 800.– fristgerecht (act. 8).

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 7. Juli 2022 auf Abweisung der Beschwerde (act. 10).

E. Das Verwaltungsgericht teilte den Parteien mit Verfügung vom 9. Februar 2024 mit, dass es die Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung ins Auge fasse, und gab dem Beschwerdeführer die Möglichkeit, sich zu einer Schlechterstellung (*reformatio in peius*) zu äussern bzw. gegebenenfalls seine Beschwerde zurückzuziehen (act. 12). Am 29. Februar 2024 unterbreitete das Gericht den Parteien sowie dem vorgesehenen psychiatrischen Gutachter den provisorischen Fragenkatalog mit Fristansetzung zur Stellungnahme (act. 13 f.). Innert erstreckter Frist teilte der Beschwerdeführer am 20. März 2024 mit, dass er an seiner Beschwerde festhalte (act. 18). Gleichzeitig reichte er einen Bericht seines damaligen Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 13. März 2024 ein (BF-act. 4).

F. Am 11. August 2024 erstattete Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, sein psychiatrisches Gerichtsgutachten (act. 27). Hierzu nahmen die IV-Stelle (am 17. September 2024, act. 31) sowie der Versicherte (am 10. Oktober 2024, unter Beilage einer Stellungnahme seines behandelnden Psychiaters, act. 32 sowie BF-act. 5) Stellung. Der Gerichtsgutachter äusserte sich mit Schreiben vom 30. Oktober 2024 zur an seinem Gutachten angebrachten Kritik. Darüber hinaus ersuchte er im Zusammenhang damit um Prüfung der Straftatbestände der üblen Nachrede und der Verleumdung bzw. hilfsweise um Entbindung von der Schweigepflicht, um die externe Überprüfung zu ermöglichen (act. 35). In der Folge verzichtete die IV-Stelle auf Weiterungen (act. 40); der Beschwerdeführer äusserte sich mit Schreiben vom 26. November 2024 abschliessend (act. 41).

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, vorbehaltlich 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). Die hier angefochtene Verfügung erging am 24. Februar 2022. Anwendbar sind demnach grundsätzlich die am 24. Februar 2022 gültigen Normen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Der Versicherte wechselt jedoch – da er am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr bereits erreicht hatte – auch bei einer Änderung seines Invaliditätsgrades nicht in das neue, seit 1. Januar 2022 geltende System der stufenlosen Renten. Für ihn gilt gemäss lit. c der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) vielmehr weiterhin das bisherige Recht.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [Verwaltungsrechtspflegegesetz, 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 angefochtene Verfügung datiert vom 24. Februar 2022 und wurde frühestens am 25. Februar 2022 zugestellt. Die 30-tägige Rechtsmittelfrist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG endete mithin am nächsten auf Sonntag, den 27. März 2022, folgenden Werktag (Art. 38 Abs. 3 ATSG). Mit der am Montag, 28. März 2022 der schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift ist sie 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. 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 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die – kumulativ – ihre Erwerbsfähigkeit 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 (lit. b) und nach dessen Ablauf zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei langer

Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

3.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG definiert als durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachter und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibender ganzer oder teilweiser Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Art. 7 Abs. 2 ATSG hält fest, dass nur die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind und eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die Gesundheitsbeeinträchtigung muss fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden sein (BGE 145 V 215 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.1 und 130 V 396 E. 5.3.2). Dabei gilt in der Invalidenversicherung der enge bio-psychische Krankheitsbegriff. Dieser klammert psychosoziale Belastungsfaktoren aus, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen. Entsprechende Belastungen sind jedoch im Gesamtkontext im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens zu würdigen und können etwa den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (etwa: BGer 8C_824/2023 vom 4. Juli 2024 E. 4.3 mit Hinweisen).

3.3 Die IV-Stelle trifft eine Untersuchungspflicht, d.h. sie hat die notwendigen Abklärungen zum Gesundheitszustand der leistungsansprechenden Person von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Erforderlich sind weitere Abklärungen so lange, bis der massgebliche Sachverhalt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (etwa: BGer 8C_414/2022 vom 24. Januar 2023 E. 4.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 20). Bestehen Zweifel, Widersprüche oder Unklarheiten, ist über den Rentenanspruch i.d.R. nicht allein gestützt auf Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu entscheiden, sondern als objektive Beurteilungsgrundlage ein medizinisches Gutachten einzuholen (vgl. etwa BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3a und 3b/cc). Diese Zurückhaltung gründet auf der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler BGer 8C_628/2022 vom 1. März 2023 E. 4.2.6).

3.4 Ein medizinisches Gutachten muss für die streitigen Belange umfassend sein, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in

Kenntnis der Vorakten abgegeben werden sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen der Experten sind zu begründen (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; vgl. ausserdem etwa BGer 9C_787/2023 vom 19. September 2024 E. 3.3). Bei psychisch begründeten Beschwerden ist die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die Rechtsanwendenden darauf zu prüfen, ob sie den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 genügt, mithin eine – soweit möglich – objektivierte Entscheidungsgrundlage liefert für Nachvollzug und Plausibilisierung der attestierten Arbeitsunfähigkeit. Es stellt sich also aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie von der medizinisch-psychiatrischen Facharztperson abschliessend eingeschätzt worden ist. Es ist zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist nur dann erbracht, wenn eine Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für eine Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

3.5 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG in der hier massgeblichen Fassung). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der Zusprache der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3).

4.

4.1 Die IV-Stelle verneinte das Vorliegen einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der letztmaligen umfassenden Überprüfung mit Verfügung vom 19. September 2017. Sie wies dementsprechend sein Revisionsbegehren ab (IV-act. 175). Daran hielt sie im gerichtlichen Verfahren zunächst fest (act. 10), beantragte aber im Verlauf, im Sinne der neuen gutachterlichen Erkenntnisse seien dem Versicherten Schadenminderungspflichten aufzuerlegen bezüglich der möglichen und notwen-

digen medizinischen Behandlungen und es sei der aktuell höheren zumutbaren Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (act. 31).

4.2 Der Beschwerdeführer hält dem entgegen, er habe im Juli 2006 einen schweren Verkehrsunfall erlitten, woraus er schwere Verletzungen davongetragen und ein schweres Schleudertrauma erlitten habe. In der Folge habe er sämtliche Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft, ohne Erfolg. Er habe eine Schmerzmittelabhängigkeit sowie ein depressives Zustandsbild entwickelt. 2015 habe sich sein Zustand verschlechtert, so dass er in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden sei; ab 2019 sei eine weitere Verschlechterung eingetreten mit abermaligen Klinikaufenthalten. Hinzugesellt hätten sich ab 2020 degenerative Beschwerden im Bereich der Schultern und Ellenbogen (act. 1 S. 5 f.). In den letzten zwei Jahren habe sich sein gesundheitlicher Zustand weiter verschlechtert (act. 1). Zum Beleg dessen reichte er einerseits einen Bericht des Spitals K. _____ ein über eine im Februar 2024 durchgeführte Koronarangiographie (BF-act. 6), andererseits Berichte seiner behandelnden Psychiater Dr. med. I. _____ (vom 13. März 2024, BF-act. 4) bzw. Dr. med. L. _____ (vom 5. September 2024, BF-act. 5). Im Übrigen verwies er auf die bereits im IV-Dossier enthaltenen Arztberichte insbesondere des vormaligen Psychiaters Dr. G. _____, der Klinik M. _____ (bezüglich der Schulterproblematik) sowie die Austrittsberichte der Klinik H. _____ über die stationären Aufenthalte in den Jahren 2019 und 2020 (act. 1 S. 5 ff.). Seine aktuelle Arbeitsfähigkeit bzw. die funktionelle Leistungsfähigkeit seien noch nicht hinreichend abgeklärt worden (act. 1 S. 9).

5.

5.1 Aktenkundig und höchstrichterlich abschliessend beurteilt erlitt der Beschwerdeführer beim Selbstunfall mit dem Auto im Juli 2006 keine organisch nachweisbaren Schäden (insbesondere entgegen der Behauptung seines Rechtsvertreters [act. 32 S. 3] kein Schädel-Hirn-Trauma) und lagen – entgegen der auch im aktuellen Verfahren wiederum vorgetragenen Schilderung – auch keine besonders dramatischen Begleitumstände im Sinne des Unfallversicherungsrechts vor (BGer 8C_836/2012 vom 31. Januar 2013 E. 3). Wie das hiesige Gericht damals mit Urteil VGer ZG S 2010 178 vom 23. August 2012 festhielt, hatte der Versicherte als Folge des Unfalls lediglich unter "Haarausfall" sowie einer Rückenprellung gelitten und war im Übrigen gemäss Polizeibericht unverletzt geblieben. Eine Tochter hatte einen Beinbruch erlitten, jedoch nicht im Koma gelegen; Verletzungen des Sohnes waren nicht aktenkundig. Weiter stellte das Verwaltungsgericht fest, bereits vor dem Autounfall seien chronisch rezidivierende Rückenschmerzen geklagt worden. Es bestand ein unkontrollierter Schmerzmittelmissbrauch mit bis zu 160 mg Oxycontin pro

Tag; weiter ein expressiv gefärbtes Schmerzverhalten mit Somatisierungs- und Selbstlimitierungstendenz, einer ausgeprägten Schmerzfixierung und Symptomausweitung (a.a.O. E. 8.4.4). Bereits damals wurde schliesslich – unter Verweis auf einen Bericht der Rehaklinik N. _____ vom 24. November 2006 – eine ungenügende Kooperation und Behandlungsmotivation des Versicherten festgestellt (a.a.O. E. 8.4.6). Diese Feststellungen sind insofern zentral, als offensichtlich sowohl der aktuelle Rechtsvertreter als auch die verschiedenen behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers von einem Unfall im Juli 2006 mit schweren Verletzungsfolgen sowie traumatisierenden Begleitumständen ausgehen. Dies lässt sich zwar insofern nachvollziehen, als es offenbar nach wie vor der Darstellung des Beschwerdeführers entspricht. Die Gerichte haben sich indes damit bereits vor Jahren einlässlich auseinandergesetzt und sie in Würdigung aller Beweise verworfen. Neue Belege, die Anlass gäben, darauf zurückzukommen, liegen nicht vor. Als Tatsache festzustellen ist demnach, dass sich der Unfall objektiv resp. im versicherungsrechtlichen Sinn wesentlich weniger dramatisch und weniger folgenschwer abgespielt hat als vom Versicherten dargestellt (vgl. einlässlich die zitierten Urteile bezüglich der Ansprüche aus Unfallversicherung, auf welche die Parteien nota bene – soweit nicht ohnehin vorbekannt – mit Schreiben der Referentin vom 29. Februar 2024 aufmerksam gemacht wurden; dem Gerichtsgutachter wurden diese Urteile ebenfalls zur Verfügung gestellt).

5.2 Revisionsrechtlich relevant und folglich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem 19. September 2017 und dem 24. Februar 2022 massgeblich verändert hat.

5.2.1 Vor dem 19. September 2017 wurde der Beschwerdeführer insgesamt dreimal psychiatrisch begutachtet, zunächst im Jahr 2008 durch Dr. B. _____ (IV-act. 29) und hernach in den Jahren 2012 und 2017 durch Dr. E. _____ (IV-act. 89 und 139). Dabei erhoben beide Experten zwischen 2008 und 2017 grundsätzlich übereinstimmende Befunde und diagnostizierten im Wesentlichen jeweils eine rezidivierende depressive Störung schwankender Schwere, aufgrund der Aggravation des Versicherten mit bewusst übertriebenem Betonen von vorhandenen Krankheitssymptomen schwierig einzuschätzen (i.d.R.: Angabe schwerster Beeinträchtigung, jedoch mit Diskrepanz zum objektivierbaren klinischen Gesamteindruck, vgl. etwa IV-act. 29 S. 27 ff.; 89 S. 19; 139 S. 23, 26 f.; ausserdem etwa Bericht der Klinik C. _____ im Jahre 2008, IV-act. 47 S. 2); nebst Angabe konstanter, schwerer Schmerzen ohne somatisches Korrelat (IV-act. 29 S. 23, 28 ff.; 89 S. 9 ff., 13 ff.; 139 S. 20, 23 ff.). Dass dabei die diagnostische Einordnung des diffusen und aufgrund der Aggravation schwierig zu fassenden Beschwerdebildes schwankte, ändert

nichts daran, dass bis und mit 2017 offensichtlich ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vorlag. Übereinstimmend leiteten die Gutachter denn auch aus den funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers (im Wesentlichen: erhöhte Fehleranfälligkeit, erhöhter Pausenbedarf sowie bei Stress reduzierte Arbeitsgeschwindigkeit; kognitive Einschränkungen sowie als invalidisierend erlebte Schmerzproblematik) jeweils eine zumutbare Präsenzzeit von rund sechs Stunden bei um 30% verminderter Leistungsfähigkeit ab (IV-act. 29 S. 37 f.; 89 S. 18; 139 S. 29). Weiter empfahl bereits der erste Gutachter im Jahr 2008, Abstand zu nehmen vom Einsatz eines opioidhaltigen Analgetikums; hingegen erwartete er von einer Wiederaufnahme der Arbeit und der damit verbundenen Ablenkung einen positiven Effekt (IV-act. 29 S. 35 f.). Dem schloss sich der Folgegutachter an, der die Abgabe von Opioiden ebenfalls als kontraindiziert ansah (vgl. IV-act. 139 S. 25). Im Rahmen der von ihm eingeholten Fremdanamnese erklärte selbst der verschreibende Hausarzt, es sei medizinisch nicht nachvollziehbar, weshalb die Opiate helfen sollten (IV-act. 139 S. 19; vgl. in diese Richtung auch der Versicherte im Jahre 2019, IV-act. 168 S. 4). Dies stimmt überein mit sämtlichen in den Akten dokumentierten ärztlichen Einschätzungen, denen unisono zu entnehmen ist, es sei der Einsatz von Opiaten bei diesem Patienten nicht sinnvoll (vgl. nur beispielhaft etwa bereits im Jahr 2007 der Schmerzspezialist Dr. med. O. _____, IV-act. 17 S. 25, sowie etwa die Ausführungen des Hausarztes Dr. med. P. _____ vom 21. November 2015, IV-act. 103).

5.2.2 Zur Entwicklung nach 2017 kann festgehalten werden, dass sich der Beschwerdeführer aktenkundig zweimal zur stationären Behandlung in die Klinik H. _____ begab und – zumindest phasenweise dokumentiert – eine ambulante psychiatrische Betreuung in Anspruch nahm, nach Dr. med. Q. _____ (zuletzt offenbar bis Ende 2016, vgl. IV-act. 126), ab Mai 2018 durch Dr. G. _____ (IV-act. 158, 167), anschliessend durch Dr. I. _____ (ab Frühling 2023, BF-act. 4) sowie zuletzt durch Dr. L. _____ (ab April 2024, BF-act. 5). In ihren Berichten beschreiben die behandelnden Ärzte auch nach 2017 weiterhin die vorbekannten Befunde mit Beklagen massiver Schmerzen, depressiver Symptomatik und fehlender Verbesserung durch medizinische Behandlungen. Darin stimmen sie überein mit den Befunden der bisherigen Gutachter sowie auch mit denjenigen, welche die Klinik H. _____ in ihren Berichten über die stationären Aufenthalte in den Jahren 2019 und 2020 schilderte (IV-act. 158 S. 9; 168). Den ersten Aufenthalt in der Klinik H. _____ brach der Versicherte nota bene ab, nachdem er vom Todesfall eines Verwandten erfahren hatte, was ihn veranlasste, umgehend nach _____ zu reisen (IV-act. 168 S. 4). Unverändert attestierten die behandelnden Ärzte höhere Arbeitsunfähigkeiten als die bisherigen Gutachter.

5.2.2.1 Es trifft zwar – mit dem Beschwerdeführer – zu, dass den Berichten der behandelnden Ärzte nicht zum vornherein aufgrund der Nähe zum Patienten jeder Beweiswert abzuspochen ist, sondern deren besondere Nähe zum Sachverhalt, der längere Zeitraum und die intensivere Natur der Betreuung es ihnen auch erlauben kann, bessere Einblicke in den sogenannten Längsschnitt zu erhalten, die in die Beurteilung einfließen sollen. Vorliegend verfängt jedoch das Argument des längeren Zeitraums der Beobachtung und der umfassenden Betreuung bezüglich Dr. I. _____ und Dr. L. _____ zum vornherein nicht, konnten doch erklärermassen beide aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten mit dem Patienten kaum kommunizieren (im Gegensatz zum Gerichtsgutachter, der auf eine Übersetzerin zurückgreifen konnte), war der Behandlungszeitraum jeweils mit wenigen Monaten bzw. einem Jahr kurz und wusste Dr. I. _____ nicht einmal, welches der Vor- und welches der Nachname des Patienten war (vgl. BF-act. 4 f.). Hinzu kommt, dass ihre Berichte einen Zeitraum betreffen, der nach dem hier massgeblichen Vergleichszeitpunkt liegt, worauf die IV-Stelle zu Recht hinweist (act. 38). Mithin konnten Dr. I. _____ und Dr. L. _____ jedenfalls keine eigenen echtzeitlichen Wahrnehmungen machen bezüglich einer allfälligen Veränderung der gesundheitlichen Situation seit 2017. Der Beweiswert der Berichte der behandelnden Psychiater ist zudem erheblich eingeschränkt, weil sie von der falschen Grundannahme eines schweren, traumatischen Autounfalls in _____ im Jahr 2006 ausgehen. Wie oben (E. 5.1) erläutert, entspricht dies nicht den Tatsachen. So erstaunt nicht, dass keiner der behandelnden Psychiater mehr als eine oberflächliche, schematische Beschreibung des Beschwerdeführers zu liefern vermochte, insbesondere ohne detaillierte Beschreibung von dessen krankheitsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen und funktionellen Einschränkungen. Ihre Schilderungen erschöpfen sich in weitgehend deckungsgleichen Beschreibungen der durch den Patienten seit 2006 konstant geklagten Beschwerden. Eine Objektivierung erfolgt nicht, ebenso wenig wie eine Auseinandersetzung mit der Frage nach einer allfälligen Aggravation oder Simulation. Vor dem Hintergrund der aktenkundigen – den behandelnden Ärzten jedoch offenbar bis anhin nicht bekannten – Tatsachen erscheint indes die Vagheit der Schilderungen und die Verslossenheit des Patienten nicht etwa als Ausfluss eines Traumas (so etwa: Arbeitshypothese im Austrittsbericht der Klinik H. _____ vom 25. Mai 2020, IV-act. 158 S. 10), sondern wirft grundsätzliche Fragen danach auf, inwiefern die geklagten Beschwerden auf tatsächlichem Erleben beruhen und inwieweit auf Aggravation oder Simulation. Dies gilt umso mehr, als offensichtlich der Versicherte bis anhin bei Weitem nicht alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft hat, wie dies der Gerichtsgutachter nachvollziehbar ausführt (vgl. dazu ausführlich unten E. 5.2.3.2; aktenwidrig demgegenü-

ber Dr. G. _____, der ohne weitere Ausführungen pauschal angibt, es seien alle Möglichkeiten ausgeschöpft worden, IV-act. 158, 167). Angesichts der fehlenden Faktenbasis der Behandler ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Einholung der weiteren angebotenen Berichte von dieser Seite (insbes. Dr. L. _____) zu verzichten, zumal dessen Ansichten in die abschliessende Stellungnahme bereits eingeflossen sind (act. 41 S. 2 ff.).

5.2.2.2 Mit Blick auf die erhebliche Unsicherheit bezüglich der Anteile von Aggravation oder Simulation an den geklagten Beschwerden bei im Wesentlichen seit 2006 unveränderter Zustandsschilderung durch den Versicherten holte das Verwaltungsgericht ein psychiatrisches Gerichtsgutachten ein. Der Gerichtsgutachter – nota bene nebst der fachärztlichen Qualifikation in Psychiatrie und Neurologie auch Experte für Abhängigkeitserkrankungen (Fähigkeitsausweis SIWF) – diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie Abhängigkeits-syn-drome von Opioiden und Tabak (ICD-10: F11.25 und F17.1; act 27 S. 43). Gestützt auf den Mini-ICF erhob er funktionell einschränkend insbesondere eine reduzierte Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie reduzierte Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Aufgrund der Opiatabhängigkeit könne der Explorand keine Maschinen bedienen; er sei auf regelmässige Pausen angewiesen in einer Tätigkeit mit Routinearbeiten und klaren Arbeitsvorgaben (act. 27 S. 53).

Die Expertise des Dr. J. _____ vom 11. August 2024 kann als mustergültig bezeichnet werden: Sie ist für die zu beantwortenden Fragen umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Befunde wurden systematisch erhoben und nachvollziehbar nach dem AMDP-System geordnet (act. 27 S. 25 ff.; AMDP = System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie). Sie wurden durch den Experten unter Berücksichtigung der massgeblichen Standardindikatoren gewürdigt (act. 27 S. 31 ff.). Entsprechend seinem Auftrag nahm der Gutachter – im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten – eingehend Stellung zu den Aspekten von Konsistenz und Plausibilität (act. 27 S. 35 ff.) und legte mit einlässlicher Begründung dar, welche Befunde und Diagnosen er plausibilisieren konnte (act. 27 S. 43 f.). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgte gestützt auf eine detaillierte Beschreibung und Würdigung der krankheitsbedingten Fähigkeitsbeeinträchtigungen. Der Experte schrieb dabei erfreulicherweise nicht einfach das Mini-ICF-Rating ohne nähere Ausführungen ab, sondern begründete seine Einstufung in jedem Punkt bezogen auf den individuellen Exploranden nachvollziehbar

(act. 27 S. 50 ff.; vgl. zu diesem Erfordernis BGE 148 V 49 E. 6.3). In der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der gesundheitlichen Situation sowie insbesondere der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (vorerst 50 %, mit Aussicht auf schrittweise Steigerung bis auf eine Anwesenheit von acht Stunden am Tag, vgl. act. 27 S. 54 f.) leuchtet die einlässlich begründete gutachterliche Einschätzung ein. Auch sie beinhaltet einen Rest an Unsicherheit, insbesondere was die künftig umsetzbare Arbeitsfähigkeit des Versicherten angeht, was indes in der Natur der Sache liegt. Es spricht für die Güte der gutachterlichen Arbeit, dass die prognostischen Unsicherheiten offengelegt werden, mithin der Gutachter seine Aufgabe der Darstellung der medizinischen Situation umfassend wahrnimmt, es hingegen – richtigerweise – den Rechtsanwendern überlässt, daraus in Anwendung des Sozialversicherungsrechts rechtliche Schlüsse zu ziehen. Dem Gerichtsgutachten kommt demnach hinsichtlich der medizinischen Entscheidungsgrundlagen Beweiswert zu, so dass darauf abgestellt werden kann (vgl. E. 3.4 hiavor).

5.2.2.3 Inwiefern die ärztlichen Feststellungen anhand der Indikatoren nach BGE 141 V 281 auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist als Rechtsfrage durch das Gericht zu überprüfen. Vorliegend hat der psychiatrische Gutachter sämtliche rechtsprechungsgemäss massgeblichen Indikatoren mustergültig abgehandelt und in seine Einschätzung einfliessen lassen. Auftragsgemäss hat er zudem die Anteile der offensichtlich vorhandenen Aggravation ausgeschieden (vgl. act. 27 S. 39 ff., 43 ff.; zur ICF-gestützten Erhebung bloss leichter bis mittelgradiger quantitativer und qualitativer Einschränkungen aufgrund nur der plausibilisierbaren Beeinträchtigungen S. 52). Aus den so gewonnenen Erkenntnissen hat er gefolgert, dass dem Versicherten vorderhand unverändert eine angepasste berufliche Tätigkeit ungefähr mit einer Arbeitsleistung von 50% zumutbar sei (vgl. soeben E. 5.2.2.2). Prognostisch geht er – insofern konkreter als die bisherigen Gutachter und Behandler, die sich aber ebenfalls bereits von einer Arbeitstätigkeit einen positiven, ablenkenden Effekt und in der Folge eine Verbesserung versprochen – von einem bis anhin ungenutzten Eingliederungspotenzial bis zur annähernd vollen Arbeitsfähigkeit aus, mit allenfalls noch erhöhtem Pausenbedarf bei vollschichtiger Präsenz (act. 27 S. 54 f.). Seinem Gutachten lässt sich entnehmen, dass die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers zwar auf dem Boden psychosozialer Probleme (Unsicherheit am Arbeitsplatz, fehlende Integration, Schulden) entstanden ist, sich aber mittlerweile derart verselbständigt hat, dass der Experte von einem eigenständigen krankheitswertigen Geschehen ausging, das sich nach seiner Einschätzung nicht mehr vollständig zurückbilden werde, jedoch verbessert werden könne (vgl. act. 27 insbes. S. 25 ff., 29, 34, 49). Nach Beschreibung des Gutachters haben sich die psychosozialen Faktoren, welche die Störung unterhalten, of-

fenbar in den letzten fünf Jahren akzentuiert, da die Familie nicht mehr gewillt ist, Herrn A. _____ in seiner fortschreitenden Dekonditionierung weiterhin zu tragen (act. 27 S. 54).

5.2.3

5.2.3.1 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten, also der tatsächlichen Grundlagen, nicht ausgewiesen ist. Vorderhand und vor der Durchführung weiterer Behandlungen oder erwerblicher Eingliederung ist dem Beschwerdeführer eine einfache, leichte Hilfstätigkeit spätestens seit dem Jahr 2008 im Umfang von sechs Stunden täglich zumutbar (bei um ca. 30 % verminderter Leistung, entsprechend insgesamt einer Arbeitsfähigkeit von 50 %; vgl. nebst der Einschätzung des psychiatrischen Experten auch die Auffassung des Hausarztes Dr. P. _____, wonach sich an der Situation des Patienten nichts geändert habe, IV-act. 170 S. 1, sowie auch dessen eigene Aussage sowohl 2019 in der Klinik H. _____, IV-act. 168 S. 2, als auch in der Begutachtung, act. 27 S. 21). Nichts für sich ableiten kann er aus seiner Dekonditionierung zufolge langjähriger Arbeitskarenz aus invaliditätsfremden Gründen (act. 41 S. 4; vgl. dazu etwa BGE 140 V 193 E. 3.3 i.f. zu einem mit dem vorliegenden sehr ähnlichen Sachverhalt; ausserdem etwa BGer 9C_581/2017 E. 4.2).

5.2.3.2 Ausgewiesen ist jedoch, dass ein erhebliches Eingliederungspotenzial besteht, wenn bisher nicht genutzte therapeutische Optionen ernsthaft wahrgenommen werden. Infolgedessen kann und muss vom Versicherten im Sinne der Schadenminderungspflicht verlangt werden, dass er zunächst dringlich einen stationären Opiatentzug antritt und alsdann die weiteren angezeigten Behandlungsbemühungen unternimmt (zumal er seit 2007 weiss, dass eine psychotherapeutische Behandlung einmal pro Monat sowie eine unregelmässige Einnahme von Medikamenten nach Gutdünken nicht einer sachgerechten Behandlung entspricht, vgl. nur IV-act. 4 S. 18, act. 16 S. 3). Dies mit Blick darauf, eine weitere gesundheitliche Dekompensation zu verhindern und ggf. seinen gesundheitlichen Zustand zu verbessern, ist doch Hauptaufgabe der Invalidenversicherung nicht die Ausrichtung von Renten, sondern die Beseitigung oder bestmögliche Verminderung der nachteiligen Auswirkungen von Gesundheitsschäden auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten (vgl. mit weiteren Hinweisen BGE 145 V 2 E. 4.3.2). Verweigert der Versicherte seine Mitwirkung, kann seine Rente aufgehoben oder herabgesetzt werden, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, dass die angebotene(n) und zumutbare(n) Mass-

nahme(n) zu einem Eingliederungserfolg geführt hätten (BGE 145 V 2 E. 5.3.3; vgl. eingehend etwa auch BGer 9C_367/2024 vom 31. Juli 2024 E. 4.2).

Nach dem Opiatentzug ist – soweit eine invalidisierende depressive Symptomatik persistiert – eine leitliniengerechte Behandlung der Depression durchzuführen, parallel zur Wiedereingliederung in die Arbeitswelt, da ein Eingliederungspotenzial des Versicherten weiterhin (seit 2008 im Wesentlichen unverändert) besteht. Gemäss bisheriger Aktenlage sowie mit Blick auf die Behandlungsempfehlungen der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zur Behandlung der unipolaren Depression beinhaltet dies wohl zunächst eine medikamentöse Behandlung mit regelmässiger Kontrolle der Medikamentenspiegel sowie ggf. bei deren Scheitern weitere Interventionen wie etwa eine EKT-Therapie, repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) oder eine Ketamin-Behandlung (vgl. act. 27 S. 47 f., 55; ausserdem die Empfehlungen der Standesvereinigung SGPP: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016. Teil 1, in: Swiss Medical Forum 2016 S. 721 f.). Die Behandlungsplanung ist selbstverständlich Aufgabe der behandelnden Psychiater. Es lässt sich jedoch nicht nachvollziehen, inwiefern beim hier am Recht stehenden Versicherten (der offenbar sein Gedächtnis im aktuellen Zustand gemäss Schilderung seines aktuellen Psychiaters ohnehin krankheitsbedingt nicht nutzen mag [BF-act. 5 S. 1]) massgeblich ins Gewicht fallen würde, dass allenfalls auch gewisse therapeutische Optionen – wie eine EKT – als Nebenwirkung Gedächtnisprobleme auslösen könnten (BF-act. 5 S. 3). Vielmehr verhält es sich mit medizinischen Behandlungsempfehlungen offenbar – insoweit einleuchtend, da im Wesentlichen auf Verhältnismässigkeitsüberlegungen beruhend – so, dass zunächst möglichst nebenwirkungsfreie Behandlungen versucht werden sollten, bei deren Scheitern sowie fortgesetztem, schwerem Leiden indes auch schwerere Nebenwirkungen in Kauf genommen werden (vgl. die zitierten Behandlungsempfehlungen). So hat denn etwa auch die Klinik H._____ bereits im Juli 2019 festgehalten, dass eine EKT bei bisher therapieresistenter Depression in Betracht zu ziehen sei (IV-act. 158 S. 10). Soweit der aktuell behandelnde Psychiater einerseits das Bild eines schwerst beeinträchtigten Patienten skizziert, andererseits aber implizit aussagt, mögliche Nebenwirkungen einer leitliniengerechten Therapie würden schwerer wiegen als dessen aktuelles Leiden (Stellungnahme des Dr. L._____ vom 5. September 2024, BF-act. 5 S. 2 f.), ist seine Stellungnahme widersprüchlich.

5.2.3.3 Nach Durchführung der Entzugsbehandlung wird die IV-Stelle – wie sie richtig erkennt (act. 31) – je nach sich dann präsentierender Situation ermitteln müssen, welche

medizinischen Behandlungen und Eingliederungsbemühungen dem Versicherten im Sinne der Schadenminderungspflicht konkret aufzuerlegen sind (etwa: Auflage der kontrollierten medikamentösen Behandlung oder der Durchführung einer EKT-Behandlung parallel zur Durchführung eines erneuten Arbeitsversuchs). Dabei darf sie nota bene gestützt auf den seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Art. 66a Abs. 1 lit. c^{bis} IVG von den behandelnden Ärzten des Versicherten nicht nur Auskünfte und Unterlagen einfordern, sondern diesen im Gegenzug auch Auskünfte und Unterlagen zukommen lassen, wenn dies dem Zweck dient, die für die betroffene Person geeigneten Eingliederungsmassnahmen zu ermitteln. Im Einzelfall kann der Datenaustausch auch mündlich erfolgen. Mit Blick darauf, dass bis anhin offensichtlich keine sachgerechte psychiatrische Behandlung stattfinden konnte u.a. weil die behandelnden Ärzte von einem in wesentlichen Punkten falschen Sachverhalt ausgingen, drängt es sich nachgerade auf, dass die IV-Stelle etwa der Entzugsklinik sowie einem künftigen ambulanten Behandler Unterlagen aus dem IV-Verfahren zur Verfügung stellt, damit diese ihre Behandlung gestützt auf ein realistisches Bild der gesundheitlichen und psychosozialen Problematik aufbauen können. Insofern ist auch die Bereitschaft des Dr. L. _____ zu begrüssen, sich im Austausch mit der IV bzw. deren RAD mit den hier konkret möglichen und angezeigten Behandlungen und insbesondere auch den Vorschlägen des Gerichtsgutachters auseinanderzusetzen (act. 41 S. 2, 4). Seitens des Verwaltungsgerichts ist gestützt auf die genannte Bestimmung das vorliegende Urteil dem Hausarzt des Versicherten zu eröffnen, damit dieser die stationäre Entzugsbehandlung in die Wege leite.

Der IV-Stelle wird es obliegen, nach deren Durchführung zu entscheiden, ob sich gegebenenfalls gestützt auf Art. 66c Abs. 1 IVG eine Meldung an das Strassenverkehrsamt aufdrängt, nachdem der schwer opioidsüchtige, mithin klar nicht fahrfähige Versicherte offenbar nach wie vor – wenn er dazu Gelegenheit hat und sei es auch nur für kurze Strecken – ein Fahrzeug lenkt, wie er zuletzt gegenüber dem Gerichtsgutachter bestätigt hat (act. 27 S. 26).

5.2.4 Zu keinen Weiterungen geben die neu hinzugetretene leichte degenerative (arthrotische) Veränderung der Schultern seit 2020 (IV-act. 158 S. 3 ff.) sowie die elektive Koronarangiographie im Februar 2024 (BF-act. 6) Anlass. Bezüglich des arthrotischen Geschehens konnte das Ausmass der geklagten Schmerzen nicht mit den objektivierbaren, grundsätzlich altersentsprechenden Befunden in Einklang gebracht werden; eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund der neuen Befunde wird an keiner Stelle attestiert. Für die Koronarangiographie wird eine hier nicht ins Gewicht fallende, vorübergehende

Arbeitsunfähigkeit von zwei Tagen am 1. und 2. Februar 2024 attestiert (Bericht der Klinik M. _____ vom 11. Januar 2021, IV-act. 158 S. 3 ff.; BF-act. 6 S. 1). Dementsprechend besteht kein Anlass für das Gericht oder die IV-Stelle zur Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens, ebenso wenig wie von einer EFL zusätzliche Erkenntnisse zu erwarten wären. Auf sie ist demnach in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten.

5.3 Insgesamt erscheint es zwar stossend, dass der Versicherte sich seit dem Jahr 2008 weigert, seine Behandlungsmöglichkeiten sowie sein Eingliederungspotenzial auszuschöpfen, ohne dass dies für ihn bislang spürbare Konsequenzen gehabt hätte. Da ihm indes bis anhin soweit ersichtlich nie entsprechende Schadenminderungspflichten auferlegt wurden, muss es dabei sein Bewenden haben. Die für eine Revision notwendige, massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Versicherten ist jedenfalls nicht nachgewiesen, weshalb es aktuell bei der bisherigen halben Rente bleibt. Daran ändert die erst Ende 2017 geänderte, publizierte Rechtsprechung des Bundesgerichts bezüglich Depression und Schmerzgeschehen nichts, stellt diese doch keinen Revisionsgrund dar (vgl. BGE 141 V 585 E. 5 mit Hinweisen; hinzuweisen ist überdies darauf, dass ohnehin das Gerichtsgutachten nach aktuellen Qualitätsstandards erfolgte). Damit hat es beim vorinstanzlichen Entscheid grundsätzlich sein Bewenden.

Zu ergänzen ist dieser einzig um eine Auflage an den Versicherten, sich unter Androhung der Folgen gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG im Weigerungsfalle (Kürzung oder Verweigerung der weiteren Leistungen) umgehend einer Entzugsbehandlung zu unterziehen, nachdem sämtliche mit seinem Fall befassten Ärzte einhellig darauf verweisen, dass die Behandlung mit Opiaten nicht angezeigt, ja sogar kontraindiziert sei (vgl. oben E. 5.2.1).

6. Der mit Schreiben vom 30. Oktober 2024 (act. 35) gestellte Antrag des Gerichtsgutachters auf Prüfung von Ehrverletzungsdelikten bzw. eventualiter Entbindung von der Schweigepflicht ist nicht im vorliegenden Verfahren zu beurteilen. Über die Entbindung vom Amtsgeheimnis wird vielmehr – in analoger Anwendung von § 29 Abs. 3 des Gesetzes über das Arbeitsverhältnis des Staatspersonals (Personalgesetz; PG; BGS 154.21) – die Präsidentin des Verwaltungsgerichts im Nachgang zum vorliegenden Verfahren zu entscheiden haben, so dass sich Weiterungen dazu an dieser Stelle erübrigen.

7. Das Verfahren ist gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers zu erheben, die auf Fr. 800.– festgesetzt und mit dem von ihm geleisteten Kosten-

vorschuss in nämlicher Höhe verrechnet wird (§ 22a Abs. 2 VRG i.V.m. § 1 der Verordnung über die Kosten im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht [KostenVO; BGS 162.12]; § 23 Abs. 1 Ziff. 3 VRG). Eine Parteienschädigung ist ausgangsgemäss nicht zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

Offenbleiben kann, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Kosten für die gerichtliche Begutachtung – die vorliegend nicht die Vorinstanz durch ungenügende Abklärungen provoziert hat, sondern der Versicherte durch seine Aggravation – gemäss § 23 Abs. 3 VRG dem Versicherten auferlegt werden könnten, ohne Begrenzung durch Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG. Mit Blick auf die finanziellen Verhältnisse des Beschwerdeführers ist davon indes im konkreten Fall Umgang zu nehmen, zumal eine entsprechende Kostenaufgabe ihm auch nicht vorgängig angedroht wurde.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Verfügung der IV-Stelle Zug vom 24. Februar 2022 wird ergänzt um die Auflage an A. _____, sich im Sinne seiner Schadenminderungspflicht umgehend einer stationären Entzugsbehandlung zu unterziehen, unter Androhung der Renteneinstellung oder -kürzung im Verweigerungsfall (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Im Übrigen wird sie bestätigt.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, die dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel, unter Beilage der Eingabe der IV-Stelle vom 21. November 2024), an die IV-Stelle des Kantons Zug (unter Beilage der abschliessenden Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 26. November 2024), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, an den Gerichtsgutachter Dr. med. J. _____ (unter Beilage der Entschuldigung des Rechtsvertreters vom 26. November 2024), an den Hausarzt Dr. med. P. _____ (Orientierung mit Blick auf die Organisation der stationären Entzugsbehandlung), und (zum Vollzug von dessen Ziffer 2) im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 29. November 2024

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am