



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Sarah Schneider
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

URTEIL vom 18. März 2024 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2022 56

A. Der 1982 geborene A._____ meldete sich am 3. November 2015 (Eingangsdatum) aufgrund einer Epilepsieerkrankung erstmals bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Auch psychische Erkrankungen prägten den Gesundheitszustand des Versicherten (vgl. z.B. IV-act. 11). In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten bidisziplinär (psychiatrisch und neurologisch) begutachten. Im bidisziplinären Gutachten vom 27. September 2016 wurden als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Entzugskrampfanfälle im Rahmen eines Entzugssyndroms festgestellt. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch sowie jeder angepassten Tätigkeit wurde der Versicherte als 100 % arbeitsfähig eingestuft (IV-act. 31 S. 71). Gestützt darauf lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Dezember 2016 einen Rentenanspruch ab (IV-act. 38).

Auf eine Neuanmeldung des Versicherten vom 4. Juni 2018 (Eingangsdatum; IV-act. 42) trat die IV-Stelle mangels Glaubhaftmachung eines veränderten Gesundheitszustandes am 25. September 2018 nicht ein (IV-act. 47).

Am 23. Februar 2021 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an. Die Neuanmeldung begründete er mit einer Suchterkrankung, einer PTBS sowie weiteren psychischen Erkrankungen (Angststörung, Depressionen [IV-act. 56]). Die IV-Stelle ihrerseits zog im Rahmen ihrer Abklärungen die Berichte der behandelnden Ärzte bei und legte diese dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor, welcher keine Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber dem Gutachten aus dem Jahr 2016 erkennen konnte (IV-act. 77). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 3. Januar 2022 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 78). Trotz Einwands vom 1. Februar 2022 (IV-act. 81) verfügte die IV-Stelle am 29. März 2022 schliesslich wie vorbeschieden (IV-act. 85).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 16. Mai 2022 liess A._____ beantragen, die Verfügung vom 29. März 2022 sei aufzuheben, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente nach Gesetz zuzusprechen und es sei durch das Gericht ein medizinisches Gutachten einzuholen. Eventualiter sei die Sache zwecks erneuter Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 8. Juni 2022 bewilligte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers

um unentgeltliche Rechtspflege und stellte ihm für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in der Person von RA MLaw B. _____ eine unentgeltliche Rechtsbeiständin bei (act. 4).

D. Mit Vernehmlassung vom 7. Juli 2022 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 29. März 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 146 V 364 E. 7.1).

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 29. März 2022, womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs in casu vor dem 1. Januar 2022, weshalb die bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des IVG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]) und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 29. März 2022; diese ging am 30. März 2022 bei der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein (Bf-

act. 2). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 16. Mai 2022 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit unter Berücksichtigung von Art. 38 Abs. 3 und Abs. 4 lit. a ATSG gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

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

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige

Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002/2 S. 70 E. 4b/cc).

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

4. Fest steht vorliegend, dass sich der Beschwerdeführer im Jahr 2015 das erste Mal bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug anmeldete, dass der Rentenanspruch in der Folge abgewiesen wurde, dass im Jahr 2018 ein Nichteintreten auf ein neues Leistungsbegehren erfolgte und dass die bis dato letzte und vorliegend zu prüfende Neuanschuldung vom 23. Februar 2021 (Eingangsdatum) datiert. Als erstellt gilt weiter, dass die IV-Stelle das Leistungsbegehren im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Verfügung vom 29. März 2022 erneut abwies. Somit gilt es nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 15. Dezember 2016 bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. März 2022 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

4.1 In der leistungsablehnenden Verfügung vom 15. Dezember 2016 stützte sich die IV-Stelle auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Facharzt für Neurologie FMH, vom 27. September 2016 inkl. verhaltensneurologischer/neuropsychologischer Untersuchung durch Dr. med. E. _____, FHM Neurologie. Der Gutachter stellte neben einer schwerwiegenden Suchterkrankung unter anderem akzentuierte Persönlichkeitszüge, vorwiegend emotional-instabil mit impulsiven Zügen, fest, welche differentialdiagnostisch als Ausdruck einer organischen Wesensänderung im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum zugeordnet wurden, jedoch unter Abstinenz rückläufig waren. Eine Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F60 wurde gutachterlich ausgeschlossen. Als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Entzugskrampfanfälle im Rahmen eines Entzugssyndroms erwähnt. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch sowie jeder angepassten Tätigkeit wurde von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (IV-act. 31).

4.2 Ihrer angefochtenen Verfügung vom 29. März 2022 legte die IV-Stelle die Einschätzung des RAD-Arztes C. _____ zugrunde. In einer ersten Stellungnahme vom 20. Dezember 2021 kam dieser zum Schluss, dass insgesamt keine Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Gutachten von Dr. D. _____ aus dem Jahr 2016 nachvollziehbar sei. Begründend hielt er fest, eine Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F60 sei damals gutachterlich ausgeschlossen worden, auch unter Berücksichtigung von lebensgeschichtlichen traumatischen Erlebnissen (gewalttätiger Vater, psychisch kranke Mutter, Tod eines Freundes durch Bombe im Jugoslawienkrieg, Entwurzelung durch Flucht). Neben der bekannten schwergradig ausgeprägten Suchterkrankung werde im Jahr 2019 neu die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Bezug auf lebensgeschichtlich belastende Ereignisse erwähnt, wobei die diagnostischen Grundlagen (Testverfahren) nicht fundiert gewesen seien und diese Störung gutachterlich im Jahr 2016 hätte erkannt werden müssen, falls sie auch klinisch und anamnestisch untermauert objektivierbar gewesen wäre. Insofern könne die Deutung der traumatischen Erlebnisse der Vergangenheit mit den im Aufenthalt im Jahr 2019 beobachteten Verhaltensauffälligkeiten als posttraumatische Belastungsstörung als eine (einmalige) Interpretation von Verhaltensauffälligkeiten, welche eher den Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der jahrelangen Suchtmittelabhängigkeit zuzuordnen seien, gesehen werden und nicht als eine neu aufgetretene Diagnose. Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei lediglich aktenanamnestisch durch die Behandler des F. _____ erwähnt worden und beziehe sich wahrscheinlich auf die Berichterstattung der G. _____ aus dem Jahr 2016, welche gutachterlich nicht bestätigt worden sei (IV-act. 77).

4.3 Zu den im Rahmen des Einwandverfahrens vorgebrachten Beanstandungen nahm RAD-Arzt C. _____ am 25. Februar 2022 Stellung und führte aus, die Rechtsvertreterin betone in zutreffender Weise und als hauptsächliches Problem die schwere Suchterkrankung des Versicherten. Ihre Argumentation, dass der Versicherte nunmehr nicht mehr in der Lage sei, ausserhalb einer stationären Behandlung abstinent zu sein und die diesbezüglichen Behandlungen wegen der Suchtmittelrückfälle vorzeitig abgebrochen habe, nicht dazu führen dürfe, dass angenommen werden könne, dass eine "Abstinenz ausserhalb eines stationären Settings langfristig gelinge", sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht paradox. Der Versicherte sei durch die Suchtmittelrückfälle und insbesondere durch die vorzeitigen Therapieabbrüche letztendlich seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen. Wenn man der Argumentation der Rechtsvertreterin folgen würde, könnte man den störungsimmanenten Suchtdruck als Argument sehen, dass keine Therapie notwendig wäre, da schicksalhaft deswegen keine Abstinenz zu erreichen wäre, auch nicht durch eine ausreichende Suchtbehandlung. Dies würde letztendlich jede Suchtbehandlung als erfolglos brandmarken. Im gegebenen Fall müsse man aus medizinischer und psychiatrischer Sicht davon ausgehen, dass durch eine ausreichend lange Entwöhnungsbehandlung zum Beispiel im stationären Rahmen ein Durchbrechen des maladaptiven Suchtverhaltens möglich und Ziel der Therapie sei. Weiter führte der RAD-Arzt aus, im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung seien Verhaltensauffälligkeiten, die an eine Persönlichkeitsstörung und affektive Beeinträchtigung wie zum Beispiel an eine depressive Störung denken liessen, störungsimmanent. Das heisse, sie gehörten in einem Grossteil der Fälle zu der Suchterkrankung. In der Vergangenheit seien diese Auffälligkeiten unter Entzugsbehandlung rückläufig gewesen, so dass Gutachter Dr. D. _____ folgerichtig diese Verhaltensauffälligkeiten als eigenständige psychische Gesundheitsschäden habe ausschliessen können. Auch in den Behandlungen der Jahre 2020/2021 seien allenfalls leichtgradig ausgeprägte depressive Symptome zu Beginn der Behandlung festgestellt worden. Eine ausreichend lange Beobachtungsdauer, die nach Entzug eine weiterhin bestehende klinisch relevante depressive Störung habe objektivieren können, sei explizit nicht dokumentiert worden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei es von den Behandlern recht gewagt gewesen, hier dennoch eine eigenständige depressive Störung zu behaupten. Im Gutachten aus dem Jahr 2016 habe Dr. D. _____ ausführlich dargelegt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Persönlichkeitsstörung nicht diagnostiziert werden könnten. Die Klinik H. _____ habe explizit vermerkt, dass man sich hierbei auf eine aktenanamnestische Diagnose beziehe, wobei diese wie oben erwähnt gutachterlich nicht bestätigt worden sei, ebenso wenig wie eine posttraumatische Belastungsstörung.

Der Tod des Sohnes stelle zwar einen neuen schweren Schicksalsschlag dar, sei aber nicht als so schwerwiegendes Ereignis zu sehen, wie es für die Stellung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.1 notwendig sein müsse. Es mangle daher an einem entscheidenden Diagnosekriterium. Die Rechtsvertreterin mutmasse im Weiteren, dass die anamnestische Epilepsie bei fortgesetztem Suchtmittelmissbrauch schlechter geworden sein müsse und dies hätte abgeklärt werden sollen. Wie der fachärztliche neurologische Bericht aus dem Jahr 2020 der Praxis I. _____ dokumentiere, sei der letzte epileptische Anfall im Jahr 2015 gewesen, d.h. vor der neurologischen Begutachtung von Dr. E. _____, welche eine grundsätzliche Arbeitsfähigkeit für eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestätigt habe. Auch in der erwähnten Kontrolluntersuchung im Jahr 2020 sei der neurologische Status unauffällig und der Versicherte anfallsfrei gewesen. Weshalb bei diesem Sachverhalt von einer Verschlechterung ausgegangen werden solle, sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Abschliessend kam RAD-Arzt C. _____ zum Schluss, dass die von der Rechtsvertreterin vorgebrachten Argumente nicht zu begründen vermöchten, weshalb sich der Gesundheitszustand des Versicherten gegenüber der Referenzsituation aus dem Jahr 2016 gravierend geändert haben soll. Einzig die Fähigkeit zur Abstinenz scheine geringer geworden zu sein. Diese sei bis anhin allerdings noch nie richtig angegangen worden, zum Beispiel in einer ausreichend langen stationären Suchtbehandlung wie einer 6-monatigen stationären Entwöhnungsbehandlung (IV-act. 84).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stellt zur Beurteilung des neuerlichen Leistungsgesuchs im Wesentlichen auf die Einschätzung des RAD ab, wonach im Vergleich zum Gutachten von Dr. D. _____ aus dem Jahr 2016 keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, der RAD-Beurteilung könne nicht gefolgt werden, da sich zwischenzeitlich zusätzlich zu der seit Jahren bekannten Suchterkrankung eine PTBS und eine Depression entwickelt habe.

5.2 Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass es grundsätzlich zulässig ist, im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in diesem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGer 9C_341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf

BGE 122 V 157 E. 1d). Vorweg zu schicken ist, dass der RAD-Arzt im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens zweimal zur Frage Stellung genommen hat, ob sich der Gesundheitszustand gegenüber der Referenzsituation aus dem Kalenderjahr 2016 gravierend geändert hat und er dabei insbesondere auch auf die im Einwandverfahren vorgebrachten Beanstandungen eingegangen ist (Stellungnahmen vom 20. Dezember 2021 [IV-act. 77] und 25. Februar 2022 [IV-act. 84]).

5.3

5.3.1 Die Parteien sind sich einig, dass der Beschwerdeführer weiterhin an der schon seit Jahren bekannten Suchterkrankung leidet. Zudem scheint unbestritten zu sein, dass die Fähigkeit zur Abstinenz seit der Begutachtung im Jahr 2016 geringer geworden ist. Der Beschwerdeführer führt aus, dass es ihm ausserhalb des stationären Settings nicht mehr gelinge, abstinent zu bleiben und er die diesbezüglichen Behandlungen wegen der Suchtmittelrückfälle vorzeitig abgebrochen habe. Daraus leitet er eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab. Der RAD-Arzt C._____ hat dazu am 25. Februar 2022 Stellung genommen. Er merkt an, dass man mit der Begründung des Beschwerdeführers den störungsimmanenten Suchtdruck als Argument sehen könnte, dass keine Therapie notwendig wäre, da schicksalhaft deswegen keine Abstinenz zu erreichen wäre, auch nicht durch eine ausreichende Suchtbehandlung. Dies würde letztendlich jede Suchtbehandlung als erfolglos brandmarken. Im gegebenen Fall müsse davon ausgegangen werden, dass durch eine ausreichend lange Entwöhnungsbehandlung zum Beispiel im stationären Rahmen ein Durchbrechen des maladaptiven Suchtverhaltens möglich und Ziel der Therapie sei. Zusammenfassend kommt der RAD zum Schluss, dass einzig die Fähigkeit zur Abstinenz geringer geworden zu sein scheine. Diese sei bis anhin allerdings noch nie richtig angegangen worden, zum Beispiel in einer ausreichend langen stationären Suchtbehandlung wie einer 6-monatigen stationären Entwöhnungsbehandlung. Diesbezüglich kann dem RAD-Arzt gefolgt werden. Aktenkundig ist zwar, dass beim Beschwerdeführer in der Vergangenheit schon mehrere Entwöhnungsversuche durchgeführt wurden und diese gerade nicht erfolgreich waren. Der längste Aufenthalt wurde jedoch nach lediglich knapp vier Monaten wieder abgebrochen, eine stationäre Entwöhnungsbehandlung während sechs Monaten, die durchaus zu einem Erfolg führen könnte, hat bis anhin somit noch gar nie stattgefunden. Mit der Frage, ob es dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen überhaupt zumutbar ist, im Rahmen der Schadenminderung abstinent zu bleiben, hat sich der RAD-Arzt hingegen nicht auseinandergesetzt. Diesbezüglich ist der Sachverhalt somit weiterhin abklärungsbedürftig.

5.3.2 Weiter weist der Beschwerdeführer darauf hin, dass er zusätzlich zur Suchterkrankung neu auch noch an einer PTBS, einer Depression und einer Persönlichkeitsstörung leide.

5.3.2.1 Was die angesprochene Persönlichkeitsstörung anbelangt, zeigt sich, dass in den Berichten des F. _____ vom 24. März 2021 (IV-act. 63) und 22. Juni 2021 (IV-act. 74) als Hauptdiagnose unter anderem eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.30) aufgeführt wird. Der Beschwerdeführer übersieht jedoch, dass diese Diagnose – wie von den Ärzten des F. _____ explizit vermerkt – lediglich aktenanamnestisch gestellt wurde. Dabei haben sich die Ärzte des F. _____ sehr wahrscheinlich auf die Berichterstattung von Dr. med. J. _____ bezogen, ging diese doch bereits mit Bericht vom 8. Januar 2016 (IV-act. 11) und später auch mit Bericht vom 28. Juni 2018 (IV-act. 44) von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) aus. In der Folge übernahmen die Ärzte des F. _____ die genannte Diagnose. Damit kann aber keine Rede davon sein, dass die seitens der Behandlerin vorgebrachte Diagnose mit den Berichten des F. _____ bestätigt worden wäre, wird darin doch vielmehr lediglich eine aktenanamnestische Diagnose aufgeführt. Wie RAD-Arzt C. _____ sodann zutreffend festgestellt hat, hat sich Dr. D. _____ in seinem Gutachten aus dem Jahr 2016 eingehend mit der bereits zum damaligen Zeitpunkt seitens der Psychiaterin diagnostizierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ auseinandergesetzt und aufgezeigt, dass diese Diagnose in Anbetracht des jahrelangen Substanzkonsums nicht nachvollziehbar sei. Eine Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F60 wurde gutachterlich gerade ausgeschlossen.

5.3.2.2 Des Weiteren ist aktenkundig, dass die Behandler eine eigenständige depressive Störung diagnostizierten. Diesbezüglich merkte RAD-Arzt C. _____ mit Stellungnahme vom 25. Februar 2022 an, dass im Rahmen der Abhängigkeitserkrankung Verhaltensauffälligkeiten, die an eine Persönlichkeitsstörung oder eine affektive Beeinträchtigung, wie zum Beispiel eine depressive Störung denken liessen, störungsimmanent seien. Sie würden also in einem Grossteil der Fälle zu der Suchterkrankung gehören. Weiter führte der RAD-Arzt aus, dass diese Auffälligkeiten in der Vergangenheit unter Entzugsbehandlung rückläufig gewesen seien, sodass der Gutachter Dr. D. _____ diese Verhaltensauffälligkeiten folgerichtig als eigenständige psychische Gesundheitsschäden habe ausschliessen können. Der RAD-Arzt anerkannte im Weiteren, dass auch in den Behandlungen der Jahre 2020/2021 allenfalls leichtgradig

ausgeprägte depressive Symptome zu Beginn der Behandlung festgestellt worden seien. Gleichzeitig stellte er aber auch zu Recht fest, dass eine ausreichend lange Beobachtungsdauer, die nach Entzug eine weiterhin bestehende klinisch relevante depressive Störung hätte objektivieren können, explizit nicht dokumentiert sei, weshalb es aus versicherungspsychiatrischer Sicht von den Behandlern recht gewagt gewesen sei, hier dennoch eine eigenständige depressive Störung zu behaupten. Inwiefern diese Schlussfolgerung des RAD-Arztes nicht schlüssig sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht.

5.3.2.3 Schliesslich wurde während der stationären Aufenthalte in der Klinik H. _____ im Jahr 2019 (IV-act. 54 und 72) sowie im F. _____ im Jahr 2021 (IV-act. 63 und 74) neu die Diagnose einer PTBS mit Bezug auf belastende Ereignisse in der Lebensgeschichte (Kriegserlebnisse und Flucht im Bosnienkrieg, körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit durch nahe Bezugsperson, Unfalltod [2019] des K. _____ Sohnes) gestellt. Diese Diagnosestellung wurde durch Psychiatriefacharzt C. _____ gewürdigt. Dabei stellte er mit Stellungnahme vom 20. Dezember 2021 fest, dass im CTQ lediglich Hinweise auf das Vorliegen von schwerem emotionalem und physischem Missbrauch sowie schwerer emotionaler und physischer Vernachlässigung bestanden hätten und der PDS2 nicht abschliessend beurteilt werden können. Die diagnostischen Grundlagen seien somit nicht fundiert gewesen, weshalb die Diagnose nicht validiert und allenfalls als Hypothese zu verstehen sei bei anamnestisch berichteten lebensgeschichtlichen traumatischen Bedingungen. Weiter wies der RAD-Arzt darauf hin, dass die Diagnose der PTBS gutachterlich im Kalenderjahr 2016 hätte erkannt werden müssen, falls die Störung auch klinisch und anamnestisch untermauert objektivierbar gewesen wäre. Aufgrund dessen beurteilte er die traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit als eine einmalige Interpretation von Verhaltensauffälligkeiten durch die jahrelange Suchtmittelabhängigkeit und nicht als neue Diagnose. Dies erscheint auf den ersten Blick insofern nachvollziehbar, als auch Dr. D. _____ in seinem Gutachten aus dem Jahr 2016 in Kenntnis der traumatischen Erinnerungen an den Krieg keine PTBS diagnostizierte. Wie der Beschwerdeführer jedoch zutreffend darauf hingewiesen hat, kam es im Jahr 2019 und somit im Nachgang zur Begutachtung zu einer zusätzlichen erheblichen psychischen Belastung im Zusammenhang mit dem Unfalltod seines K. _____ Sohnes. Mit den Folgen dieses Todes setzte sich der RAD-Arzt erst im Rahmen seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2022 auseinander. Dabei anerkannte auch RAD-Arzt C. _____, dass der Tod des Sohnes einen neuen schweren Schicksalsschlag darstelle. Soweit der RAD-Arzt darüber hinaus aber zum Schluss kam,

dass der Tod des Sohnes nicht als so schwerwiegendes Ereignis zu sehen sei, wie es für die Stellung der Diagnose einer PTBS notwendig sein müsse, erscheint dies nicht nachvollziehbar. Gemäss ICD-10 entsteht die PTBS als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Inwiefern der Tod des eigenen K. _____ Kindes nicht als ein derart belastendes Ereignis angesehen werden kann, erschliesst sich dem Gericht nicht, zumal in Bezug auf die Todesumstände den Akten keine genaueren Angaben entnommen werden können. Insbesondere steht auch nicht fest, ob der Beschwerdeführer im Todeszeitpunkt des Sohnes anwesend war oder nicht. Wie der Beschwerdeführer zu Recht festgestellt hat, greifen die diesbezüglichen Ausführungen des RAD-Arztbesprechers zu kurz, um die fachärztlich gestellte Diagnose der PTBS zu verwerfen. Dementsprechend kann auch in diesem Zusammenhang nicht auf die RAD-Beurteilung abgestellt werden.

5.3.3 Zu guter Letzt merkt der Beschwerdeführer an, dass seine Suchterkrankung einen engen Zusammenhang mit der Epilepsie habe. Aufgrund des fortgesetzten Suchtmittelkonsums über die letzten Jahre wäre daher genauer abzuklären gewesen, ob dies auch einen Einfluss auf die Epilepsie habe. Soweit der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang eine Verletzung der Abklärungspflicht vorwirft, kann ihm nicht gefolgt werden. Wie sich aus dem Nachtragsbericht zur Konsultation vom 24. November 2020 (IV-act. 68 S. 10 f.) der Neurologin Dr. med. L. _____ ergibt, erlitt der Beschwerdeführer letztmalig am 24. April 2015, mithin noch vor der neurologischen Begutachtung bei Dr. D. _____, welcher eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestätigt hatte, einen epileptischen Anfall. Anlässlich der Untersuchung im November 2020 zeigte sich ein normaler neurologischer Befund. Aus neurologischer Sicht wurde weder eine Arbeitsunfähigkeit attestiert noch waren weitere Behandlungsmassnahmen angezeigt (Bericht von Dr. L. _____ vom 15. Juni 2021 [IV-act. 73]). Inwiefern die Beschwerdegegnerin bei diesem Sachverhalt zu weiteren Abklärungen verpflichtet gewesen wäre, erschliesst sich dem Gericht nicht. Die Akten enthalten jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in neurologischer Hinsicht.

6. Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich eine Leistungsablehnung lediglich gestützt auf die RAD-Beurteilung verbietet, bestehen vorliegend doch zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. C. _____.

Während die Ausführungen hinsichtlich der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ und der depressiven Störung bzw. die Nichtnachvollziehbarkeit dieser behandlerseits neu gestellten Diagnosen als schlüssig erscheinen, kann das Auftreten einer PTBS im Nachgang zum Tod des Sohnes lediglich gestützt auf die versicherungsinterne Stellungnahme nicht ausgeschlossen werden. Es bedarf daher ergänzender Abklärungen, insbesondere einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung; dies umso mehr, als das Gutachten von Dr. D. _____ bereits etwas älter ist, datiert dieses doch vom 27. September 2016. Zu diesem Zweck ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch eine allfällige Verschlechterung der Suchterkrankung sowie die Frage, ob es dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen überhaupt zumutbar ist, im Rahmen der Schadenminderung abstinent zu bleiben, zu klären sein. Eine neurologische Verlaufsbeurteilung erübrigt sich hingegen, gibt es diesbezüglich doch keinerlei Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Jahr 2016. Nach Beantwortung der noch offenen Fragen wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben.

7. Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung vom 29. März 2022 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Insoweit erweist sich die Beschwerde als begründet, weshalb sie gutzuheissen ist.

8. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens von der Beschwerdegegnerin zu tragen ist. Praxisgemäss wird die Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zusteht. Dem Beschwerdeführer ist zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt wird.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. März 2022 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Der Beschwerdegegnerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteien-schädigung im Betrage von Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils) und an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Zug, 18. März 2024

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am