

# GR\_GERICHTE S 2022 40 vom 12. Juli 2022

GR Gerichte, 2022-07-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2022\\_40](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2022_40)

FR: GR\_GERICHTE S 2022 40 du 12 juillet 2022

IT: GR\_GERICHTE S 2022 40 del 12 luglio 2022

## Regeste

IV-Rente - PVG 2022 Nr. 8 | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

A.\_\_\_\_\_ (Jahrgang 1983) wurde im Jahr 1989 unter Hinweis auf einen Entwicklungsrückstand erstmals bei der heutigen IV-Stelle (vormals IV- Kommission) des Kantons Graubünden (nachfolgend IV-Stelle) angemeldet. Diese sprach ihm Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art zu. Später besuchte er zunächst die Einführungs- und danach die Kleinklasse. Die IV-Stelle anerkannte kein Geburtsgebrechen im Sinne eines psycho- organischen Syndroms (POS), das vom behandelnden Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ diagnostiziert worden war. Die begonnene Bäcker-Lehre wurde abgebrochen. Danach arbeitete er als Hilfskoch und -arbeiter.

### E. 2

Im Oktober 2002 meldete sich A.\_\_\_\_\_ bei der IV-Stelle zum Leistungs- bezug für Erwachsene an. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 1. November 2002 ein Alkohol- und Cannabisabhängigkeitssyndrom sowie eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. In anamnestischer Hinsicht hielt sie fest, dass A.\_\_\_\_\_ zur Suchtentwöhnung stationär in der Klinik D.\_\_\_\_\_ hospitalisiert, die Therapie jedoch aufgrund von mangelnder Motivation und massiven Rückfällen abgebrochen worden sei. Daraufhin folgten weitere (teil-)stationäre Aufenthalte zur Entwöhnungstherapie. Nach einer leistungsablehnenden Verfügung vom 31. Juli 2003, da das Abhängigkeitsverhalten keine Invalidität im Sinne des Gesetzes darstelle, und einer dagegen, von den behandelnden Ärzten erhobenen Einsprache, welche neben der Abhängigkeitsproblematik eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung auswies, beschied die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 12. Januar 2004, weitere Abklärungen in die Wege zu leiten. Mit Verfügung vom 20. August 2004 lehnte sie das Leistungsbegehren wiederum ab, da A.\_\_\_\_\_ sich zumutbaren Abklärungen widersetzt habe.

### E. 2.1

Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers, welcher angesichts der Neuanmeldung im Juli 2020 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Januar 2021 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entstehen kann, sofern bis dahin das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist.

### E. 2.2

Umstritten ist dabei, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf eine Invalidenrente mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint hat. Zu prüfen ist somit in erster Linie, ob beim Beschwerdeführer ein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit besteht.

### **E. 2.3**

In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Da der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung jedoch noch vor dem 1. Januar 2022 findet, sind die bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen massgebend (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juli 2020; Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9101). 3. Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Er-

- 8 - werbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (siehe 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 (siehe Art. 7 Abs. 2 ATSG). 3.1.1. Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach diesen Bestimmungen ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (siehe BGE 145 V 215 E.5.1, 143 V 418 E.6 und 8.1, 143 V 409 E.4.5.2 sowie 141 V 281 E.2.1). Die Diagnose muss lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (siehe BGE 140 IV 49 E.2.4.1 mit Hinweis auf ICD [internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] herausgegeben und weltweit anerkannt] oder DSM [diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen; Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung]; ferner BGE 136 V 279 E.3.2.1, 131 V 49 E.1.2, 130 V 396 E.6.6.2 und 6.3; Urteile des Bundesgerichts 9C\_813/2018 vom

### **E. 3**

Die begonnene Schreiner-Lehre in der Institution E.\_\_\_\_\_ war im Juli 2004 ebenfalls abgebrochen worden. Die in der Folge bei der IV-Stelle getätigte

- 3 - Anmeldung zog A.\_\_\_\_\_ im März 2005 zurück. Im Jahr 2013 wurde sein Sohn F.\_\_\_\_\_ geboren.

### **E. 3.2**

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

#### **E. 3.2.1**

Mit Bericht vom 3. August 2020 wies der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, darauf hin, dass die letzte Konsultation im Februar 2018 stattgefunden hatte. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er rezidivierende depressive Episoden, einen schädlichen Gebrauch von Alkohol und Drogen sowie eine chronische Hepatitis C-Virusinfektion, Genotyp 3a, aus (siehe IV-act. 82 S. 4).

### **E. 3.2.2**

Am 20. November 2020 berichtete der in derselben Praxis wie Dr. med. I.\_\_\_\_\_, praktizierende Dr. med. J.\_\_\_\_\_, bei weitgehend gleichlautenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit über eine Drogenanamnese bis hin zur Injektion von Heroin sowie einer Methadonsubstitution. Aktuell sei der Beschwerdeführer wohl clean. Allerdings trinke er regelmässig bis zu vier Biere am Tag. Zudem empfahl Dr. med. J.\_\_\_\_\_ eine Therapie der Hepatitis C mit Leberschaden, welche jedoch abgelehnt werde. Als Funktionseinschränkungen wies er eine geringe körperliche Belastbarkeit sowie eine potenzielle Infektionsgefahr für andere aus. Eine leidensangepasste Tätigkeit erachtete er zu vier Stunden am Tag für zumutbar (siehe IV-act. 88).

### **E. 3.2.3**

Im MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 stellten die Gutachter eine neuropsychologische Störung (verbales Gedächtnis) im Rahmen einer unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit im Sinne einer Lernbehinderung (Gesamt-IQ: 77 Punkte) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Einfluss darauf erachteten sie folgende Diagnosen: Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2), in wesentlichen Teilen kontrol-

- liert, dennoch keine grundsätzliche Abstinenz und anhaltend übermässiger Konsum; aktive Hepatitis C mit Leberschaden; Nikotinabusus, aktuell ca. 20 PYs bei anamnestic intermittierendem Cannabiskonsum (aktuell THC im Urin negativ). Dazu hielten sie in der Konsensbeurteilung namentlich fest, sie sähen eine anhaltende Alkoholabhängigkeit mit starkem Wunsch, Alkohol zu konsumieren. Die Fähigkeit, Beginn, Beendigung und Menge des Konsums zu kontrollieren, sei nicht aufgehoben, aber vermindert. Es würden keine körperlichen Entzugssymptome bei Beendigung des Konsums beschrieben. Der Beschwerdeführer gebe an, am Vorabend der psychiatrischen Begutachtung keinen Alkohol konsumiert zu haben. Während der Begutachtung seien keine Substanzbeschriebene Entzugssymptome zu objektivieren. Es werde keine fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder eine Vernachlässigung des Sohnes (geboren 2013) zugunsten des Substanzkonsums gesehen. Andererseits werde trotz bestehender Hepatitis C mit Schädigung der Leber der Konsum fortgesetzt. Zusammenfassend bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2), seit mehreren Jahren kontrollierter Gebrauch, ohne vollständige Abstinenz. Das Konsummuster sei durchaus problematisch, scheine das Leben des Beschwerdeführers aber nicht in einem Ausmass zu stören, als dass Einschränkungen sichtbar wären, die nicht mit Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vereinbar wären. Des Weiteren führten die MEDAS-Experten aus, im Gegensatz zum Behandler Dr. med. J.\_\_\_\_\_ sähen sie derzeit keine Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen oder ein erhöhtes Depressionsrisiko. Im Bericht des Behandlers werde die Diagnose zwar genannt, allerdings nicht differenziert begründet. Der Beschwerdeführer erkenne auch selbst ein solches Krankheitsbild bei sich nicht. In der Aktenlage finde sich (Anm. des Gerichts: im November 2002; siehe IV-act. 110 S. 15 und

IV-act. 10 S. 1) einmalig die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. In den Folgeberichten sei diese Diagnose nicht mehr aufgenommen worden. Es gebe keine Hinweise darauf. In den Vorbefunden sei ebenfalls einmalig (Anm.

- 13 - des Gerichts: im August 2003; siehe IV-act. 110 S. 16 und IV-act. 41 S. 2) die Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) formuliert worden. In der aktuellen Begutachtung bestünden keine ausreichenden Hinweise zur Codierung dieses Krankheitsbilds. Sollten tatsächlich in dieser Hinsicht Probleme auftreten, stünde das gesamte therapeutische Inventar in bislang ungenutzter Form zur Verfügung. In neuropsychologischer Hinsicht ergebe sich mit einem Gesamt-IQ von 77 Punkten und einem allgemeinen Fähigkeitsindex von 74 Punkten eine unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit. Für die unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ 85 bis 70) gebe es keine eigene ICD-10-Kodierung. Es habe sich der Begriff der Lernbehinderung etabliert. Daneben habe in der neuropsychologischen Testung eine Störung des verbalen Gedächtnisses objektiviert werden können. Nach den biografischen Angaben, mit Blick auf den Schulverlauf und den beruflichen Ausbildungsversuchen sei die objektivierbare unterdurchschnittliche Intelligenz im Sinne einer Lernbehinderung nachvollziehbar. Ob nach heutiger Terminologie ein ADHS (früher psychoorganisches Syndrom [POS]) vorgelegen habe, sei retrospektiv nicht zu beurteilen. Die Diagnose sei nie genau gestellt worden. Es gebe zwar Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS-Erkrankung im Sinne einer leicht erhöhten Impulsivitätsneigung, aber keine weiteren Befunde, um die Diagnose fachgerecht zu begründen. Aus der Literatur sei jedoch bekannt, dass selbst unauffällige neuropsychologische Befunde eine ADHS-Erkrankung nicht immer ausschliessen. Aus internistischer Sicht ergäben sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Grundsätzlich werde ein Sistieren des Alkoholkonsums und dringend eine Behandlung der Hepatitis C empfohlen (siehe IV-act. 110 S. 5 f.). Zur Gesamt-Arbeitsfähigkeit hielten die Experten fest, sie sähen eine Reduktion der qualitativen Komponente der Arbeitsfähigkeit aufgrund der beschriebenen Lernbehinderung, welche sich einzig aus neuropsychologischer Sicht ergebe. Als Anforderungsprofil an eine angepasste, der Lern-

- 14 - behinderung Rechnung tragende Tätigkeit führten die Gutachter aus, diese dürfe nur sehr wenig intellektuelle Ressourcen abverlangen, müsse sehr strukturiert und überschaubar sein, keine Eigenverantwortung beinhalten und in einem wohlwollenden und überschaubaren Team (für Rückfragen und für die notwendige Sicherheit) erfolgen. Somit würde eine optimal angepasste Tätigkeit eher einer Arbeit im zweiten Arbeitsmarkt entsprechen (siehe IV-act. 110 S. 8).

### **E. 3.3**

Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 29. März 2022 einen Rentenanspruch namentlich mit der Begründung, gestützt auf die medizinischen Abklärungen liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Es bestehe einzig eine unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit im Sinne einer Lernbehinderung, welche keine Erkrankung gemäss ICD-10, sondern eine normalpsychisch tiefe intellektuelle Begabung darstelle (siehe IV-act. 125). Dabei stütze sich die Beschwerdegegnerin neben den RAD-Beurteilungen vom 13. Dezember 2021 und 28. März 2022 (siehe IV-act. 126 S. 15 ff.) auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 (siehe IV-act. 110) ab.

### E. 3.4

In Letzterem wurde – wie der Beschwerdeführer zutreffend vorbringt – eine qualitative Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht festgehalten und ein spezifisches Anforderungsprofil definiert (siehe IV-act. 110 S. 7 f.). Soweit er jedoch die verminderte Leistungsfähigkeit mit der im MEDAS-Gutachten festgehaltenen neuropsychologischen Störung des verbalen Gedächtnisses begründet, ist dies insoweit zu relativieren, als die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im neuropsychologischen Teilgutachten genauso wie in der Konsensbeurteilung (ausschliesslich) mit der unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit begründet wird (siehe IV-act. 110 S. 6, 8 und 71 f.). Für die unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit wird im MEDAS-Gutachten der Begriff der Lernbehinderung verwendet, da es für die unter-

- 15 - durchschnittliche Intelligenz keine eigene ICD-10-Kodierung gebe und sich dieser Begriff etabliert habe (siehe IV-act. 110 S. 5). Dieser sei im Sinne eines überdauernden und umfänglichen Schulleistungsversagens zu verstehen, das in der Regel mit einer Beeinträchtigung der Intelligenz einhergehe, die jedoch nicht das Ausmass einer geistigen Behinderung (Intelligenzminderung) aufweise (siehe IV-act. 110 S. 69). Insofern besteht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zusätzlich zur unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit eine Lernbehinderung; vielmehr geht Letztere in Ersterer auf. Konkret führte der neuropsychologische MEDAS-Experte lic. phil. K.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP sowie zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM, zur Arbeitsfähigkeit aus, aufgrund der objektivierbaren unterdurchschnittlichen Intelligenz im Sinne einer Lernbehinderung sowie aufgrund der Tatsachen, dass der Versicherte über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfüge und nur über einen Schulabschluss vorwiegend auf dem Niveau einer Kleinklasse vorweisen könne, werde aus neuropsychologischer Sicht eine Tätigkeit im ersten Berufsmarkt als unwahrscheinlich eingeschätzt. Der Beschwerdeführer habe aufgrund seiner Vorgeschichte keine Möglichkeit, auf bestehendem Wissen und Erfahrungen aufzubauen, und das neue Lernen falle ihm aufgrund der Lernbehinderung äusserst schwer. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf einem Recycling-Hof im geschützten Rahmen könne der Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht zu 100 % anwesend sein. Seine Selbsteinschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 50 bis 70 % begründe sich vorwiegend mit zusätzlichen Betreuungsaufgaben. Die unterdurchschnittliche Intelligenz im Sinne einer Lernbehinderung bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit der Geburt. Der frühe Alkoholkonsum mit 14 Jahren und der Heroinkonsum beginnend mit 17 Jahren hätten die kognitive Entwicklung möglicherweise zusätzlich gehemmt. Eine Berufsausbildung sei in der Folge nicht möglich gewesen. Die einzige Anstellung im ersten Berufsmarkt als Allrounder in einer Skihütte habe einer Hilfsarbeit

- 16 - entsprochen und sei wegen Leistungsschwäche im kognitiven sowie aufgrund der Suchterkrankung gekündigt worden (siehe IV-act. 110 S. 71 f.). Gestützt auf diese Ausführungen definierte lic. phil. K.\_\_\_\_\_ ein Anforderungsprofil, das der Lernbehinderung Rechnung tragen müsse (siehe IV-act. 110 S. 71 f.). Als angepasste Tätigkeit wies er eine solche aus, die nur sehr wenig intellektuelle Ressourcen abverlangen würde, sehr strukturiert und überschaubar sei, keine Eigenverantwortung beinhalte und für die für Rückfragen sowie für die notwendige Sicherheit ein wohlwollendes und überschaubares Team vorhanden sei. Daraus folgerte der neuropsychologische Experte,

dass eine angepasste Tätigkeit eher einer Arbeit im zweiten Arbeitsmarkt entspreche (siehe IV-act. 110 S. 72). Eine 100%ige, auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsgerechten Tätigkeit lässt sich demnach entgegen der in der Duplik von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung daraus so nicht ableiten. Da neben der neuropsychologischen Störung im MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 weder aus internistischer noch aus psychiatrischer Sicht eine weitere Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen werden konnte (siehe IV-act. 110 S. 6, 26, 49 und 55 ff., wobei auf S. 5 der Konsensbeurteilung fälschlicherweise ausgeführt wird, dass neben den neuropsychologischen Ergebnissen eine [andere] psychiatrische Diagnose Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe), liegt der Fokus der nachfolgenden Prüfung auf der gutachterlich festgehaltenen un-terdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit im Sinne einer Lernbehinderung. 3.5.1.

Intelligenzminderungen werden nach dem Klassifikationssystem ICD-10 in leichte (Intelligenzquotient [IQ] 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20) Fälle eingeteilt (ICD-10 F70 bis F73; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_5/2021 vom 6. Mai 2021 E.3.3, 8C\_302/2020 vom 24. Juni 2020 E.5.1 und 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020 E.3.5.2, je mit Hinweisen). Die Recht-

- 17 - sprechung hat bei einem IQ von 70 und mehr ein invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden mehrfach verneint (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C\_369/2021 vom 28. Oktober 2021 E.5.4, 9C\_5/2021 vom 6. Mai 2021 E.3.3 und 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020 E.3.5.2). Demgegenüber führt ein IQ unterhalb dieses Werts in der Regel zu einer relevanten verminderten Arbeitsfähigkeit. Auch diesfalls ist jedoch stets eine objektive Beschreibung der Auswirkungen der festgestellten Intelligenzminderung der versicherten Person auf ihr Verhalten, die berufliche Tätigkeit, die normalen Verrichtungen des täglichen Lebens und das soziale Umfeld erforderlich (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C\_5/2021 vom 6. Mai 2021 E.3.3 m.H.a. 9C\_754/2008 vom 15. Mai 2009 E.3.2). Zudem kommt es nicht nur auf die Höhe des IQ an, sondern ist immer der Gesamtheit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C\_302/2020 vom 24. Juni 2020 E.5.1 und 8C\_608/2018 vom 11. Februar 2019 E.5.2 mit Hinweisen). 3.5.2. Die diesbezügliche höchstrichterliche Praxis erweist sich als uneinheitlich. So hielt das Bundesgericht in dem vom Beschwerdeführer in der Replik referenzierten Urteil 8C\_189/2018 vom 25. Mai 2018 dafür, dass es bei der Beurteilung der Frage nach dem Vorliegen einer Frühinvalidität nicht nur auf den Intelligenzquotienten ankommt; vielmehr ist die Gesamtheit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen massgebend. Es stellt sich in jedem Einzelfall die Frage, inwiefern sich der Intelligenzmangel mit allenfalls weiteren gesundheitsbedingten Einbussen konkret auf die zumutbarerweise mögliche Leistungserbringung auswirkt (vgl. E.4.2.3). Das Bundesgericht erwog sodann, dass die dortige Beschwerdeführerin mit einem IQ im Wertebereich von 77-78 Punkten trotz Sonderschulmassnahmen und psychomotorischer Therapie während der obligatorischen Schulzeit, eines abgebrochenen Brückenangebots und beruflicher Massnahmen nie in der Lage gewesen sei, im ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen und eine Ausbildung zu absolvieren. Sie sei seit jeher mit Beeinträchtigungen konfron-

- 18 - tiert gewesen und habe selbst mit professioneller Unterstützung keine hinreichenden beruflichen Kenntnisse erwerben und eine längerdauernde Anstellung finden und halten können. Aufgrund der medizinischen Aktenlage mit entgegengesetzten Einschätzungen

des Leistungsvermögens hat das Bundesgericht letztlich mangels schlüssiger und abschliessender Beurteilbarkeit der Frage der Frühinvalidität und damit auch des Rentenanspruchs die Angelegenheit zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens zurückgewiesen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_189/2018 vom 25. Mai 2018 E.4.3). In einem weiteren Urteil bejahte das Bundesgericht gestützt auf eine Gesamtwürdigung der gesundheitlichen Beeinträchtigung das Vorliegen einer Frühinvalidität bei einem (Gesamt-)Intelligenzquotienten von 73 Punkten (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C\_611/2014 vom 19. Februar 2015 E.5). Mit anderen Worten lag für das Bundesgericht aufgrund der konkreten Gegebenheiten des Falls trotz der tiefen, aber noch im Normalbereich liegenden Intelligenz eine Invalidität vor, bedarf es doch für die Annahme einer Frühinvalidität gemäss Art. 26 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201; in der bis am 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung; siehe auch Art. 25 Abs. 6 IVV in der ab dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung), dass die versicherte Person invaliditätsbedingt keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnte (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C\_291/2019 vom 12. September 2019 E.5.1). Aus dieser Rechtsprechung schloss das Bundesgericht schliesslich im Urteil 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020, dass auch bei knapp im (untersten) Normalbereich liegender Intelligenz eine Invalidität nicht ausnahmslos ausgeschlossen ist, wobei es in den bisherigen Fällen um Frühinvalidität ging und sich die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bereits beim Eintritt ins Erwerbsleben manifestiert hatte (vgl. E.3.5.3). Demgegenüber schützte das Bundesgericht in einem nur gerade fünf Monate später ergangenen Urteil den vorinstanzlichen Schluss, dass unter den gegebenen Umständen die angesichts eines IQ von 75 attestierte teil-

- 19 - weise Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen sei, und verneinte das Vorliegen einer Frühinvalidität mangels invalidisierendem Leiden (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C\_302/2020 vom 24. Juni 2020 E.7). Auch in zwei jüngeren Entscheiden befand das Bundesgericht, die Intelligenzminderung bei einem IQ-Wert von 74 Punkten sei nicht so ausgeprägt, dass sie als krankheitswertig und damit als invalidenversicherungsrechtlich relevant gelten würde (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C\_369/2021 vom 28. Oktober 2021 E.5.4 und 9C\_5/2021 vom 6. Mai 2021 E.4.3). In diesen neueren Urteilen erwähnte das Bundesgericht indes die Rechtsprechung, wonach die Annahme einer Invalidität bei einer tiefnormalen Intelligenz nicht ausgeschlossen ist, insbesondere im Rahmen der Frühinvalidität, indes nicht. Vielmehr wandte es den bei einem IQ von 70 zu verortenden Grenzwert starr bzw. ausnahmslos an und verneinte bei einer darüber liegenden Intelligenz einen invalidenversicherungsrechtlich massgeblichen Gesundheitsschaden, mit der Folge, dass es damit die medizinisch-theoretisch attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht liess, ohne sich – trotz mitunter geltend gemachter Frühinvalidität – mit den vorgenannten, gegenteiligen Urteilen auseinander zu setzen und aufzuzeigen, inwiefern diese keine Gültigkeit mehr beanspruchen sollen. 3.5.3. Soweit die neuere Rechtsprechung ihre Begründung im Umstand haben sollte, dass eine Intelligenz im unteren Normbereich mangels hinreichend starker Ausprägung keine (einwandfreie) Diagnosestellung erlaubt und somit keinem medizinischen Substrat zugeführt werden kann, das funktionelle Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu zeitigen vermag, so ist zu berücksichtigen, dass die Grenzziehung bei einem Gesamt-IQ-Wert von 70 Punkten auf dem Klassifikationssystem nach ICD-10 beruht. Danach wird erst bei einem IQ von unter 70 von einer Intelligenzminderung gesprochen (ICD-10: F7x.x), wobei leicht intelligenzgeminderte Personen (IQ-Bereich von 50 bis 69)

meist eine volle Unabhängigkeit in der Selbst-

- 20 - versorgung und in praktischen sowie häuslichen Tätigkeiten – wenn auch mit einem langsameren Entwicklungstempo – erreichen. Auch ist die Mehrzahl der in den oberen Bereichen der leichten Intelligenzminderung eingestuft für eine Arbeit anlernbar, die eher praktische als schulische Fähigkeiten, einschliesslich ungelerner oder angelernter Handarbeit, verlangt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., Bern 2014, S. 310). Allerdings weisen die diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 selbst aus, dass die angegebenen IQ-Werte nur als Richtlinien und – im Hinblick auf die Problematik der transkulturellen Vergleichbarkeit – nicht zu starr angewendet werden sollen. Auch stellen die definierten Kategorien – namentlich leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung – eine willkürliche Einteilung eines komplexen Kontinuums dar und könnten nicht mit absoluter Genauigkeit voneinander abgegrenzt werden. Die Einschätzung der Intelligenz sollte auf allen verfügbaren Informationen beruhen, wozu der klinische Eindruck, das Anpassungsverhalten und die psychometrische Leistungsfähigkeit gehören (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 309). Daraus ist somit zu schliessen, dass gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien zur ICD-10 die zur Annahme einer Intelligenzminderung angeführten IQ-Bereiche nur als Anhaltspunkte dienen und nicht rigide angewendet werden sollen. Vielmehr bedarf es einer umfassenden, auch die Klinik und das Anpassungsverhalten beinhaltenden Beurteilung der Intelligenz. Bezeichnenderweise stellt denn auch ein IQ-Wert zwischen 50 und 69 nach der ICD-10-Klassifikation lediglich einen Hinweis auf eine leichte Intelligenzminderung dar. Im Übrigen sieht auch die neue ICD-11-Klassifikation vor, dass "the diagnosis of Disorders of Intellectual Development should not be made solely based on IQ scores but must also include a comprehensive evaluation of adaptive behaviour" (vgl. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f605267007>, zuletzt besucht am: 12. Juli 2022). Zudem trägt das Äquivalent der Intelligenzmin-

- 21 - derung gemäss ICD-10 im ebenfalls anerkannten Klassifikationssystem DSM-5 die Bezeichnung "Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung)". Sie erfasst eine Störung, die während der frühen Entwicklungsphase beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst. Die Hauptmerkmale der Intellektuellen Beeinträchtigung stellen eine deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit und Einschränkungen der alltäglichen Anpassungsfähigkeit im Alters-, Geschlechts- und soziokulturellen Vergleich zu Gleichaltrigen dar. Zudem muss der Beginn in der Entwicklungsphase liegen. Die Diagnose basiert auf einer klinischen Beurteilung und einer standardisierten Testung der intellektuellen und adaptiven Funktionen. Die IQ-Testwerte bilden dabei annäherungsweise die kognitiven Fähigkeiten ab, können aber nur unzureichend das Schlussfolgern in tatsächlichen Alltagssituationen und die Bewältigung praktischer Aufgaben wiedergeben. So wird im Rahmen der diagnostischen Merkmale des DSM-5 betreffend eine intellektuelle Beeinträchtigung bzw. intellektuelle Entwicklungsstörung das Beispiel angeführt, dass eine Person mit einem IQ über 70 so ausgeprägte Anpassungsprobleme aufweisen könne, dass die eigentliche Anpassungsfähigkeit mit der einer Person mit einem niedrigeren IQ-Wert vergleichbar ist. Aus diesem Grund sind klinische Erfahrungen für die Interpretation der Ergebnisse der

Intelligenztests notwendig (vgl. Falkai/Wittchen [Hrsg.], Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, Göttingen/Bern 2015, S. 43 ff.).

### **E. 3.6**

Insofern können in Anwendung der diagnostischen Kriterien bzw. Leitlinien eines anerkannten Klassifikationssystems (vgl. dazu auch die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom 16. Juni 2016, abgedruckt in: SZS 5/2016, S. 435 ff. S. 439 sowie das von der Invalidenversicherung bzw. auch von der Beschwerdegegnerin bereit ge-

- 22 - stellte Berichtsformular "Arztbericht: Berufliche Integration/Rente", Nr. 022.099 D, Stand: Januar 2018, S. 3 Ziffer 2.5, abrufbar zum Beispiel unter: <https://www.ahv-iv.ch/p/002.099.d>, zuletzt besucht am: 12. Juli 2022; vgl. etwa auch IV-act. 88 S. 3) auch die Folgen einer tiefnormalen Intelligenz bei einem IQ von über 70 Punkten auf ein medizinisches Substrat zurückgeführt werden und Folge einer fachärztlich diagnostizierbaren Gesundheitsbeeinträchtigung sein. Deshalb fällt die Annahme einer Invalidität bei einer Intelligenz im unteren Normbereich in Nachachtung der vorgenannten bundesgerichtlichen Urteile 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020, 8C\_189/2018 vom 25. Mai 2018 und 9C\_611/2014 vom 19. Februar 2015, insbesondere bei im Raum stehender Frühinvalidität, nicht von vornherein ausser Betracht. Der gegenteiligen, von der Beschwerdegegnerin namentlich gestützt auf die Beurteilungen von RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2021 und 28. März 2022 (siehe IV-act. 126 S. 15 ff.) vertretenen Auffassung kann in ihrer Absolutheit somit nicht gefolgt werden.

### **E. 4**

Im Juli 2020 meldete sich A.\_\_\_\_\_ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Diese tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie ihn in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie polydisziplinär begutachten, wobei der Auftrag der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH zugeteilt wurde (nachfolgend MEDAS-Gutachten). Im Gutachten vom

#### **E. 4.1**

Im hier zu beurteilenden Fall wird im MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 – wie bereits dargelegt – eine neuropsychologische Störung (verbales Gedächtnis) im Rahmen einer unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit im Sinne einer Lernbehinderung (Gesamt-IQ: 77 Punkte) mit funktionellen Auswirkungen diagnostiziert, die interdisziplinär bestätigt wurde (siehe IV-act. 110 S. 6). Der psychiatrische Experte Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], fokussierte in seinem Teilgutachten auf das aktenkundige (Alkohol-)Abhängigkeitssyndrom und beschrieb kein Krankheitsbild im Bereich der Intelligenzminderung (siehe IV-act. 110 S. 44 ff.). Dennoch hielt er im Rahmen der Würdigung der Ressourcen und Belastungen fest, die intellektuellen Ressourcen des Beschwerdeführers erschienen eher begrenzt (siehe IV-act. 110 S. 54). Die psychiatrische Exploration fand dabei bereits am 26. August 2021 vor der neuropsychologischen Untersuchung 15. Sep-

- 23 - tember 2021 bei lic. phil. K.\_\_\_\_\_ statt (siehe IV-act. 110 S. 2, 33 und 61). Letztere führte sodann – namentlich gestützt auf die durchgeführten neuropsychologischen Testungen – zur vorerwähnten Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (siehe IV-act.

110 S. 69 f.). Dieser stimmte letztlich auch der psychiatrische Gutachter zu, indem er die in die Konsensbeurteilung aufgenommene Diagnose mittrug und mit seiner Unterschrift bestätigte, damit einverstanden zu sein (siehe IV-act. 110 S. 10 f.). Allerdings setzte sich der psychiatrische MEDAS-Experte mit der neuropsychologisch begründeten Leistungseinschränkung, die auf psychische Ursachen zurückzuführen ist, in seinem Teilgutachten nicht näher auseinander (siehe insbesondere IV-act. 110 S. 46). Insbesondere mangelte es an einer – anhand der dargelegten Diagnosekriterien bzw. -leitlinien anerkannter Klassifikationssysteme hergeleiteten – fachärztlich (einwandfrei) gestellten Diagnose hinsichtlich der festgestellten unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit. Ebenso wenig wurde die entsprechend attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anhand eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 psychiatrischerseits validiert (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C\_98/2020 vom 16. April 2020 E.5.2). Daher erweist sich das MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 in diesem Punkt als präzisierungs- und ergänzungsbedürftig.

#### **E. 4.2**

Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweiswürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung, die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben. Ein solches ist in der Regel namentlich dann einzuholen, wenn ein (im Verwaltungsverfahren anderweitig) erhobener medizinischer Sachverhalt überhaupt für "gutachterlich abklärungsbedürftig" gehalten wird oder eine Administrativexpertise in

- 24 - rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig ist und dieser Mangel nicht alleine durch eine Klarstellung, Präzisierung oder Gutachtensergänzung behoben werden kann (siehe FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, in: SZS 1/2019 S. 3 ff. S. 4 f.; siehe auch BGE 139 V 496 E.4.4, 139 V 99 E.1.1 und 137 V 210 E.4.4.1.4 f.). Eine Rückweisung an den Versicherungsträger steht dem Versicherungsgericht aber weiterhin in den Fällen offen, wenn sie in der Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (siehe BGE 139 V 99 E.1.1 und 137 V 210 E.4.4.1.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E.2.1 und 8C\_503/2019 vom 19. Dezember 2019 E.2.1; KIESER, a.a.O., Art. 44 Rz. 71). Da sich vorliegend der dem – ansonsten überzeugenden (vgl. nachfolgende Erwägungen 4.3 ff.) – Administrativgutachten der MEDAS vom 8. November 2021 anhaftende Mangel in der in psychiatrischer Hinsicht zu validierenden Diagnosestellung und der Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand der normativen Beweisthe-men bereits insofern beheben lässt, als sich dies im Sinne einer Klarstellung, Präzisierung oder Gutachtensergänzung nachholen lässt, erweist es sich als zulässig, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu ergänzenden Abklärungen zurückzuweisen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass der Heilpädagogische Dienst Graubünden (HPD) ausweislich der Akten bereits mit Bericht vom 24. April 1989 auf die enormen Schwierigkeiten des damals 6-jährigen Beschwerdeführers im Erfassen der Raumlage und der räumlichen Beziehungen hinwies. Im durchgeführten SON-Intelligenztest erreichte er lediglich einen

Durchschnittswert, welcher einem 3 ¾-Jährigen entsprach. Der HPD erachtete daher pädagogisch-therapeutische Massnahmen im Sinne von Früherziehung als notwendig (siehe IV-act. 3 S. 14 f.). Der behandelnde Kinderarzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ wies mit Bericht vom 19. Juni 1989 sodann eine psychomotorische Entwicklungsverzögerung

- 25 - rung aus und befand, dass eine Früherziehung und heilpädagogische Förderung indiziert seien (siehe IV-act. 3 S. 17). Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer sodann Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art zu (siehe IV-act. 2 S. 2 und IV-act. 3 S. 18). Im Abschlussbericht des HPD vom 21. August 1990 wurde trotz gewisser Verbesserungen weiterhin bestehende Probleme beim Lernen und im Bereich der visuellen Wahrnehmung festgestellt. Aufgrund der Auffälligkeiten in den Bereichen Leistungen (kognitiv), Lernverhalten und Motivation wurde eine Einschulung in der Einführungsklasse als angebracht angesehen (siehe IV-act. 3 S. 20). Diese besuchte der Beschwerdeführer sodann und anschliessend die Kleinklasse (siehe IV-act. 3 S. 25). Mit Bericht vom

### **E. 4.3**

Im Übrigen leuchtet das MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, wobei die entsprechenden Schlussfolgerungen begründet sind. Insbesondere setzten sich die Experten eingehend mit den vorbefundlichen Diagnosen auseinander und legten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise dar. So befasste sich der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. L.\_\_\_\_\_, mit dem aktenkundigen Abhängigkeits-syndrom und hat dessen Auswirkungen im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens geprüft. In diagnostischer Hinsicht hielt er fest, anamnestisch habe eine Heroin- und Cannabisabhängigkeit bestanden, welche nicht mehr vorliege. Es bestehe allerdings eine anhaltende Alkoholabhängigkeit. Ein starker Wunsch, Alkohol zu konsumieren, sei unverkennbar. Die Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums sei nicht aufgehoben, aber vermindert. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung sei nicht unmittelbar beschrieben. Substanzbeschriebene Entzugssyndrome seien nicht objektivierbar, auch bei fehlendem Konsum am Tag vor der Begutachtung. Zudem finde sich nur eine relative Toleranzentwicklung. Insbesondere bestehe aber keine fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder der Sorge um den Sohn als zentrale Interessen zugunsten des Substanzkonsums. Nicht zu negieren sei jedoch ein anhaltender Substanzkonsum trotz bereits bestehender Leberschädigung. Zusammenfassend liege eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2), seit Jahren eher kontrollierter Gebrauch, ohne vollständige Abstinenz, vor (siehe IV-act. 110 S. 45). Zur Ausprägung der diagno-

- 28 - srelevanten Befunde hielt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe keine sichtbaren Probleme in der alltäglichen Lebensführung. Er sei alleinerziehender Vater, ohne dass hier von Seiten der zuständigen Behörden Bedenken ersichtlich wären. Er pflege soziale Kontakte, familiär und ausserfamiliär. Er trinke vormittags nicht, selten mittags und er trinke nicht täglich. Damit verfüge er also auch über Disziplin. Von einer Chronifizierung sei nicht auszugehen. Ein Leidensdruck sei nicht zu beobachten (siehe IV-act. 110 S. 48). Weiter gab der Beschwerdeführer anlässlich der MEDAS-Begutachtung zu seinen Zukunftsvorstellungen an, er wolle auf Dauer eine vollständige Abstinenz erreichen, um wieder zu arbeiten und um seinem Sohn ein positives Beispiel zu sein (siehe IV-act. 110 S. 38 und 41). Der psychiatrische MEDAS-Experte führte dabei zum Verlauf und Prognose aus, der Beschwerdeführer zeige Willen und Disziplin. Ein wesentlicher Motivator

scheine der Sohn zu sein, für den er als alleinerziehender Vater grosse Verantwortung trage. Manche Tage trinke er gar nicht, nach zwei bis drei Tagen beginne er wieder. Die Dosis erscheine limitiert auf bis zu sieben Bier à 0.5 l, meist aber weniger. Eine Antabus-Behandlung oder Abstinenz ohne solche erscheine durchaus zumutbar. Eine Kontraindikation hierzu ergebe sich nicht (siehe IV-act. 110 S. 49). Insofern wies Dr. med. L.\_\_\_\_\_ bei bisher fehlender Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (keine Psychotherapie oder Pharmakotherapie) darauf hin, dass dem Beschwerdeführer sämtliche Massnahmen von intensiverer Suchtberatung über ambulante psychiatrische Spitex bis zur Behandlung mit aversiven Therapien (Antabus) zur Verfügung stünden, die zu nutzen der Beschwerdeführer in der Hand habe. Zudem verneinte er eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieresistenz (siehe IV-act. 110 S. 47). Ausserdem ist dem MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach der Geburt seines Sohnes drei Jahre lang keinen Alkohol konsumiert habe und sich mittels eines Methadonprogramms von der Heroinabhängigkeit gelöst habe, ohne rückfällig zu werden; auch kiffen würde er nicht mehr (siehe IV-

- 29 - act. 110 S. 37 f.). Auch führte Dr. med. L.\_\_\_\_\_ aus, es sei aufgrund der Alkoholabhängigkeit nicht zu einer irreversiblen Gesundheitsstörung gekommen (siehe IV-act. 110 S. 54). Zusammenfassend hielt er fest, er sei überzeugt, dass der Beschwerdeführer nach jahrelangem unkontrolliertem Alkoholkonsum nach wie vor ein problematisches Konsummuster aufweise, das als Abhängigkeit zu werten sei, sein Leben aber nicht in einem Ausmass stören würde, dass ihm zum Beispiel ein Kindsentzug drohen oder Einschränkungen sichtbar würden, die nicht mit einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vereinbar wären (siehe IV-act. 110 S. 51). Insgesamt erscheint es, insbesondere mit Blick auf die eingehaltene mehrjährige Alkoholabstinenz und die inzwischen sistierte Drogenabhängigkeit sowie den immerhin moderateren Alkoholkonsum seit er die Verantwortung für seinen Sohn trägt (vgl. hierzu auch IV-act. 110 S. 53), nachvollziehbar, wenn der Gutachter die Alkoholabhängigkeit den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuordnete (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2020 vom 19. Mai 2020 E.5.1.4).

#### **E. 4.4**

Hinsichtlich des POS bzw. der ADHS führte der neuropsychologische MEDAS-Experte in seinem Teilgutachten aus, es sei retrospektiv schwierig zu beurteilen, ob ein POS bzw. eine ADHS vorliege. Leider scheine die Diagnose nie genau gestellt worden zu sein, obschon deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS-Erkrankung existiert hätten (siehe IV-act. 110 S. 70). Aktenkundig ist diesbezüglich, dass der HPD den damals 6-jährigen Beschwerdeführer im Bericht vom 24. April 1989 als sehr offen und fraglich distanzlos sowie unsicher beschrieb und auf die enormen Schwierigkeiten im Erfassen der Raumlage und der räumlichen Beziehungen hinwies (siehe IV-act. 3 S. 12 ff.). Der behandelnde Kinderarzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 19. Juni 1989 sodann eine psychomotorische Entwicklungsverzögerung (siehe IV-act. 3 S. 17), woraufhin die Beschwerdegegnerin die medizinisch indizierten Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art gewährte (siehe IV-act. 2 S. 2 und IV-

- 30 - act. 3 S. 18). Im Abschlussbericht des HPD vom 21. August 1990 wurde festgehalten, mit dem Beschwerdeführer habe einiges erarbeitet werden können, so dass sein Wissensbereich deutlich zugenommen habe. Weiterhin bestehende Probleme wurden einerseits beim Lernen verortet. So sei dies für den Beschwerdeführer ein Müssen. Wenn

irgendwie möglich, suche er Fluchtmöglichkeiten und lasse sich sehr leicht ablenken. Andererseits seien die Leistungen im Bereich visuelle Wahrnehmung auffällig. Im Bereich Grobmotorik sei der Knabe sehr lebhaft und aktiv. So zeige er vollen Einsatz und für sein Alter sehr gute Leistungen beim Velofahren, Rollschuhlaufen, Rollbrettfahren etc. (siehe IV-act. 3 S. 20). Rund sechs Jahre später diagnostizierte der behandelnde Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 16. Dezember 1996, als der Beschwerdeführer knapp 14 Jahre alt war, neben einer Hirnleistungsschwäche ein POS, wobei der Gesundheitsschaden wahrscheinlich seit Geburt bestehe. Er wies auf einen EEG-Befund von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom Mai 1995 hin, der eine unspezifische diffuse Allgemeinstörung mit intermittierend deutlicheren Störungen über den hinteren Hirnregionen, vereinbar mit cerebraler Dysfunktion, auswies (siehe IV-act. 3 S. 35). Auf einem Beiblatt hielt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ferner fest, der Beschwerdeführer besuche die Förderklasse und eine permanente psychologisch-psychiatrische Betreuung sei notwendig bis zum Lehrabschluss bzw. Stellenantritt. Da ihm die Akten (Geburtsverlauf, Kontrollen beim Kinderarzt) fehlten, könne er die genaue Diagnose nicht festlegen. Es handle sich aber sicher um ein POS (siehe IV-act. 3 S. 36). Angesichts dieser auf einer unvollständigen Aktenlage beruhenden Diagnostik, der fehlenden krankheitsspezifischen Befundung mit einer Erhebung der Störungen des Verhaltens im Sinne einer krankhaften Beeinträchtigung verschiedener Teilleistungen und – daraus folgend – der nicht nachvollziehbar begründeten Herleitung der Erkrankung anhand der diagnostischen Kriterien, erscheint es plausibel, wenn der neuropsychologische Teilgutachter in seiner Beurteilung folgerte, die Diagnose scheine nie genau gestellt worden zu sein (siehe IV-act. 110 S. 5 und 70).

- 31 - Des Weiteren führte dieser aus, bis auf eine erhöhte Interferenzanfälligkeit im Sinne einer leicht erhöhten Impulsivitätsneigung zeigten sich aus neuropsychologischer Sicht keine weiteren Befunde, die für eine ADHS sprächen. Aus der Literatur sei jedoch bekannt, dass selbst unauffällige neuropsychologische Befunde eine ADHS-Erkrankung nicht ausschlossen. Letztendlich müsse diese Diagnose immer klinisch gestellt werden (siehe IV-act. 110 S. 70). Hierzu führte der psychiatrische MEDAS-Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_\_ aus, Hinweise auf eine (hirn-)organische Störung mit psychischer Symptomatik im Sinne eines Krankheitsbildes des Kapitels F0 der ICD-10 fänden sich in der klinischen Untersuchung nicht (siehe IV-act. 110 S. 44). Ebenso wenig ergebe sich daraus das Bild einer ADHS. Einmalig sei eine solche im Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 29. August 2003 formuliert worden. Aktuell stehe diese Beobachtung von vor über (recte: fast) 20 Jahren nicht im Vordergrund (siehe IV-act. 110 S. 46). Dies erscheint insofern plausibel, als Dr. med. L.\_\_\_\_\_ mit Blick auf die Verhaltensbeobachtung anlässlich der klinischen Exploration angab, dass kein rascher Wechsel von Affekten, keine psychomotorische Unruhe und keine Gereiztheit oder Aggressivität vorgelegen hätten. Zum Status nach der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) hielt er hinsichtlich der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis fest, dass namentlich die Auffassung und Konzentration im klinischen Gespräch nicht relevant beeinträchtigt seien (siehe IV-act. 110 S. 41). Auch in der neuropsychologischen Testung erzielte der Beschwerdeführer bis auf einen leicht auffälligen Wert bei der Grundaktivierung Ergebnisse oberhalb des Durchschnitts in den Aufmerksamkeitsleistungen (siehe IV-act. 110 S. 68). Des Weiteren beobachtete Dr. med. L.\_\_\_\_\_ beim Untersuch des Antriebs und der Psychomotorik keine Störungen im Sinne einer Antriebssteigerung; auch sei der Beschwerdeführer weder motorisch unruhig noch logorrhöisch gewesen (siehe IV-act. 110 S. 42). Schliesslich ist zur Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. phil. P.\_\_\_\_\_ und

vom 29. August 2003 festzuhalten, dass sie die Diagnose

- 32 - einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) hauptsächlich gestützt auf die vorerwähnten, mit Vorbehalt zu würdigen- den fremdanamnestischen Auskünfte stellten (vgl. IV-act. 41). Im nur wenige Monate zuvor erstellten Bericht vom 19. Juni 2003 wiesen die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_\_ sowie Dr. phil. P.\_\_\_\_\_ trotz der teils langen, mehrere Monate dauernden Beobachtungszeiträumen während der stationären Behandlung noch keine solche Diagnose aus, sondern beschränkten sich auf das bekannte Suchtleiden (siehe IV-act. 31). Die Frage, ob die Alkohol- und Substanzabhängigkeit Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sei, verneinten sie ausdrücklich (siehe IV-act. 31 S. 4). Insofern erwies sich die mit Stellungnahme vom 29. August 2003 ausgewiesene einfach Aktivitäts- und Aufmerksamkeits- störung als diskrepant dazu, was denn auch RAD-Ärztin Dr. med. R.\_\_\_\_\_ am 10. September 2003 konstatierte (siehe IV-act. 44). Hinzu kommt, dass diese Diagnose von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. phil. P.\_\_\_\_\_ auch nicht leitliniengerecht hergeleitet worden ist, indem sie aufgezeigt hätten, inwiefern beim Beschwerdeführer im Erwachsenenalter anhand entwick- lungsmässig angemessener Normen eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität vorgelegen haben sollen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 358 ff.). Das Vorliegen einer ADHS wurde denn auch in den Folgeberichten der behandelnden Ärzte nicht mehr aufgeführt (vgl. Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 3. August 2020 [IV-act. 82 S. 4] und je- ner von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 20. November 2020 [IV-act. 88 S. 3]). In- sofern erweist es sich als plausibel, wenn die Experten in der Konsensbe- urteilung des MEDAS-Gutachtens vom 8. November 2021 abgesehen von einer leicht erhöhten Impulsivitätsneigung keine weiteren Befunde festhal- ten konnten, um die Diagnose einer ADHS (früher POS) fachgerecht zu erhärten (siehe IV-act. 110 S. 5). Ausserdem wies der psychiatrische Teil- gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_\_ diesbezüglich bei allfälligen Problemen auf das bisher noch ungenutzte therapeutische Potenzial hin (siehe IV- act. 110 S. 46).

- 33 -

#### **E. 4.5**

Gleichermassen schloss der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise eine depressive Symptomatik aus. So führte er in diagnostischer Hinsicht aus, es fänden sich beim Beschwerde- führer keine Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen oder ein erhöhtes Depressionsrisiko. In der Aktenlage finde sich ein Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, der eine rezidivierende depressive Diagnose als Krank- heitsbild nenne, ohne hier allerdings differenziert Stellung zu nehmen. Der Beschwerdeführer selber erkenne ein solches Krankheitsbild für sich nicht. Der jetzige Querschnitt weise ebenso wenig darauf hin, wie alle anderen Autoren in der Aktenlage. Zusammenfassend könne dieser diagnosti- schen Einschätzung (von Dr. med. J.\_\_\_\_\_) nicht gefolgt werden (siehe IV-act. 110 S. 45). Diese Ausführungen vermögen insofern zu überzeu- gen, als in der klinischen Begutachtung ein weitgehend unauffälliger Psy- chostatus erhoben wurde, insbesondere mit fehlender Rat- und Gefühllo- sigkeit, keine Störung der Vitalgefühle, der Beschwerdeführer sei nicht af- fektarm, nicht deprimiert, nicht hoffnungslos, nicht ängstlich, nicht dyspho- risch, nicht gereizt, nicht innerlich unruhig, nicht klagsam oder jammerig und habe keine Insuffizienzgefühle (siehe IV-act. 110 S. 42). Auch gab der Beschwerdeführer auf mehrmaliges spezifisches Nachfragen seitens des Experten an, dass keine Symptome oder Beschwerden auf dem psychi- schen

Gebiet bestünden (siehe IV-act. 110 S. 36 f.). Zudem wurden insbesondere mit einem euthymen Affekt, einem gut herstellbaren Rapport und einem eigenanamnestisch unauffälligen Antrieb auch in der neuropsychologischen Begutachtung ein mit dem vorgenannten Psychostatus übereinstimmender Befund erhoben (siehe IV-act. 110 S. 66; vgl. ferner Abklärungsbericht Haushalt vom 18./26. November 2021 [IV-act. 113 S. 1]). Hinzu kommt, dass die Hausärzte Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_, welche ohnehin keine Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, in ihren Berichten vom 3. August 2020 und 20. November 2020 die darin genannten "rezidivierenden depressiven Episoden" weder substantiiert noch in nachvollziehbarer Weise hergeleitet haben (siehe IV-act. 82 und 88).

- 34 - Insofern vermögen sie die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen.

#### **E. 4.6**

Der psychiatrische MEDAS-Experte setzte sich im Rahmen der Begutachtung des Beschwerdeführers des Weiteren mit einer möglichen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung auseinander, konnte jedoch kein solches Krankheitsbild erkennen (siehe IV-act. 110/46), nachdem er die Persönlichkeit des Beschwerdeführers anhand des Fünf-Faktoren-Modells evaluiert und ausführlich beschrieben (siehe IV-act. 110 S. 43) sowie einen eingehenden, weitgehend unauffälligen Psychostatus erhoben hatte (siehe IV-act. 110 S. 41 f.). Insofern erscheint es nachvollziehbar, wenn Dr. med. L.\_\_\_\_\_ folgerte, das Bild einer Persönlichkeitsstörung entsprechend den ICD-10-Kriterien ergebe sich nicht und dominiere auch in der Aktenlage nicht, wenngleich einmalig in einem Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 1. November 2002 eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung postuliert worden sei (siehe IV-act. 110 S. 46). Abgesehen davon, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diese Diagnose im besagten Bericht ohnehin nicht substantiiert hergeleitet, sondern auf die Suchtproblematik fokussiert hatte (siehe IV-act. 10 S. 1 f.), trifft auch die Bemerkung von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ zu, dass sie in den Folgeberichten nicht mehr aufgenommen wurde (siehe IV-act. 110 S. 46), auch nicht in jenen mit Beteiligung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (vgl. zum Beispiel Stellungnahme vom 29. August 2003 [IV-act. 41] und Bericht vom 19. Juni 2003 [IV-act. 31]).

#### **E. 4.7**

Schliesslich ist aus somatischer Sicht dem MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 zu entnehmen, dass aus internistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnten (siehe IV-act. 110 S. 6). So wies der MEDAS-Experte Dr. med. S.\_\_\_\_\_ die aktive Hepatitis C mit Leberschaden den Diagnosen ohne Auswirkungen darauf zu und empfahl eine Kontrolle und Behandlung dieser Krankheit (siehe IV-act. 110 S. 26 f.), da sich dies auf die Lebenserwartung des Beschwerdeführers auswirken könne (siehe IV-act 110 S. 28). Dass sich die

- 35 - diagnostizierte Hepatitis C mit Leberschaden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde, wird denn auch nicht vom Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften vorgebracht.

#### **E. 4.8**

Insgesamt erweist sich somit das MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 in psychiatrischer Hinsicht mit Blick auf die festgestellte unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit sowohl hinsichtlich der gelegentlich vorzunehmenden

Diagnosestellung als auch bezüglich des dazu durch- zuführenden strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 als ergänzungsbedürftig, um das tatsächlich erreich- und zumutbare Leis- tungsvermögen auch zuverlässig einschätzen zu können. Da auch die in den Akten liegenden (fach-)ärztlichen Berichte keine schlüssige und aktu- elle Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben, präsen- tiert sich der rechtserhebliche Sachverhalt demnach als ungenügend ab- geklärt. 5. Die Beschwerde ist daher im dem Sinne gutzuheissen, als die angefoch- tene Verfügung vom 29. März 2022 aufgehoben und die Sache an die Be- schwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender sachverständiger Abklärung des medizinischen Sachverhalts (und unter Gewährung des rechtlichen Gehörs) gestützt auf die dannzumal vollstän- digen medizinischen Unterlagen über den Leistungsanspruch des Be- schwerdeführers neu entscheide. Neben einer nachvollziehbaren, hinrei- chend begründeten und lege artis hergeleiteten Diagnose anhand der dia- gnostischen Kriterien eines der vorgenannten anerkannten Klassifikati- onssysteme und einer – zur Beurteilung der funktionellen Folgen von psy- chischen Leiden – notwendigen Auseinandersetzung mit den massgeben- den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 wird sich der Sachver- ständige insbesondere auch zur Frage möglicher Wechselwirkungen zwi- schen den intellektuellen Einschränkungen und der Abhängigkeitsproble- matik äussern sowie darlegen müssen, ob bzw. inwiefern die kognitiven Defizite, namentlich im Bereich des verbalen Gedächtnisses, in funktionel-

- 36 - ler Hinsicht die intellektuellen Einschränkungen zusätzlich (negativ) zu be- einflussen vermögen. Zudem ist zu der vom Beschwerdeführer geäusser- ten, rasch eintretenden Übelkeit bei körperlicher Anstrengung, allenfalls auch im Rahmen einer Konsensbeurteilung, Stellung zu nehmen. Schliesslich ist in begründeter Weise darzutun, ob bzw. in welchem Um- fang der Beschwerdeführer in adaptierter Tätigkeit auf dem ersten Arbeits- markt arbeitsfähig ist. Die Beschwerdegegnerin wird sodann nach Ver- vollständigung der medizinischen Unterlagen im Rahmen der Neubeurtei- lung bei der Bemessung des Valideneinkommens auch die Frage der Frühinvalidität und im Rahmen der Ermittlung des Invalideneinkommens die Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgegli- chenen Arbeitsmarkt neu prüfen und beurteilen müssen. Gleiches gilt hin- sichtlich der geltend gemachten Einschränkung im Haushaltsbereich. Wei- tere Ausführungen zur beschwerdeführerischen Kritik an der Haushaltsab- klärung vom 17. November 2021 erübrigen sich infolge der Rückweisung im jetzigen Zeitpunkt. Ein reformatorischer Entscheid im Sinne einer Zu- sprache einer Invalidenrente, wie dies vom Beschwerdeführer im Haupt- rechtsbegehren beantragt wird, erweist sich demnach als verfrüht. Da vor- liegend vornehmlich intellektuelle Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Raum stehen und nicht solche somatischen Ursprungs, ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die beantragte EFL- Abklärung zu verzichten (vgl. BGE 144 V 361 E.6.5 und 136 I 229 E.5.3). Denn in einem solchen ergonomischen EFL-Assessment wird primär das arbeitsbezogene Leistungsvermögen anhand von Arbeitssimulationstests (wie Heben und Tragen, Arbeit über Kopfhöhe oder Leitersteigen) generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2018 vom 8. Mai 2018 E.4.2.2). 6.1. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwer- deverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversiche- rung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten

- 37 - werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.-- bis CHF 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.-- fest. Die Rückweisung zu weiteren Abklärungen gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei bezüglich der Verteilung der Gerichtskosten und der Zusage einer Parteientschädigung (vgl. BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 210 E.7.1, 132 V 215 E.6.2). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten von CHF 700.-- demnach der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG). 6.2. Der Beschwerdeführer hat aufgrund des Ausgangs des Verfahrens zudem Anspruch auf einen aussergerichtlichen Parteikostenersatz (siehe Art. 61 lit. g ATSG). Als Bemessungskriterien für dessen Höhe nennt Art. 61 lit. g ATSG die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses. Im Übrigen wird die Bemessung dem kantonalen Recht überlassen (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C\_672/2020 vom 15. April 2021 E.5.2, 9C\_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E.6.2, 8C\_98/2017 vom 27. Oktober 2017 E.4.1 f. und 8C\_136/2016 vom 11. August 2016 E.2.1 f.). Art. 78 Abs. 1 VRG bestimmt, dass im Rechtsmittel- und Klageverfahren die unterliegende Partei in der Regel verpflichtet wird, der obsiegenden Partei die durch den Rechtsstreit verursachten notwendigen Kosten zu ersetzen. Nach Art. 16a des kantonalen Anwaltsgesetzes (Anwaltsgesetz; BR 310.100) bemisst sich die Parteientschädigung für die Kosten der anwaltlichen Vertretung in Verfahren vor Gerichts- und kantonalen Verwaltungsbehörden nach dem für eine sachgerechte Prozessführung notwendigen Zeitaufwand sowie der Schwierigkeit und der Bedeutung der Sache. Gemäss Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) setzt die urteilende Instanz die Parteientschädigung der ob-

- 38 - siegenden Partei nach Ermessen fest. Ausgangspunkt ist dabei grundsätzlich der Betrag, welcher der entschädigungsberechtigten Partei für die (anwaltliche) Vertretung in Rechnung gestellt wird (siehe Art. 2 Abs. 2 HV). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Eingabe vom 29. Juni 2022 insgesamt einen Aufwand von 9.7 Stunden à CHF 250.-- (CHF 2'425.--) zuzüglich einer Kleinspesenpauschale von 3 % (CHF 72.75) und 7.7 % MWST (CHF 192.35) geltend. Da vorliegend eine Honorarvereinbarung über den angegebenen Stundenansatz im Recht liegt (siehe Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 1) und die geltend gemachte Entschädigung von insgesamt CHF 2'690.10 angemessen erscheint, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer in diesem Umfang aussergerichtlich zu entschädigen (siehe dazu auch Art. 2 Abs. 2 Ziffer 1 und 2, Art. 3 Abs. 1 und Art. 4 Abs. 1 HV). III. Demnach erkennt das Gericht:

## **E. 8**

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmung vom 10. Juni 2022 auf Abweisung der Beschwerde und verwies zur Begründung primär auf die angefochtene Verfügung vom 29. März 2022. Unbestritten sei, dass beim Beschwerdeführer eine unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit (Gesamt-IQ von 77 Punkten) vorliege, die eine neuropsychologische Störung (verbales Gedächtnis) und eine Lernbehinderung bewirke. Damit werde der invalidenversicherungsrechtliche Invaliditätsbegriff indes nicht erfüllt. Denn das Leiden figuriere nicht im ICD-10-Verzeichnis. Eine Intelligenzstörung dürfe gemäss ICD-10: F70-F79 erst bei einem IQ von weniger als 70 Punkten als Krankheit betrachtet werden. Daraus folge im

Umkehrschluss, dass

- 6 - der Beschwerdeführer als gesunde Person gelte und bei ihm im hier relevanten Zeitraum ab dem 1. Januar 2021 kein Gesundheitsschaden vorliege, welcher aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchte. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Ausführungen in der Beschwerde erübrige sich. Der Beschwerdeführer habe keinen Rentenanspruch. Anders zu entscheiden bedeutete, dass ein gemäss ICD-10 nicht pathologisches Problem medizinisiert würde. Dies würde dem IV-rechtlichen Invaliditätsbegriff widersprechen.

#### **E. 9**

Der Beschwerdeführer hielt replicando am 15. Juni 2022 an seinen Anträgen fest und vertiefte seinen Standpunkt.

#### **E. 10**

Die Beschwerdegegnerin duplizierte am 27. Juni 2022 bei unveränderten Rechtsbegehren. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtschriften, die angefochtene Verfügung vom 29. März 2022 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 29. März 2022. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formeller und materieller Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer von der angefoch-

- 7 - tenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten.

#### **E. 13**

Dezember 2021 E.2.2.2, 8C\_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E.4.1, 9C\_311/2021 vom 23. September 2021 E.4.2; vgl. zum Ganzen KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 7 Rz. 22 ff.). 3.1.2. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a; anstatt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_26/2022 vom 30. Mai 2022

- 10 - E.4.1 und 9C\_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.1). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen

Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 135 V 645 E.4.4 und 125 V 351 E.3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_84/2022 vom 19. Mai 2022 E.2.2, 8C\_784/2021 vom 9. Februar 2022 E.4.2, 8C\_33/2021 vom 31. August 2021 E.2.2.2 und 8C\_38/2021 vom 16. August 2021 E.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (siehe BGE 135 V 465 4.5 und 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (siehe BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C\_80/2022 vom 4. Mai 2022 E.4, 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E.11.2.2, 8C\_736/2021 vom 22. März 2022 E.5.2, 8C\_764/2021 vom 3. März 2022 E.4.2, 9C\_528/2021 vom

- 11 - 11. Februar 2022 E.4.2, 8C\_105/2021 vom 8. Juni 2021 E.3 und 8C\_164/2021 vom 3. Mai 2021 E.3.2.1).

## **E. 16**

Dezember 1996, als der Beschwerdeführer knapp 14 Jahre war, diagnostizierte der behandelnde Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, neben einem POS eine wahrscheinlich seit Geburt bestehende Hirnleistungsstörung, wobei er auf einen EEG-Befund von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom Mai 1995 hinwies, der eine unspezifische diffuse Allgemeinstörung mit intermittierend deutlicheren Störungen über den hinteren Hirnregionen, vereinbar mit cerebraler Dysfunktion, festgestellt hatte (siehe IV-act. 3 S. 35). Gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 konnte der Beschwerdeführer mit der Unterstützung der Lehrer nach der Primarie die Realschule abschliessen (siehe IV-act. 110 S. 4 und 69 f.). Die in der Folge begonnenen Ausbildungen zum Bäcker/Konditor und zum Schreiner wurden jeweils nach rund einem bis anderthalb Jahren abgebrochen (siehe IV-act. 4 S. 4, IV-act. 47 S. 1, IV-act. 71 S. 4, IV-act. 110 S. 26, 39 und 65; vgl. ferner Abklärungsbericht Haushalt vom 18./26. November 2021 [siehe IV-act. 113 S. 3]), wobei der erhöhte Alkoholkonsum für die Kündigungen hauptverantwortlich gewesen sei (siehe IV-act. 110 S. 4, 39 und 65). Daraufhin bzw. auch schon vor dem Beginn der Schreinerlehre befand sich der Beschwerdeführer in mehreren (teil-)stationären Klinikaufenthalten zur Entwöhnungstherapie (siehe IV-act. 10 S. 1, IV-act. 23 S. 2, IV-act. 29, 31 und 41 S. 2). Auch damals erachtete die behandelnde

- 26 - Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine gewisse intellektuelle Leistungsmin- derung als fraglich. Eine entsprechende Abklärung war vorgesehen, konnte letztlich aber wegen des

Therapieabbruchs nicht durchgeführt werden (siehe Bericht vom 1. November 2002 über die Behandlung vom 26. Juli bis 10. Oktober 2002 [IV-act. 10 S. 2]). Die letzte entgeltliche Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt war nach Angaben des Beschwerdeführers eine Allrounder-Tätigkeit auf einer Skihütte ungefähr im Jahr 2010 (siehe IV-act. 110 S. 4, 6, 20, 22 und 64 sowie IV-act. 123 S. 2), welche ihm gemäss MEDAS-Gutachten vom 8. November 2021 wegen Leistungsschwäche und aufgrund der Suchterkrankung gekündigt wurde (siehe IV-act. 110 S. 6 und 70; vgl. ferner Einwand vom 10. Februar 2022 [IV-act. 123 S. 2]). Ansonsten nahm er an Programmeinsätzen teil, zuletzt als Hilfsarbeiter im Unterhalt der kommunalen Werkgruppe bzw. einem Recyclinghof in einem geschützten Rahmen, und bezieht öffentlich-rechtliche Unterstützung (siehe IV-act. 110 S. 4, 40 und 71 sowie IV-act. 123 S. 2 und 7; vgl. auch IK-Auszug vom 27. Juli 2020 [IV-act. 80] und Abklärungsbericht Haushalt vom 18./26. November 2021 [IV-act. 113 S. 3]). Dabei wurde ihm namentlich anlässlich eines Gemeindeeinsatzes zurückgemeldet, dass er zu wenig selbstständig sei und die Arbeit nicht sehe (vgl. Standortgespräch vom 28. November 2019 [IV-act. 123 S. 7], welche dem Einwand vom 10. Februar 2022 beigelegt war). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der MEDAS-Begutachtung anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung, die zur bereits bekannten Diagnose einer unterdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit und der beschriebenen neuropsychologischen Störung im Bereich des verbalen Gedächtnisses führte (siehe IV-act. 110 S. 69), auch unterdurchschnittliche Ergebnisse im Bereich des Sprachverständnisses, des wahrnehmungsgebundenen logischen Denkens und beim allgemeinen Fähigkeitsindex erzielte (siehe IV-act. 110 S. 67 f.). Ausserdem geht aus dem Abklärungsbericht Haushalt vom 18./26. November 2021 hervor, dass der Beschwerdeführer im administrativen Bereich eingeschränkt ist

- 27 - und bei Verrichtungen, wie Rechnungen einzahlen, Koordination mit Versicherungen und beim Behördenkontakt Hilfe des Sozialdienstes erhält (siehe IV-act 113 S. 6). Im seinem Einwand vom 10. Februar 2022 liess der Beschwerdeführer überdies vorbringen, dass sein Sohn eine Beistandin habe, welche das Familiensystem stark unterstütze, weil ein grosser Hilfebedarf vorliege (siehe IV-act. 123 S. 5).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.