



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz

lic. iur. Sarah Schneider und lic. iur. Judith Fischer

Gerichtsschreiber: MLaw Mauriz Müller

U R T E I L vom 8. September 2025 *[rechtskräftig]*

gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

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

Beschwerdeführer

vertreten durch RA lic. iur. Christine Fleisch, Kanzlei am Park,

Lutherstrasse 36, 8004 Zürich

gegen

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

Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung

(Rente)

A. Der 1986 geborene A. \_\_\_\_\_ war zuletzt von 1. September 2018 bis 31. März 2019 bei der B. \_\_\_\_\_ GmbH (mittlerweile aus dem Handelsregister gelöscht) als Schaler in einem Vollpensum angestellt, wobei ihm nach einem Arbeitsunfall (Treppensturz) am 23. März 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (IV-act. 1, 11/7, 11/130 und 11/145). Unter Hinweis auf dabei zugezogene Rücken- und Kopfbeschwerden (Bandscheibenvorfall L4/L5 und Kopfschmerzen aufgrund des Sturzes auf den Kopf) meldete sich der Versicherte am 4. November 2019 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Suva bei und holte bei der C. \_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 24. Oktober 2022 erstattet wurde (IV-act. 42). Nachdem die IV-Stelle das Gutachten dem regional ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vorgelegt hatte (vgl. Stellungnahmen des somatischen RAD vom 4. November 2022 und des psychiatrischen RAD vom 6. Dezember 2022; IV-act. 45 und 48), stellte sie mit Vorbescheid vom 15. Februar 2023 (IV-act. 50) in Aussicht, dem Versicherten ab 1. August 2022 bis 31. Mai 2023 eine befristete Rente von 59 % einer ganzen Invalidenrente zuzusprechen. Das im Einwandverfahren vom Versicherten eingereichte ärztliche Zeugnis der behandelnden Psychiaterin vom 13. April 2023 (IV-act. 60) legte die IV-Stelle dem psychiatrischen RAD zur Beurteilung vor (vgl. Stellungnahme vom 23. Mai 2023; IV-act. 61). Im Anschluss verfügte sie am 23. November 2023 im angekündigten Sinne (Bf-act. 2).

B. Der Versicherte erhob am 9. Januar 2024 (act. 1) Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. November 2023 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Mai 2020 eine Rente von 59 % einer ganzen IV-Rente zuzusprechen; eventualiter sei bei der C. \_\_\_\_\_ ein psychiatrisches Verlaufsgutachten einzuholen und danach sei über den Anspruch auf eine IV-Rente neu zu entscheiden. Zudem beantragte er, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person der unterzeichnenden Rechtsvertreterin eine unentgeltliche Rechtsbeiständin beizugeben (S. 2).

C. Mit Verfügung vom 19. Februar 2024 bewilligte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und stellte ihm für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in der Person von Rechtsanwältin lic. iur. Christine Fleisch eine unentgeltliche Rechtsbeiständin bei (act. 4).

D. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 20. März 2024 (act. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 25. März 2024 (act. 6) zur Kenntnis gebracht wurde.

E. Mit Eingabe vom 24. April 2024 (act. 7) reichte der Beschwerdeführer einen Bericht seiner behandelnden Psychiaterinnen vom 12. April 2024 (Bf-act. 3) ein. Eingabe und Bericht wurden der IV-Stelle am 29. April 2024 mit Frist bis zum 21. Mai 2024 für eine allfällige Stellungnahme zugestellt (act. 8). Die IV-Stelle liess sich in der Folge nicht vernehmen.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) gegeben. Die angefochtene Verfügung datiert vom 23. November 2023. Mit der am 9. Januar 2024 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift ist die 30-tägige Frist nach Art. 60 Abs. 1 ATSG unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gemäss Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. c 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). Die Beschwerde ist zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Die

angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (BGer 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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).

2.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 145 V 215 E. 5.1). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, BGer 8C\_630/2024 vom 5. Juni 2025 E. 3).

2.4 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis am 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung sowie in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung Versicherte, die:

- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

2.5 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. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) 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 (antizipierende Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3). 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 9C\_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 23. November 2023 (Bf-act. 2) gestützt auf das C. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Oktober 2022 sowie die RAD-Stellungnahmen damit, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schaler/Bauarbeiter seit März 2019 nicht mehr zumutbar sei, sich in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Wirbelsäulen-Zwangshaltung auf somatischem Fachgebiet, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit begründen lasse. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung am 30. August 2022 habe eine mittelgradig depressive Episode vorgelegen, weshalb ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen sei. Spätestens sechs Monate nach der Begutachtung sei davon auszugehen, dass die depressive Störung remittiert sei und damit eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit ab März 2023 ent falle. Beim Einkommensvergleich resultiere unter Verwendung der Tabellen der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) für die Zeit vor August 2022 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 8 %, in der Zeit ab August 2022 (vorübergehende psychische Verschlechterung) unter Berück-

sichtigung eines leidensbedingten Tabellenlohnabzuges von 10 % (Abzug für Teilzeitarbeit) ein Invaliditätsgrad von 59 %, weshalb ab 1. August 2022 ein Anspruch auf eine Rente von 59 % einer ganzen Rente bestehe, und für die Zeit ab März 2023 (volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10 %, weshalb der Rentenanspruch unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartefrist per 31. Mai 2023 zu befristen sei.

3.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde vom 9. Januar 2024 (act. 1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, ausgehend von den medizinischen Akten der Behandler sei eine rezidivierende depressive Störung seit dem Unfallereignis erwiesen. Die Äusserung im psychiatrischen Gutachten, dass auf den Bericht der behandelnden Psychiaterinnen vom 17. März 2020 nicht abgestellt werden könne, sei nicht nachvollziehbar, da in diesem Bericht diejenigen Kriterien erwähnt würden, welche auch im Gutachten erwähnt würden. Auch in den übrigen vorgängigen Berichten fänden sich Hinweise auf eine bereits zuvor bestehende depressive Störung. Ferner sei eine Remission der depressiven Störung entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin im Nachgang zur Begutachtung nicht eingetreten, was sich aus aktuelleren Berichten der behandelnden Psychiaterin ergebe. Es müsse davon ausgegangen werden, dass bereits ab November 2019 eine depressive Störung sowie eine chronische Schmerzstörung ausgewiesen gewesen seien, welche die Leistungsfähigkeit im Rahmen von 50 % einschränkten. Daher bestehe ein unbefristeter Anspruch auf eine Rente von 59 % einer ganzen IV-Rente ab dem 1. Mai 2020 (S. 10–12). Im Sinne eines Eventualantrages dränge sich eine Verlaufsbegutachtung auf. Es gäbe keine medizinischen Berichte, welche beweisen würden, dass die depressive Symptomatik remittiert sei. Diesbezüglich handle es sich um eine unbewiesene Annahme des RAD. Insofern sei der relevante Sachverhalt in Verletzung des Untersuchungsprinzips durch die IV-Stelle ungenügend abgeklärt worden (S. 13).

3.3 Ergänzend führte die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 20. März 2024 (act. 5) aus, der psychiatrische Gutachter sei davon ausgegangen, dass bei adäquater Therapierung von einer Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik auszugehen sei. Es entspreche sodann auch einer psychiatrischen Erfahrungstatsache, dass eine mittelgradige depressive Episode bei geeigneter Therapierung normalerweise innert spätestens sechs Monaten auf das Vorniveau remittiert werden könne, was insbesondere dann gelte, wenn – wie vorliegend – noch keine Chronifizierung eingetreten sei. In seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2023 habe der RAD-Psychiater die zu erwartende Remittierung der depressiven Störung unter leitliniengerechter Behandlung spätestens nach einem hal-

ben Jahr bestätigt. Zudem habe der psychiatrische Gutachter nicht die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode gestellt, sondern festgestellt, dass der Beschwerdeführer aktuell genügend Kriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode erfülle. Dieser Hinweis auf fehlende Dauerhaftigkeit lasse die Einschätzung des RAD-Psychiaters nachvollziehbar erscheinen. Der psychiatrische Gutachter habe ausführlich begründet, weshalb er mit den Feststellungen und Diagnosen der behandelnden Psychiaterin im Bericht vom 13. April 2020 [gemeint sein dürfte vom 17. März 2020] nicht einig gehe. Im Übrigen habe er auch festgehalten, dass es in den Akten keine Hinweise darauf gebe, dass es bereits früher solche Episoden gegeben haben könnte, weshalb er eben nicht von einer rezidivierenden depressiven Episode ausgehe. Gestützt auf die Angaben im psychiatrischen Teilgutachten und des RAD-Psychiaters werde bestritten, dass im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung von einer Chronifizierung der depressiven Problematik auszugehen sei. Von einer Verlaufsbeurteilung sei kein wesentlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten, weshalb davon abzusehen sei (S. 3–5).

3.4 Mit Eingabe vom 24. April 2024 (act. 7) machte der Beschwerdeführer unter Verweis auf den miteingereichten Bericht der behandelnden Psychiaterinnen vom 12. April 2024 (Bf-act. 3) im Wesentlichen geltend, dass aufgrund der psychischen Leiden weiterhin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei.

3.5 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. November 2023 zu Recht lediglich eine vom 1. August 2022 bis 31. Mai 2023 befristete Invalidenrente von 59 % einer ganzen Rente zugesprochen hat.

Unbestritten und durch die Akten ausgewiesen sind die funktionellen Einschränkungen aufgrund der somatischen Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. So ist gemäss dem zu Recht unbestritten gebliebenen somatischen Teil des in Übereinstimmung mit den Angaben der behandelnden Fachärzte verfassten C.\_\_\_\_\_ -Gutachtens erstellt, dass dem Beschwerdeführer aufgrund eines chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms seit dem Unfall am 23. März 2019 noch körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen und ohne repetitives Treppensteigen, hinknien, kauern, in die Hocke gehen und Leitern besteigen zumutbar sind und er somit seit diesem Zeitpunkt in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schaler/Hilfsarbeiter sowie als (Kranken-)Pfleger, wofür er im Kosovo eine 4-jährige Ausbildung absolviert hatte (IV-act. 1 S. 5), – mithin in seiner angestammten Tätigkeit – nicht mehr arbeitsfähig ist (IV-act. 42/2–75 S. 8–10; vgl. auch E. 5.1 nachstehend).

Es bleibt deshalb zu prüfen, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verhält. Diesbezüglich stehen bei feststehendem somatischen Belastungsprofil die Auswirkungen der psychischen Leiden im Vordergrund, wobei insbesondere die zeitliche Dimension einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Beeinträchtigung durch die psychische Erkrankung im Fokus steht. Dies, sowohl für die Zeit vor der durch das C.\_\_\_\_\_ -Gutachten diesbezüglich ab dem 30. August 2022 attestierten Arbeitsunfähigkeit als auch für die Zeit ab der von der IV-Stelle per März 2023 angenommen gesundheitlichen Verbesserung aufgrund einer vermeintlichen Remission der depressiven Störung (Aufhebung der Rente per 1. Juni 2023).

Bei am 4. November 2019 (IV-act. 1) erfolgter Anmeldung zum Leistungsbezug kommt ein Rentenanspruch frühestens per 1. Mai 2020 in Frage (Art. 29 IVG).

4.

4.1 Im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019 (IV-act. 12/16-20) über eine Hospitalisation vom 12. bis 25. April 2019 zur somatischen Rehabilitation nach dem Treppensturz am 23. März 2019 wurde u.a. als Nebendiagnose eine Depression aufgeführt (S. 1). Es wurde darin berichtet, dass der Beschwerdeführer zur Unterstützung bei der Krankheits- respektive Sturzverarbeitung ein einzelnes psychologisches Gespräch in Anspruch genommen habe, wobei er sich bei erhaltenem emotionalem Rapport affektiv schwingungsfähig und keine Anzeichen von psychischen Unfallfolgen (wie z.B. übermässige Schreckhaftigkeit, gesteigerte Wachsamkeit, Anhedonie, Schlaflosigkeit) gezeigt habe (S. 2).

4.2 Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, berichtete am 7. August 2019 (IV-act. 12/12–13) über eine gleichentags erfolgte Untersuchung zum Befund u.a., der Beschwerdeführer sei im Kontakt zugewandt, wach und vollständig orientiert ohne pathologische Stimmungsauslenkung oder floride psychotische Symptome.

4.3 Im Bericht der Schmerzklinik des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 8. August 2019 (IV-act. 12/9–11) über eine Sprechstunde vom Vortag wurden neben somatischen Diagnosen (chronifizierte, panvertebrale Schmerzen; Verdacht auf Migräne mit Aura; unbekannter Morbus Crohn und Adipositas) auch eine Depression aufgeführt.

4.4 Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, bei welchem der Beschwerdeführer seit Mai 2013 in Behandlung steht, führte in seinem Bericht vom 23. November 2019 (IV-act. 12/1–6) neben den somatischen Diagnosen einer Diskushernie L4/5 mit deutlicher L5-Wurzelaaffektion, sowie chronische Spannungskopfschmerzen auch eine Depression als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf und attestierte eine seit 23. März 2019 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (S. 2 f.).

4.5 Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Assistenzärztin Psychiatrie Dr. med. I. \_\_\_\_\_ von der J. \_\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer seit 12. November 2019 in Behandlung stand (Ziff. 1.1; Erstanmeldung in der Praxis: 9. August 2012), nannten in ihrem Bericht vom 17. März 2020 (IV-act. 17) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2), einen Verdacht auf eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; Ziff. 2.5) und attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zumindest seit 12. November 2019 (Ziff. 1.3).

In den Verlaufsberichten vom 2. Oktober 2020 (IV-act. 25) und vom 26. März 2021 (IV-act. 30) gaben sie an, der Gesundheitszustand sei stationär, Diagnosen, Befunde und die Arbeitsunfähigkeit seien unverändert.

4.6 Doktor med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. univ. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie FMH, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, med. prakt. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. O. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe Neuropsychologie FSP, von der C. \_\_\_\_\_ nannten in ihrem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten vom 24. Oktober 2022 (IV-act. 42) in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – neben diversen somatischen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 f.) – eine mittelgradige depressive Episode, Erschöpfungsdepression (ICD-10 F32.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei medio rechts rezessaler Diskushernie L4/5 mit Kompression der L5-Wurzel rechts bei einem Zustand nach Treppensturz mit Lendenwirbelsäulen (LWS)- und Hüftkontusion rechts am 23. März 2019 (IV-act. 42/2–75 S. 8).

Die Gutachter hielten in ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung fest, die Gesamtarbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sei bestimmt durch die Erkrankungen des Bewegungsapparates, welche diese aufhebe. Sie wäre in angestammter Tätigkeit aber auch bereits deutlich eingeschränkt durch die psychischen Gesundheitsstörungen. In angepassten Tätigkeiten ergäben sich lediglich Einschränkungen durch die psychiatrischen Gesundheitsstörungen, sodass die Gesamtarbeitsfähigkeit derjenigen auf psychiatrischem Gebiet entspreche, denn in angepassten Tätigkeiten bestünden rheumatologisch, neurologisch und allgemein-internistisch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Schaler/Hilfsarbeiter bzw. als Pfleger bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (100 % Arbeitsunfähigkeit) seit dem 23. März 2019 (Sturz) aufgrund der bei diesen Tätigkeiten erforderlichen Gewichtsbelastungen im Rückenbereich. Die Arbeitsfähigkeit betrage aus polydisziplinärer Sicht für angepasste Tätigkeiten zumindest seit dem 30. August 2022 50 %. Als angepasst gelten könnten Tätigkeiten ohne Zeitdruck, in konfliktarmer Arbeitsatmosphäre, ohne Überwachungsfunktion bzw. ohne besondere Verantwortung und ohne erhöhte Gefährdungen, möglichst auch ohne Fahrtätigkeit. Weiter seien nur körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen und ohne repetitives Treppensteigen, hinknien, kauern, in die Hocke gehen und Leitern besteigen möglich (S. 10).

Weiter führten die Gutachter aus, die Weiterführung der aktuellen ambulanten und psychologischen Behandlung und die weitere Gabe von Medikamenten unter Serumspiegelkontrolle seien sinnvoll. Die Benzodiazepin-Medikation solle möglichst nur bedarfsweise durchgeführt werden. Wenn die depressiven Symptome durch die Weiterführung der aktuellen ambulanten psychiatrischen Behandlung und die weitere Gabe von Medikamenten nicht wesentlich geringer würden, wäre auch eine Teilnahme in einer Tagesklinik oder die Durchführung einer stationären Behandlung sinnvoll. Dies sei wie die Medikation auch zumutbar, wobei sich eine Erfolgsprognose quantitativ und zeitlich nicht vorausbestimmen lasse. Sinnvoll sei eine Kontrolle des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit in circa einem Jahr (S. 11).

4.7 RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 6. Dezember 2022 (IV-act. 48) aus, es sei davon auszugehen, dass die anlässlich der Begutachtung diagnostizierte mittelgradig ausgeprägte depressive Störung wieder remittiere und damit eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit entfalle. Die gutachterlich beurteilte Arbeitsunfähigkeit begründe sich hauptsächlich auf die aktuell objektivierte depressive Episode. Aus Sicht des RAD könne auf das Gutachten abgestützt werden.

4.8 Im ärztlichen Zeugnis vom 13. April 2023 (IV-act. 60) berichtete Dr. I. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich aus fachärztlicher Sicht seit der letzten Beurteilung nicht verbessert. Aufgrund der Chronifizierung der längerdauernden Angstsymptomatik, der bestehenden Zwangssymptomatik sowie depressiven Symptomatik sei er kaum leistungsfähig und gering belastbar. Bereits kleinere Anforderungen führten zu einer Überforderung und einer damit verbundenen Verschlechterung der psychischen Verfassung. Es würden immer wieder depressive Einbrüche auftreten.

4.9 RAD-Arzt Dr. P. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2023 (IV-act. 61) fest, die behandelnde Psychiaterin Dr. I. \_\_\_\_\_ wiederhole im Prinzip die in ihren vorgängigen IV-Arztberichten, insbesondere vom 17. März 2020, dokumentierten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen gemischt, die der Gutachter vor seiner Begutachtung als nicht ausreichend begründet belegt habe. Eine Verschlechterung nach der Begutachtung werde von Dr. I. \_\_\_\_\_ ausdrücklich nicht vorgebracht, lediglich keine Verbesserung, so dass es sich weiterhin um eine andere Beurteilung des unveränderten Gesundheitsschaden handele, wobei aus versicherungspsychiatrischer Sicht der therapeutenunabhängigen Expertise mehr Gewicht zuzumessen sei und es somit bei den bisher festgestellten Grundlagen zu dem medizinischen Sachverhalt, wie er in der Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 (E. 4.7) festgehalten worden sei, bleibe.

4.10 Im vom Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht vom 12. April 2024 (Bf-act. 3) führten Dres. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ u.a. aus, der Sachverhalt bzw. die Symptomatik seien seit letzter Berichterstattung unverändert (S. 1). Der Beschwerdeführer nehme an Medikamenten Paroxetin, Zolpidem und Temesta bei Bedarf ein. Es sei kein Medikamentenspiegel durchgeführt worden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % im angestammten Beruf und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit zumindest eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Komorbiditäten der psychiatrischen Erkrankungen und dadurch bedingter Einschränkungen. Es handele sich um eine langjährige Krankheitsgeschichte mit wiederholten depressiven Einbrüchen, wiederkehrender Exacerbation der Angst- und Zwangssymptomatik sowie wiederholten therapeutischen Versuchen und auch eigenständigen erfolglosen Arbeitsversuchen. Der Beschwerdeführer könne sich aufgrund seiner Ängste, Unsicherheiten sowie einem gewissen Misstrauen nicht vorstellen in eine teil- oder stationäre Behandlung zu

begeben. Bei fehlender Motivation und Vertrauen in die teil- oder stationären Einrichtungen wäre eine Anmeldung nicht zielführend (S. 3). Es handele sich um eine komplexe und langjährige Krankheitsgeschichte, was sich ungünstig auf den Verlauf auswirke, wobei man von einer Chronifizierung ausgehen könne. Die bisherigen Erfahrungen zeigten, dass von einer Langzeittherapie ausgegangen werden könne, wobei die therapeutischen Fortschritte nur in sehr kleinen Schritten zu erreichen seien (S. 4).

5.

5.1 Dem im Rahmen von Art. 44 ATSG eingeholten C.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 24. Oktober 2022 (E. 4.6) lagen internistische, rheumatologische, neurologische, neuropsychologische und psychiatrische Untersuchungen zugrunde. Es beruht damit auf den erforderlichen allseitigen klinischen Untersuchungen, der vorhandenen und veranlassten Bildgebung sowie einem eigens eingeholten Labor mit u.a. Medikamentenspiegel und Substanzscreening (IV-act. 42/2–75 S. 2, S. 20, S. 30, S. 48–50, S. 58; IV-act. 42/76–84 S. 6 f.; IV-act. 42/85–87). Das dem Gutachten zugrunde liegende psychiatrische Teilgutachten von med. pract. N.\_\_\_\_\_ (IV-act. 42/2–75 S. 25–43) entspricht mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung bei der klinischen Exploration den bundesgerichtlichen Vorgaben an eine beweiskräftige psychiatrische Expertise (BGer 8C\_130/2023 vom 8. August 2023 E. 4.4.4 mit Hinweisen). Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet; so insbesondere auch mit den Berichten der behandelnden Psychiaterinnen (S. 5 f., S. 22, S. 33–38, S. 52, S. 62–74 sowie sogleich E. 5.2). Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Dabei zeigten sie auf, dass im Rahmen der somatischen Untersuchungen zwar Inkonsistenzen beobachtet werden konnten, gewisse Angaben im Tagesablauf und zum Sozialleben nicht stimmig waren und bei der neuropsychologischen Untersuchung durchgängig auffällige Validierungstests imponierten, jedoch die anamnestischen Angaben, die Angaben in den Akten, der Befund bei der Untersuchung, Ergebnisse des Labors und Substanzscreenings psychiatrisch weitgehend zusammenpassten, sodass von Verdeutlichungstendenzen ausgegangen werden muss, sich jedoch die psychischen Symptome (Müdigkeit, Erschöpfung, ausgelaugt sein, sich nicht aufrufen können, Konzentrationsprobleme) im Rahmen der depressiven Episode erklären (S. 7).

Die Gutachter legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge aus internistischer, rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Einerseits

legten die somatischen Gutachter gestützt auf ihre klinischen Untersuchungen, die medizinischen Akten und die Bildgebung überzeugend dar, dass der Beschwerdeführer aufgrund des chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms aus rheumatologischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit insofern eingeschränkt ist, als ihm nurmehr körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen und ohne repetitives Treppensteigen, hinknien, kauern, in die Hocke gehen und Leitern besteigen seit dem 23. März 2019 zumutbar sind, jedoch aus internistischer, neurologischer und neuropsychologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt (E. 4.6). Andererseits zeigte med. prakt. N.\_\_\_\_\_ in seinem beweiskräftigen psychiatrischen Teilgutachten im Lichte der massgebenden Indikatoren (BGE 145 V 361 E. 4.3; 148 V 49 E. 6.2.1) unter Berücksichtigung von Konsistenz und Plausibilität sowie unter Würdigung der Persönlichkeit, seiner Fähigkeiten, der Belastungsfaktoren und Ressourcen (IV-act. 42/2–75 S. 32 f. und 38–41), in Beachtung der auffälligen Leistungsvalidierung bei der neuropsychologischen Beurteilung (S. 31 und S. 36) und bei detailliert erhobenem psychopathologischem Befund (S. 30) plausibel auf, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode (Erschöpfungsdepression) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren insofern in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, als ihm seit dem 30. August 2022 noch Tätigkeiten ohne Zeitdruck, in konfliktarmer Arbeitsatmosphäre, ohne Überwachungsfunktion bzw. ohne besondere Verantwortung und ohne erhöhte Gefährdungen, möglichst auch ohne Fahrtätigkeit zu 50 % zumutbar sind (S. 8 und S. 10). Der von den Gutachtern in ihrer polydisziplinären Gesamtbeurteilung gezogene Schluss, dass dem Beschwerdeführer seit dem 23. März 2019 somatisch bedingt nur noch Tätigkeiten gemäss dem somatischen Belastungsprofil zumutbar sind, er entsprechend in der angestammten Tätigkeit seit damals nicht mehr arbeitsfähig ist und ihm seit dem 30. August 2022 zusätzlich aufgrund der psychischen Erkrankungen nur noch angepasste Tätigkeiten unter Beachtung des formulierten interdisziplinären somatisch-psychiatrischen Belastungsprofil zu 50 % zumutbar sind, überzeugt.

Damit entspricht das schlüssige C.\_\_\_\_\_ -Gutachten sämtlichen bundesgerichtlichen Vorgaben an eine beweiskräftige Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1).

## 5.2

5.2.1 Der Beschwerdeführer bemängelte das C.\_\_\_\_\_ -Gutachten dahingehend, als dass er die Äusserung im psychiatrischen Gutachten, auf den Bericht der behandelnden Psychiaterinnen vom 17. März 2020 könne nicht abgestellt werden, für nicht nachvollziehbar erachtete. Zudem stellte er sich mit Verweis auf die von den Behandlern erwähnte De-

pression auf den Standpunkt, dass diese bereits seit dem Unfall im März 2019 bestehe (E. 3.2; zum Gesundheitszustand nach der Begutachtung vgl. sogleich E. 5.3 f.).

5.2.2 Die beweiskräftige gutachterliche Beurteilung von med. prakt. N. \_\_\_\_\_ erfolgte in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den medizinischen Unterlagen (IV-act. 42/2–75 S. 33–38 und S. 41 sowie E. 5.1 vorstehend).

Med. prakt. N. \_\_\_\_\_ setzte sich im Detail mit dem Bericht der behandelnden Psychiaterinnen Dres. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ vom 17. März 2020 (E. 4.5) auseinander. Dabei bestätigte er die von diesen gesellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV-act. 42/2–75 S. 34 oben) und zeigte plausibel auf, dass mangels der dafür notwendigen Diagnosekriterien sich weder die Diagnose einer Zwangsstörung noch die Diagnose einer hypochondrischen Störung stellen lassen (S. 37 f.). Ausführlich handelte med. prakt. N. \_\_\_\_\_ die depressive Störung ab und legte dar, dass zwar im Moment der Begutachtung die ICD-10-Kriterien zur Stellung einer depressiven Episode mit mittelgradiger Ausprägung gegeben waren, sich jedoch anhand der Akten keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Beschwerdeführer zuvor schon einmal eine solche Erkrankung hatte, weshalb er – im Gegensatz zum Bericht vom 17. März 2020 – auch keine Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung stellte. Wenngleich, wie der Beschwerdeführer vorbrachte, im Bericht vom 17. März 2020 gewisse diagnostische Kriterien aufgeführt wurden (vgl. E. 3.2 und IV-act. 17 Ziff. 2.4), erläuterte med. prakt. N. \_\_\_\_\_ überzeugend, dass im Selbigen weder die Stellung der Diagnose anhand des psychopathologischen Befundes noch der Schweregrad der Erkrankung begründet wurden und sich darin auch keine Hinweise auf eine vorgängige depressive Episode entnehmen lassen (IV-act. 42/2–75 S. 34 unten und S. 41), weshalb er – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (E. 3.2) – zu Recht zum Schluss kam, dass nicht auf den Bericht vom 17. März 2020 abgestellt werden kann und eben nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen ist. Es genügt denn auch nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflicherwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 145 V 361 E. 4.3). Dies fehlt im Bericht vom 17. März 2020. Bei den Verlaufsberichten der behandelnden Psychiaterinnen Dres. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2020 und vom 26. März 2021 (E. 4.5 bzw. IV-act. 25 und 30) handelt es sich um kurze Formularberichte mit der Aussage, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe. Weder findet sich in diesen ein Befund

noch eine Herleitung funktioneller Einschränkungen, womit diesen Berichten über den Gesundheitszustand keine Aussagekraft zukommt und sich eine inhaltliche Auseinandersetzung – bei Kenntnis dieser Formularberichte (vgl. IV-act. 42/2–75 S. 67 f.) – durch med. prakt. N. \_\_\_\_\_ erübrigte.

Auch aus den übrigen – nicht psychiatrisch-fachärztlichen – Berichten lassen sich, wie dies med. prakt. N. \_\_\_\_\_ zutreffend feststellte (IV-act. 42/2–75 S. 41), keine Hinweise auf ein relevantes depressives Geschehen entnehmen. Zwar wird verschiedentlich eine Depression erwähnt, in den vorhandenen Berichten aber weder ein entsprechender Befund erhoben noch die Diagnose oder damit in Zusammenhang stehende funktionelle Einschränkungen hergeleitet. Im Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 6. Mai 2019 (E. 4.1) über eine somatische Rehabilitation im April nach dem Treppensturz am 19. März 2019 wurde als Nebendiagnose u.a. eine Depression aufgeführt, jedoch wurde während eines einzelnen psychologischen Gesprächs ein unauffälliger Befund erhoben mit einem erhaltenen emotionalen Rapport und ohne Anzeichen von psychischen Unfallfolgen. Auch im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 8. August 2019 (E. 4.3) über eine am Vortag stattgefundenen somatische Untersuchung (vgl. IV-act. 12/9–11 S. 1) wurde eine Depression aufgeführt, ohne dass sich dazu eine Erklärung im Bericht findet. In einer gleichentags stattgefundenen neurologischen Untersuchung bei Dr. E. \_\_\_\_\_ wurde ein zumindest rudimentärer psychologischer Befund erhoben, der sich gänzlich unauffällig präsentierte (wach und vollständig orientiert ohne pathologische Stimmungsauslenkung oder floride psychotische Symptome; E. 4.2). Auch Hausarzt Dr. G. \_\_\_\_\_ listete am 23. November 2019 (E. 4.4) – neben verschiedenen weiteren somatischen Leiden – eine Depression auf und mass dieser sogar Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Er erwähnte einzig Konzentrationsprobleme, erhob weder einen diesbezüglichen Befund noch leitete er die Diagnose oder die in der Depression begründete Arbeitsunfähigkeit her (IV-act. 12/1–6).

5.2.3 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es dabei nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder -gewürdigt geblieben sind (BGer 8C\_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.2 mit Hinweisen). Unbekannte oder vom psychiatrischen C. \_\_\_\_\_-Gutachter med. prakt. N. \_\_\_\_\_ ungewürdigte Aspekte, welche das Gutachten in Frage stellen würden, benannten die Behand-

ler in ihren Berichten nicht. Seine Schlussfolgerung, dass die Berichte der behandelnden Psychiaterinnen keine verlässliche Grundlage bilden, sich aus den Akten keine Hinweise auf eine vorgängig relevante depressive Episode ergeben und somit eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit erst ab dem Begutachtungszeitpunkt ausgewiesen ist, überzeugt.

Damit ist eine funktionelle Einschränkung aufgrund eines psychischen Leidens in der Zeit vor der Begutachtung mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen. Eine solche lässt sich, nachdem bereits eine beweiskräftige gutachterliche Beurteilung durchgeführt wurde, rückblickend auch nicht weiter eruieren, womit der materiell beweisbelastete Beschwerdeführer die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen hat (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 sowie René Wiederkehr, in: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N 71–76).

### 5.3

5.3.1 Zwischen den Parteien weiter umstritten ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Nachgang zur Begutachtung wesentlich verbesserte, indem – wie dies von der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung mit Verweis auf die RAD-Stellungnahmen von Dr. P. \_\_\_\_\_ angenommen wurde – sechs Monate nach der Begutachtung eine Remission der depressiven Störung eingetreten ist (E. 3).

5.3.2 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin lässt sich den Aussagen des RAD-Arztes Dr. P. \_\_\_\_\_ keineswegs entnehmen, dass sechs Monaten nach der Begutachtung eine Remission eingetreten oder auch nur zu diesem Zeitpunkt zu erwarten gewesen wäre. Doktor P. \_\_\_\_\_ äusserte sich in seinen Stellungnahmen weder zum zeitlichen Rahmen einer allfälligen Remission noch bestätigte er die von der Beschwerdegegnerin getroffene Annahme einer Remission nach sechs Monate in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2023 (E. 4.9), wie von dieser in ihrer Vernehmlassung behauptet wurde (E. 3.3).

Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Äusserungen von RAD-Arzt Dr. P. \_\_\_\_\_ mangels selbst durchgeführter Untersuchungen nicht um Stellungnahmen im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV handelt, sondern um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht in Sinne von Art. 49 Abs. 1 IVV, wonach lediglich dazu Stellung zu nehmen ist, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1).

Doktor P.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2023 (E. 4.9) unter der Rubrik "Ausgangslage / Medizinischer Sachverhalt" zwar u.a. aus, vom "Rechtsanwender wurde erwartet, dass die depressive Störung unter leitliniengerechter Behandlung spätestens nach einem halben Jahr ab Begutachtung im August 2022 remittieren" werde (IV-act. 61 S. 1 Mitte), er selbst nahm zu dieser Aussage aus medizinischer Sicht aber nicht Stellung. Doktor P.\_\_\_\_\_ beschränkte sich darauf, das ihm vorgelegte ärztliche Zeugnis von Dr. I.\_\_\_\_\_ vom 13. April 2023 (E. 4.8) dahingehend zu kritisieren, dass es die im C.\_\_\_\_\_ -Gutachten widerlegten Diagnosen wiederholte und er wies darauf hin, dass im Zeugnis keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern lediglich keine Verbesserung postuliert worden sei. Mit dieser Begründung verwies er auf seine Stellungnahme vom 6. Dezember 2022, an welcher er ausdrücklich festhielt. Zentrale Aussage der Stellungnahme vom 6. Dezember 2022 (E. 4.7) ist der Schluss, dass auf das C.\_\_\_\_\_ -Gutachten abgestützt werden kann. Vor dem Hintergrund des Gutachtens ist denn auch Dr. Stiebels Aussage darin zu sehen, dass die depressive Störung wieder remittiere und eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit entfalle, ohne, dass er sich jedoch zum zeitlichen Rahmen einer allfälligen Remission geäußert hätte. Dem C.\_\_\_\_\_ -Gutachten lässt sich dazu entnehmen, dass zwar prognostisch grundsätzlich von einer Remission unter geeigneter Therapie auszugehen ist – nicht anders lassen sich die Aussagen über eine nötigenfalls auch teil- respektive stationäre Therapie und eine Reevaluation nach einem Jahr bei ausbleibender Besserung verstehen – für eine Remission jedoch ausdrücklich kein konkreter Zeitrahmen angegeben wurde (E. 4.6).

Von einer ärztlichen Aussage über eine Remission nach sechs Monaten oder einer diesbezüglichen Bestätigung des RAD kann daher keine Rede sein. Eine solche findet weder in den RAD-Stellungnahmen noch im C.\_\_\_\_\_ -Gutachten eine Stütze. Ebenso wenig deuten die Berichte der behandelnden Psychiaterinnen darauf hin (E. 4.8 und E. 4.10).

5.3.3 Nicht aussagekräftig ist sodann das von der Beschwerdegegnerin in der Vernehmung vorgebrachte Argument, dass eine mittelgradige depressive Episode bei geeigneter Therapie innert spätestens sechs Monaten remittiert werden könne (E. 3.3). Diese Verallgemeinerung zielt am konkreten Einzelfall vorbei. Denn selbst wenn in der Mehrzahl der Fälle depressive Episoden, adäquat behandelt, günstig verlaufen und es zu einer vollständigen Remission oder Teilremission innert weniger Monate kommt, liegen dennoch trotz lege artis durchgeführter Behandlungsmassnahmen chronische Verläufe mit über zweijähriger Dauer vor, wobei komorbide Leiden – wie sie vorliegend neben dem depres-

siven Geschehen mit der chronischen Schmerzstörung sowie den somatischen Leiden vorhanden sind – die Behandlungsdauer wesentlich beeinflussen können (BGE 143 V 409 E. 4.3 in fine). Es ist denn auch Sache des Mediziners, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dadurch erfüllt er seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind (BGE 140 V 193 E. 3.2).

5.3.4 Von einer Remission der depressiven Störung sechs Monate nach der Begutachtung kann nach dem Gesagten nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden.

## 5.4

5.4.1 Nachdem aufgrund der vorliegenden Akten nicht davon ausgegangen werden kann, dass sechs Monate nach der Begutachtung eine Remission eingetreten ist, stellt sich die Frage, ob eine solche (zu einem anderen Zeitpunkt) dennoch eingetreten ist oder deren Eintreten ausgeschlossen werden kann respektive, ob die vorliegenden medizinischen Unterlagen überhaupt eine rechtsgenügende Beurteilung dessen zulassen.

5.4.2 Weder die RAD-Stellungnahmen von Dr. P.\_\_\_\_\_ noch das C.\_\_\_\_\_ - Gutachten lassen – wie gesagt – auf eine Remission schliessen, schliessen aber eine solche auch nicht aus. Vielmehr deuten diese daraufhin, dass eine solche (bei adäquater Therapie) grundsätzlich zu erwarten war, ohne dass sich aus ihnen jedoch konkret etwas herleiten liesse (vgl. E. 5.3.2 vorstehend).

5.4.3 Die behandelnden Dres. I.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ argumentierten, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nicht verändert, und behaupten damit implizit, eine Remission der depressiven Störung sei nicht eingetreten (vgl. ärztliches Zeugnis vom 13. April 2023 [E. 4.8] und Bericht vom 12. April 2024 [E. 4.10]). Ihnen kann jedoch nicht ohne Weiteres gefolgt werden.

Die Berichte lassen keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu, wie dies RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_\_ hinsichtlich des ärztlichen Zeugnisses vom 13. April 2023 zutreffend aufzeigte, indem er zu Recht darauf hinwies, dass Dr. I.\_\_\_\_\_ darin die gutachterlich widerlegten Diagnosen einfach wiederholte (E. 4.9). Dies, ohne dass sich Dr. I.\_\_\_\_\_ mit der gutachterlichen Diagnosestellung oder überhaupt der gutachterlichen Beurteilung auseinandergesetzt hätte. Ebenso wenig erfolgte im

ärztlichen Zeugnis vom 13. April 2023 bei Aufzählung diverser Symptome wiederum eine Diagnosestellung anhand des psychopathologischen Befundes noch eine Begründung des Schweregrades, was Gutachter med. prakt. N. \_\_\_\_\_ bereits für den Bericht vom 17. März 2020 zu Recht kritisiert hatte (vgl. E. 5.2.2 vorstehend).

Gleiches gilt im Wesentlichen auch für den im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht von Dres. I. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2024. Vorweg ist zu diesem anzumerken, dass er einen Sachverhalt betrifft, welcher zeitlich über vier Monate nach dem Verfügungszeitpunkt vom 23. November 2023 liegt und somit zur Beurteilung des vorliegenden Rentenanspruches grundsätzlich unbeachtlich wäre, da das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 131 V 242 E. 2.1). Unabhängig davon wurden im Bericht bei zwar ausführlich erhobenem Befund und neu einer Aufschlüsselung mittels Mini-ICF-APP Skala (Bf-act. 3 S. 1 f.) wiederum die von den C. \_\_\_\_\_-Gutachtern widerlegten Diagnosen wiederholt, ohne dass sich die Behandlerinnen mit dem C. \_\_\_\_\_-Gutachten überhaupt auseinandergesetzt hätten, und abermals wurden die postulierten Arbeitsunfähigkeiten von 100 % in angestammter und 50 % in angepasster Tätigkeit nicht hergeleitet (vgl. dazu BGE 145 V 361 E. 4.3). Nicht nachvollziehbar ist etwa die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit, wozu sich im Bericht auch keine Erklärung findet. Hinzukommt, dass sich die Aussage über die Arbeitsunfähigkeit als inkohärent erweist. Der Gesundheitszustand wird – trotz nunmehr mehrjähriger Therapie – wiederum wie zuvor als unverändert respektive stationär oder nicht verbessert angegeben, dennoch findet sich nun im Bericht vom 12. April 2024 ohne weitere Erläuterung eine attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gegenüber zuvor einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (vgl. E. 4.5, E. 4.8 und E. 4.10). Auch diesem Bericht ist daher keine Beweiskraft hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes beizumessen.

5.4.4 Ferner wirft der Bericht von Dres. I. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2024 Fragen im Hinblick auf die Erfüllung der Schadenminderungspflicht im Sinne adäquaten Compliance respektive einem fehlenden Leidensdruck sowie einer angemessenen Therapie im Nachgang zur Begutachtung auf.

Die C. \_\_\_\_\_-Gutachter stellten in Bezug auf die verordneten psychiatrischen Medikamente für eine angemessene Therapie einen Medikamentenspiegel unter dem Normbereich fest, weshalb sie diesbezüglich eine Serumspiegelkontrolle empfahlen (E. 4.6 und

IV-act. 42/2–75 S. 30 und S. 33 f.). Dem kamen die behandelnden Psychiaterinnen ausdrücklich nicht nach (E. 4.10). Bei Kenntnis einer möglicherweise dürftigen Medikamentendisziplin ist fraglich, ob so noch von einer genügenden Compliance wie auch einer leitliniengerechten Therapie auszugehen ist respektive war. So hat eine versicherte Person die ärztlich verordneten Medikamente von sich aus einzunehmen, ohne dass die IV-Stelle ihn dazu verpflichten müsste. Praxisgemäss lässt ein fehlender Medikamentenspiegel hinsichtlich verordneter Arzneimittel auf eine mangelnde Compliance und damit einen fehlenden Leidensdruck schliessen (BGer 8C\_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.5.1 mit Hinweisen), was bei der Beurteilung der Leistungen der Invalidenversicherung aufgrund psychischer Leiden bei der Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikator Leidensdruck) zu berücksichtigen ist (BGE 143 V 418; 141 V 281).

Weiter empfahlen die C. \_\_\_\_\_-Gutachter bei ausbleibender Besserung der depressiven Symptome eine Teilnahme in einer Tagesklinik oder die Durchführung einer stationären Behandlung, welche sie als zumutbar erachteten (E. 4.6). Trotz ausbleibendem Behandlungserfolg der behandelnden Psychiaterinnen seit dem Beginn ihrer Therapie im November 2019 – gingen sie doch über Jahre von einem praktisch unveränderten Gesundheitszustand aus – zogen sie nie eine von den Gutachtern empfohlene und als zumutbar erachtete tagesklinische oder stationäre Behandlung in Betracht. Sie führten diesbezüglich nur aus, dass bei fehlender Motivation und Vertrauen des Beschwerdeführers in die teil- oder stationären Einrichtungen eine Anmeldung nicht zielführend wäre. Dazu ist anzumerken, dass die versicherte Person, die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen hat, wobei es aus objektivem Blickwinkel nicht genügt, dass sie sämtliche Therapievorschläge des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in kooperativer Weise umgesetzt hat (BGer 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.2).

5.4.5 Nach dem Gesagten lässt sich der medizinische Sachverhalt für die Zeit nach der Begutachtung respektive die Frage über eine danach erfolgte Remission oder, ob diese unter Beachtung der Schadenminderungspflicht hätte als eingetreten erachtet werden müssen, aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilen und bedarf ergänzender Abklärungen, da von diesen noch neue Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. E. 2.5 vorstehend).

5.5 Hinsichtlich des medizinischen Sachverhaltes lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der Beschwerdeführer in der vorliegend massgeblichen Zeit ab 1. Mai 2020 (E. 3.5 in fine) zuerst in einer angepassten Tätigkeit unter Beachtung des somatischen Belastungsprofils zu 100 % sowie ab 30. August 2022 bis mindestens Ende Februar 2023 unter Beachtung des somatisch-psychiatrischen Belastungsprofil zu 50 % arbeitsfähig war (E. 5.1 f.) und sich der Sachverhalt für die Beurteilung der Zeit ab März 2023 als ungenügend abgeklärt erweist (E. 5.3 f.).

6. Für die Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für die Zeit von Mai 2020 bis Februar 2023 kann grundsätzlich auf den von der Beschwerdeführerin unbestritten gebliebenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin verwiesen werden (vgl. E. 3.1; act. 1; IV-act. 49).

Zu Recht legte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabellen fest. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wäre der Beschwerdeführer auch im Gesundheitsfall im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns per 1. Mai 2020 nicht mehr bei der B. \_\_\_\_\_ GmbH tätig gewesen, wurde das Arbeitsverhältnis bereits vor dem Unfall vom 23. März 2019 am 28. Februar 2019 aus wirtschaftlichen Gründen per 31. März 2019 gekündigt (IV-act. 19/212). Zu Gunsten des Beschwerdeführers stützte sich die Beschwerdegegnerin – entgegen dem, was sie in der angefochtenen Verfügung angab ("LSE 2020, ganzer privater Sektor, Niveau 1 Männer") – für das Valideneinkommen auf die spezifische Position Baugewerbe ab, was sich aus den in der angefochtenen Verfügung angegebenen Zahlen sowie dem internen Einkommensvergleich ergibt (vgl. Bf-act. 2 S. 7; IV-act. 49 sowie die LSE-Tabelle, LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 41-43, Männer, Kompetenzniveau 1). Dies wohl, weil der Beschwerdeführer zuletzt bei der B. \_\_\_\_\_ GmbH als Schaler gearbeitet hatte, was angesichts der Erwerbsbiografie des Beschwerdeführers als grosszügig erscheint. So übte er seit seiner Einreise in die Schweiz im Juli 2010 – abgesehen von einer kurzen Phase von August 2012 bis Mai 2014, in welcher er in seinem im Kosovo erlernten Beruf als Krankenpfleger im Pflegeheim R. \_\_\_\_\_ arbeitete – unterschiedliche Hilfsarbeitertätigkeiten nicht nur im Baugewerbe bei häufig wechselnden Arbeitgebern aus, sofern er überhaupt erwerbstätig war (IV-act. 1, 9 und 42/2–75 S. 27). Die Beschwerdegegnerin ging somit von einem massgeblichen Valideneinkommen für das Jahr 2020 von Fr. 71'695.– (Fr. 5'731.– x 12 Monate und angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit [x 41.7 betriebsübliche Wochenstunden / 40 statistische Wochenstunden], was nicht ausdrücklich erwähnt wurde, sich aber aus den verwendeten Zahlen ergibt) und für die Zeit ab August 2022 (gesundheitliche Verschlechter-

zung am 30. August 2022) angepasst an die Nominallohnentwicklung von Fr. 72'170.– aus (E. 3.1; IV-act. 49; Bf-act. 2 S. 7 f.).

Zutreffend legte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen für den Beschwerdeführer, für welchen Hilfsarbeitertätigkeiten in Frage kommen, basierend auf der LSE-Tabelle, LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 (im Wortlaut der Beschwerdegegnerin: "LSE 2020, ganzer privater Sektor, Niveau 1 Männer"; Bf-act. 2 S. 7) fest, sodass für das Jahr 2020 angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit bei einem zumutbaren Pensum von 100 % ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 65'815.– (Fr. 5'261.– x 12 Monate x 41.7 betriebsübliche Wochenstunden / 40 statistische Wochenstunden) und für das Jahr 2022 (ab August 2022) angepasst an die Nominallohnentwicklung und unter Berücksichtigung des ab 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV (Tabellenlohnabzug von 10 % bei Teilzeit) bei einem zumutbaren Pensum von 50 % von Fr. 29'489.– resultiert (E. 3.1; IV-act. 49; Bf-act. 2 S. 7 f.).

Bei der von der Beschwerdegegnerin korrekt durchgeführten Gegenüberstellung der massgebenden Vergleichseinkommen für die Zeit ab 1. Mai 2020 und für die Zeit ab August 2022 resultiert so eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'880.– im Jahr 2020 (Fr. 71'695.– - Fr. 65'815.–) bzw. von Fr. 42'681.– im Jahr 2022 (Fr. 72'170.– - Fr. 29'489.–), womit im für die Zeit ab Mai 2020 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 8 % resultiert und ab August 2022 von gerundet 59 %, was nach dem seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Art. 28b Abs. 2 IVG dem Anspruch von 59 % einer ganzen Rente entspricht (E. 3.1, IV-act. 49, Bf-act. 2 S. 7 f.).

Demnach hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch für die Zeit vom frühestmöglichen Rentenbeginn per 1. Mai 2020 bis Ende Juli 2022 – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – zu Recht verneint und ihm – was unbestritten blieb – korrekterweise ab August 2022 bis 31. Mai 2023 eine Rente von 59 % einer ganzen Rente zugesprochen.

7.

Zusammengefasst steht fest, dass der Beschwerdeführer von 1. August 2022 bis 31. Mai 2023 Anspruch auf eine Rente von 59 % einer ganzen Rente hat und der medizinische Sachverhalt für die Zeit ab März 2023 (allfälliger Rentenanspruch ab Juni 2023) ungenügend abgeklärt ist. Demnach ist die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 23. November 2023 insofern aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen ist, als diese einen Rentenanspruch ab 1. Juni 2023 ver-

neinte, damit sie nach weiteren Abklärungen betreffend den Sachverhalt für die Zeit ab März 2023 über den Rentenanspruch ab 1. Juni 2023 neu verfüge. Dies mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer vom 1. August 2022 bis 31. Mai 2023 Anspruch auf eine Rente von 59 % einer ganzen Invalidenrente hat.

Die ergänzende Abklärung wird – wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt (act. 1 S. 2) – in Form einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung zu erfolgen haben. Diese soll es erlauben, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie seine Leistungsfähigkeit seit der letzten Beurteilung respektive ab März 2023 im Lichte der massgeblichen Standardindikatoren zu beurteilen (BGE 143 V 418; 141 V 281). Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Frage der Compliance (Leidensdruck) und leitliniengerechten Therapie im gesamten Verlauf zu richten sein (vgl. dazu E. 5.4.4 vorstehend). Bei bestehenden Verdeutlichungstendenzen und gewissen Hinweisen auf möglicherweise über diese hinausgehendes aggravatorisches Verhalten – so klagte der Beschwerdeführer beispielsweise gegenüber dem rheumatologischen Gutachter bei den Untersuchungen über bestimmte Schmerzen, nahm aber während des Gespräches keine entsprechende Schonhaltung ein (IV-act. 42/2–75 S. 48) – ist zudem daran zu erinnern, dass soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen sind (BGE 141 V 281 E. 2.2.2).

8.

8.1 Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird. Die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb die Beschwerdegegnerin vorliegend vollumfänglich kostenpflichtig wird.

8.2 Ausgangsgemäss ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird – mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer vom 1. August 2022 bis 31. Mai 2023 Anspruch auf eine Rente von 59 % einer ganzen Invalidenrente hat – in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. November 2023 insofern aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle des Kantons Zug zurückgewiesen wird, als die IV-Stelle einen Rentenanspruch ab 1. Juni 2023 verneinte, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Juni 2023 neu verfüge.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, welche der IV-Stelle des Kantons Zug auferlegt wird.
3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung im Betrag von Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), die IV-Stelle des Kantons Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 8. September 2025

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am