

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.176 vom 23. Februar 2024

SO Obergericht, 2024-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.176\\_d20240223](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.176_d20240223)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.176 du 23 février 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.176 del 23 febbraio 2024

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1982 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) meldete sich am 12. September 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Er gab an, er habe seit April 2016 krankheitsbedingt eine angeschlagene Gesundheit. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) lehnte in der Folge den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 15. November 2016 ab. Dies wurde damit begründet, der Beschwerdeführer sei seit dem 19. April 2016 in seiner Arbeitsfähigkeit als Koch eingeschränkt. Gemäss den Abklärungen werde seine Arbeitsunfähigkeit vor allem durch ein Abhängigkeitsverhalten verursacht; damit liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor (IV-Nr. 10).

1.2 Am 22. Mai 2018 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Er gab an, seit Jahren an Depressionen und Angstzuständen zu leiden (IV-Nr. 12). Vom 19. Juni bis 31. Juli, 4. August bis 9. September und 10. September bis 14. November 2018 hielt er sich zur stationären Entwöhnungstherapie in der Klinik B.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 27 und 40 S. 15 ff.). Die Beschwerdegegnerin lehnte daraufhin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit rechtskräftiger Verfügung vom 22. Februar 2019 mit der Begründung ab, es bestehe keine medizinische Diagnose, welche eine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Bei absolutem Verzicht auf Drogen und Alkohol wäre der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig. Er wäre in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften (IV-Nr. 29).

1.3 Vom 9. bis 21. Mai 2019 hielt sich der Beschwerdeführer in den C.\_\_\_\_, [...] (IV-Nr. 40 S. 10 f.), und vom 21. Mai bis 15. November 2019 zur stationären Entwöhnungsbehandlung in der Klinik D.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 35 S. 1 ff.). Bereits am 29. Oktober 2019 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 18. November 2019) hatte sich der Beschwerdeführer ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet, wobei er u.a. angegeben hatte, er könne den Stress bei der Arbeit im Restaurant sowohl körperlich als auch psychisch nicht mehr ertragen (IV-Nr. 38). Am 13. Januar 2020 konnte er im geschützten Rahmen ein Belastungstraining in der E.\_\_\_\_, [...], beginnen, welches in der Folge abgebrochen wurde (IV-Nr. 48 f.). Vom 22. April bis 26. Mai 2020 und vom 11. August bis 8. September 2020 war der Beschwerdeführer in den C.\_\_\_\_, Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 63 S. 4 ff.).

und 72 S. 2 ff.). Im Zeitraum vom 8. September bis 9. November 2020 hielt er sich zur stationären Therapie in der Klinik F.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 75). Vom 9. bis 27. November 2020, vom 2. bis 11. Dezember 2020 und vom 24. Dezember 2020 bis 14. Januar 2021 war der Beschwerdeführer erneut in den C.\_\_\_\_, Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 77). Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der Gutachterstelle G.\_\_\_\_, [...] (im Folgenden: G.\_\_\_\_), welche am 23. Juni 2021 durchgeführt wurde (Gutachten vom 16. August 2021; IV-Nr. 93.2). Am 27. September 2021 nahm der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 97 S. 2 ff.). Vom 14. Februar bis 1. März und 4. bis 22. März 2022 war der Beschwerdeführer zur stationären Behandlung in den H.\_\_\_\_ (), [...], hospitalisiert (IV-Nr. 120 S. 4 ff. und S. 21 ff.). Vom 22. bis 29. März 2022 hielt er sich zur Behandlung im Therapiezentrum I.\_\_\_\_, [...], auf (IV-Nr. 116). Vom 29. März bis 1. April und 19. April bis 1. Mai 2022 war der Beschwerdeführer erneut zur stationären Behandlung in den H.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-Nr. 120 S. 11 ff. und 120 S. 15 ff.). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, Eingang des Berichts des Hausarztes Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2021 (IV-Nr. 104) und Rücksprache mit dem RAD lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 5. August 2022 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den medizinischen Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Verfügung vom 22. Februar 2019 nicht wesentlich verändert. Aus der Änderung der Rechtsprechung zu den Suchterkrankungen lasse sich keine erhebliche Sachverhaltsänderung ableiten. Die Praxisänderung stelle keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund dar und gebe auch nicht Anlass zu einer Wiedererwägung. Mangels einer Verschlechterung des Gesundheitszustands bestehe kein Leistungsanspruch (IV-Nr. 123; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 %

arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 3.

## **E. 3**

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und die unterzeichnete Rechtsanwältin sei zu seiner unentgeltlichen Rechtsvertreterin zu bestellen.

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter – 88 bis IVV sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 3.2 Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanschuldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

## **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu

stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

5. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob sich beim Beschwerdeführer seit der rechtskräftigen Verfügung vom 22. Februar 2019, womit der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abgewiesen wurde (IV-Nr. 29), eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands eingestellt hat. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der vorerwähnten Verfügung vom 22. Februar 2019 zu Grunde gelegt wurde:

5.1 Dem Bericht der C.\_\_\_\_, [...], zu Handen des Krankentaggeldversicherers vom 28. Mai 2018 können folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 entnommen werden: «1. Alkoholabhängigkeitssyndrom, ggw. abstinent aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21); 2. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1)». Sodann wurden andere relevante (somatische) Diagnosen (3. Abszess axillär links; 4. St.n. rezidivierender acute on chronic Pankreatitis aethyltoxischer Genese am 14.02.2018; 5. Arterielle Hypertonie; 6. Hepatomegalie mit Steatosis hepatis; 7. St.n. Pangastritis und Oesophagitis, letztmals 06/2016; 8. St.n. oberer gastrointestinaler Blutung; 9. St.n. 7 x Urolithiasis mit Doppel-J-Katheter Einlage 03/2014;

10. St.n. einem generalisierten epileptischen Anfall am 26.04.2018) angegeben.

Zu den aktuellen Befunden wurde dargelegt, der Patient sei mehrmals in somatischen Spitälern bei stark alkoholisiertem Zustand und starken Bauchschmerzen hospitalisiert worden, wo er somatisch abgeklärt und anschliessend zur Entzugstherapie in die C.\_\_\_\_ verlegt worden sei. Es sei eine rezidivierende acute on chronic Pankreatitis äthyltoxischer Genese diagnostiziert worden. Der Patient habe weiterhin über starke Bauchschmerzen geklagt, die im Rahmen der chronischen Pankreatitis zu erklären seien. Zudem habe er über starke Kopfschmerzen und wiederholte kurze Episoden mit Schwindelgefühl und fluktuierendem Bewusstsein und Gangunsicherheit berichtet. Zu den klinisch objektivierbaren Befunden wurde erklärt, die Entzugssymptome beim Patienten mit Zittern und erhöhten Blutdruck- und Pulswerten seien deutlich zu beobachten gewesen, zudem habe er am 26. April 2018 einen generalisierten epileptischen Anfall mit Bewusstlosigkeit und erhöhten Leber- und Schilddrüsenenzymen erlitten. Zu den psychischen Befunden wurde dargelegt, der Patient sei im Jahr 2018 bereits zum vierten Mal in der C.\_\_\_\_ hospitalisiert; insgesamt sei es die achte Hospitalisation. Die letzte, d.h. siebte Hospitalisation sei am 13. April 2018 (Austritt am gleichen Tag) gewesen. Der Patient sei damals vom K.\_\_\_\_ per fürsorgliche Unterbringung (FU) bei starker Alkoholintoxikation und akuter Suizidalität zugewiesen worden. Der Eintritt der aktuellen, achten Hospitalisation sei am 24. April 2018 erfolgt. Der Patient sei anschliessend zur dritten Hospitalisation vom 8. bis 27. Juni 2016 zur Entwöhnungstherapie in der Klinik F.\_\_\_\_ gewesen (28. Juni bis 30. September 2016).

Zu den aktuellen subjektiven Beschwerden wurde angegeben, der Patient habe erneut einen Rückfall erlitten bei vorbekanntem Alkoholabhängigkeitssyndrom und sei im K.\_\_\_\_ kurz wegen einer schweren Alkoholintoxikation mit fraglicher Selbstgefährdung und starken Schmerzen im Bauch sowie einer axillären Abszesseröffnung links hospitalisiert und auf freiwilliger Basis zur Alkoholentzugstherapie zugewiesen worden. Zudem habe er über intermittierende fokale neurologische Ausfälle auf der linken Seite mit Hemiparese und verwaschener Sprache sowie Urin-Inkontinenz berichtet, die bei Alkoholintoxikation vorübergehend aufgetreten seien und bis zu drei Tage gedauert hätten. Zu den aktuellen objektiven Befunden wurde erklärt, es handle sich um einen 35-jährigen Patienten in deutlich reduziertem Allgemein- und mässigem Ernährungszustand. Er sei in einem entzügigen Zustand und zitterig am ganzen Körper. Er sei psychomotorisch unruhig und ängstlich und die Konzentration sowie die Aufmerksamkeit seien reduziert. Im formalen Denken sei er leicht verlangsamt, jedoch kohärent. Im Affekt sei er angespannt und ängstlich, die Stimmung sei deutlich niedergestimmt. Der Antrieb sei eher reduziert.

Zu den erfolgten Therapien wurde erwähnt, der Patient befinde sich im Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen zum Totalentzug von Alkohol bei vorhandenem Abhängigkeitssyndrom sowie für die Behandlung der vorhandenen depressiven Episode. In diesem Rahmen werde die Entzugstherapie von Alkohol, Benzodiazepin-gestützt mit Abgabe der üblichen Vitaminpräparate, durchgeführt; die vorherige medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva sei fortgesetzt worden. Zusätzlich sei der Patient in das multimodale suchtspezifische Therapieprogramm mit regelmässigen psychotherapeutischen Einzelgesprächen, Gruppengesprächen, Ergo-, Bewegungs- und Arbeitstherapie integriert worden.

Die medizinisch begründeten Einschränkungen wurden wie folgt beschrieben: der Patient leide aktuell an wiederkehrenden Episoden mit Schwindelgefühl und Gangunsicherheit mit

fluktuierendem Bewusstsein. Diese Symptome seien weiterhin unklarer Genese. Zu den psychischen Einschränkungen wurde erklärt, theoretisch könne der Patient von der psychischen Seite her in gutem, abstinentem und stabilem Zustand den beruflichen Tätigkeiten nachgehen, vorausgesetzt, dass er weiterhin abstinent bleibe und seine Medikamente regelmässig und verordnungsgemäss einnehme. Parallel dazu sei eine fachliche Betreuung erforderlich, die zum Schutz vor der Gefahr eines möglichen Konsumrückfalls oder einer erneuten depressiven Episode vorbeugen sollte. Die beruflichen Einschränkungen seien vor allem vom Alkoholkonsum abhängig, welcher massive Auswirkungen auf das psychische und physische Befinden habe. Beim Alkoholkonsum sei mit starken Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen zu rechnen, mit Schwankungen und Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Sinne der Belastbarkeit und Ausdauer, aber auch der Verbindlichkeit und Pünktlichkeit, was die Arbeitsfähigkeit massiv beeinträchtige. Besonders zu erwähnen seien die Stimmungsschwankungen sowie die depressiven Zustände und die wiederkehrenden starken Bauchschmerzen im Rahmen der bekannten chronischen Pankreatitis, die sich bei vorhandenem Konsum verstärkten.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, der Patient habe vorher in einem Restaurant als Koch gearbeitet. Theoretisch werde eine Wiederaufnahme dieser Tätigkeit seine Gesundheit nicht gefährden, sofern er abstinent bleiben könne, wobei er dort einen einfachen Zugriff zum Alkohol habe und eine höhere Gefahr eines Rückfalls bestehe. Auch andere Tätigkeiten seien aus medizinischer Sicht zumutbar, wenn er über eine längere Zeit abstinent bleibe. Die Arbeitsfähigkeit des Patienten für jegliche Tätigkeit setze die Abstinenz über eine längere Zeit, regelmässige Termine beim ambulanten Psychiater und die Einnahme der verschriebenen Medikamente voraus. Idealerweise sollte das Pensum sukzessiv gesteigert werden, beginnend mit 30 %. Allgemein sollten hohe Anforderungen an Belastbarkeit und Leistung möglichst vermieden werden. Die Arbeitszeiten sollten nach dem klinischen Zustand und psychischen Befinden sukzessiv gesteigert werden. Mehr Flexibilität betreffend Arbeitszeit, Toleranz bezüglich Leistungsschwankungen sowie ein erschwerter Zugriff zum Alkohol seien von Vorteil. Abschliessend wurde dargelegt, der Patient sei stark alkoholabhängig. Eine langfristige Selbstgefährdung infolge des Konsums sowie ein erneuter Rückfall in Anbetracht seiner Vorgeschichte seien nicht auszuschliessen, was eher für eine ungünstige Prognose spreche. Eine anschliessende längere Entwöhnungstherapie sei vorgeschlagen worden, sei aber seitens des Patienten abgelehnt worden. Aktuell werde mit dem Patienten über eine betreute oder begleitete Wohnform zur weiteren Unterstützung der erzielten Abstinenz gesprochen (IV-Nr. 16 S. 1 ff.).

## 5.2

5.2.1 Aus dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_, Stationäre Therapie [...], vom 15. Oktober 2018 geht hervor, der Patient befinde sich in stationärer Entwöhnungstherapie vom 19. Juni 2018 bis voraussichtlich 4. Dezember 2018. Er sei seit dem 19. Juni 2018 arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten. Der Patient habe sich während seines Aufenthaltes dreimal in somatischer Notfallbehandlung im Spital befunden. Zur medizinischen Situation in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen wurde erklärt, der Patient trete von zu Hause aus ein. Er lebe zurzeit vom Sozialamt und wohne bei seinem Bruder. Zum Eintrittszeitpunkt sei er in ungekündigtem Anstellungsverhältnis als Koch im Stundenlohn gestanden. Er sei seit dem 6. Juni 2018 krankgeschrieben. Den Entzug habe er im stationären Rahmen der C.\_\_\_\_ gemacht. Der Patient berichte über eine chronische Alkoholabhängigkeit mit bisher

viermaligen, erfolglosen Entzugsbehandlungen im Jahr 2017. Er habe bereits in der Klinik F.\_\_\_\_ (2016) eine dreimonatige Entwöhnungstherapie gemacht und gemerkt, dass er etwas Längeres brauche, um dauerhaft abstinent leben zu können. Diese Therapie sei die letzte Hoffnung für ihn, da er in seinem Leben alkoholbedingt alles verloren habe, was ihm lieb sei (Partnerin, Job und Gesundheit). Er habe im letzten Jahr viele Spitalbesuche gehabt, aufgrund seines Trinkverhaltens bis zur Bewusstlosigkeit oder somatischer Beschwerden (Bauchspeicheldrüsen- und Magenprobleme, Epilepsie). Er habe nur mit Antabus einige Monate abstinent leben können, habe dann aber trotzdem getrunken. Er verspüre den extremen Drang zu konsumieren und könne sich nüchtern nicht aushalten. Alle Gedanken drehten sich nur um den Konsum und er habe alle körperlichen negativen Folgen sowie sozialen Konflikte aufgrund des Konsums ignoriert und trotzdem weitergetrunken. Den Ausschlag für eine Therapie habe die Aussage eines Arztes gegeben, wonach er kein Jahr mehr lebe, wenn er nichts verändere. Er trinke exzessiv bis zu zwei Flaschen Wodka pro Tag zum Vergessen von Problemen und zur Dämpfung von traumabedingten Ängsten, Grübelzuständen und Zukunftssorgen. Dass er so viel Alkohol trinke sei eine Suchtverlagerung von täglichem Kokain und Cannabiskonsum. Cannabis konsumiere er nur noch sporadisch und von Kokain sei er seit dem Jahr 2011 abstinent. Er habe damals 2 bis 4 g Kokain täglich konsumiert und Cannabis zum Runterkommen. Aufgrund einer neuen Partnerschaft habe er es geschafft, davon loszukommen.

Zur posttraumatischen Belastungsstörung wurde dargelegt, der Patient berichte von einem einschneidenden Erlebnis als ca. 4-Jähriger, als er angeschossen worden und sein Freund dabei gestorben sei. Weiter berichte er von Kriegserlebnissen und damit verbundener Flucht aus dem Iran, Irak und der Türkei. Diese Erlebnisse seien mit massiven Todesängsten, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen einhergegangen. Diese Erlebnisse erlebe der Patient meistens in etwas abgeänderter Form in Alpträumen wieder. Zudem sei es für ihn extrem schwierig, darüber zu sprechen. Der Patient berichte diese Themen mit extremer körperlicher Anspannung, Nervosität und belastetem Gesichtsausdruck. Im Bericht des Patienten gebe es auch Hinweise auf dissoziative Zustände, die im Verlauf des Gesprächs ebenfalls in leichtem Ausmass beobachtbar seien. Der Patient versuche, nach Möglichkeit Erinnerungen an den Unfall oder den Krieg in Form von Konsum oder sozialem Rückzug zu vermeiden. Wenn er nach draussen gehe, fühle er sich oft verfolgt und ver falle in Angstzustände (Nervosität, Misstrauen Fremden gegenüber). Manchmal träten diese Angstzustände auch plötzlich in Form von Herzrasen auf. Neben Schlaf- und Konzentrationsproblemen fühle er sich oft angespannt und «wie auf dem Sprung». Phasenweise leide er an starker Gereiztheit und sei sehr schreckhaft. Gewaltausbrüche habe er schon lange nicht mehr gehabt, dies habe es in seiner Jugendzeit jedoch oft gegeben. Er sei bei einigen Raubüberfällen und vielen Schlägereien dabei gewesen. Die dreijährige Therapie und die Berufsausbildung im [...] hätten ihm sehr gut getan. Seither sei er nicht mehr gewalttätig geworden.

Zur rezidivierenden depressiven Symptomatik wurde angegeben, der Patient schildere, dass er täglich an massiven Selbsthass- und Hoffnungslosigkeitsgefühlen leide. Er fühle sich ständig schuldig und wertlos. Dazu kämen massive Schlafprobleme und regelmässige Weinattacken. Er könne sich nur noch selten freuen und sei die meisten Tage traurig, niedergeschlagen und deprimiert. Er habe keine Hobbies und keine Interessen. Zudem habe er ein sehr schlechtes Gedächtnis und vergesse viele Dinge sofort wieder, wenn er sie nicht aufschreibe. Er fühle sich oft im Verhalten oder Denken verlangsamt, habe aber eine grosse

innere Unruhe. Dinge aus eigenem Antrieb anpacken könne er schon lange nicht mehr. Er habe sich sozial stark zurückgezogen und verlasse sein Zimmer bei seiner Schwester nur noch selten. Es habe in seinem Leben auch Zeiten gegeben (länger als sechs Monate), in denen es ihm besser gegangen sei (in Partnerschaften, selbstständiges Führen einer Imbissbude). Sein Appetit sei schwankend, er habe phasenweise vermehrten oder verminderten Appetit. Der Patient gebe verlangsamt Antwort.

Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung; F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom. Gegenwärtiger Substanzgebrauch. Nach DSM V liegt eine schwere Alkoholkonsumstörung vor». Sodann wurden weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (G 40.9 Epilepsie, nicht näher bezeichnet; I10.01 Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise; K29.1 Sonstige akute Gastritis. a.e. toxisch vermittelt bei Alkoholintoxikation; R51 Kopfschmerz; K08.88 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates; I47.1 Supraventrikuläre Tachykardie) angegeben. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, der Patient habe Leidensdruck, starke Therapiemotivation und Mitarbeitsbereitschaft gezeigt. Er könne insgesamt stark von der Therapie profitieren. Aufgrund des Schweregrades der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Symptomatik benötige er für eine langfristige Abstinenz weiterhin eine engmaschige psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung. Der Patient sei sehr leistungsorientiert und motiviert, wieder im ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. In abstinenzstabilem Zustand sehe man ihn auf dem ersten Arbeitsmarkt. Ein niederprozentiger Arbeitsversuch bei engmaschiger Betreuung sei zu empfehlen. Eine freudbringende, motivierende Tagesstruktur sehe man als einen der wichtigsten abstinenzunterstützenden Faktoren, um längerfristig arbeitsfähig zu bleiben. Dem Patienten werde eine teilstationäre psychotherapeutische / psychiatrische Nachbetreuung und anschliessend eine engmaschige ambulante Psychotherapie empfohlen, sowie wöchentlich eine mehrmalige Psychiatriespitexbetreuung. Des Weiteren sehe man eine betreute oder begleitete Wohnform als indiziert an.

Zur beruflichen Situation wurde angegeben, dem Patienten sei die Stelle als Koch im Stundenlohn während des Klinikaufenthaltes gekündigt worden. Diese Tätigkeit verlange Stresstoleranz und selbstständiges, schnelles Arbeiten. Als Ressourcen, die für die Eingliederung hilfreich sein könnten, wurden die herzliche, sympathische und hilfsbereite Art mit Sinn für Humor, Selbstreflexionsfähigkeit und Ehrlichkeit mit sich selber und anderen genannt. Die halbtägige Arbeitstherapie in der Küche der Klinik habe der Patient problemlos bewältigt. Er habe sehr positive Rückmeldungen bekommen. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei während acht Stunden pro Tag zuzumuten. Kurzfristig könne unter Beachtung der reduzierten Belastbarkeits- und Stressbewältigungsfähigkeit eine vorsichtig positive Prognose gestellt werden. Langfristig müsse ohne enge Begleitung mit massiven Rückfällen gerechnet werden. Depressive Zukunftsperspektiven, stark ausgeprägte Hoffnungslosigkeitsgefühle sowie zwanghaft kreisende Schuldgefühle, ausgelöst durch Taten in der Vergangenheit, stünden einer Eingliederung im Weg; ebenso eine verminderte Stress- und Frustrationstoleranz sowie alte, dysfunktionale Verhaltensmuster, in die er immer wieder zurückfalle, bedingt durch sehr grossen Arbeitsanfall beim Arbeitgeber. Daraus resultiere ein Arbeiten bis zur totalen Erschöpfung und das Fehlen einer gesunden

Work-Life-Balance. In nüchternem Zustand sei der Patient im Haushalt kaum eingeschränkt. Sein Konsumverhalten sei jedoch so massiv, dass er bei Konsum jegliche Aufgaben im Haushalt vernachlässige und auch nur schwer Hilfe annehmen oder aussteigen könne (IV-Nr. 27 S. 1 ff.).

5.2.2 Dem Austrittsbericht über die obgenannte stationäre Entwöhnungstherapie vom 14. November 2018 kann noch entnommen werden, dass der Patient am 31. Juli 2018 mit Verdacht auf akute Pankreatitis ins Spital [...] verlegt worden sei. Am 4. August 2018 sei die Rückverlegung in die Klinik B.\_\_\_\_ zur Weiterführung der begonnenen Behandlung der Abhängigkeitserkrankung sowie der komorbiden psychiatrischen Störungen erfolgt. Beim Patienten bestehe eine chronische Abhängigkeitserkrankung, welche sich auf dem Boden von traumatisierenden Kindheitserlebnissen mit physischer und emotionaler Gewalterfahrung und emotionaler Vernachlässigung entwickelt habe. Die Abhängigkeitserkrankungen und die rezidivierende depressive Symptomatik seien als dysfunktionale Bewältigungsmodi zu verstehen und bestünden komorbid zur posttraumatischen Belastungsstörung. Die dissoziative Symptomatik sowie die geschilderten Angstzustände seien im Rahmen der posttraumatischen Symptomatik einzuordnen. Die medizinische Beurteilung lautete wie folgt: Die Rückverlegung aus dem Spital [...] sei nach dortiger Überwachung und symptomatischer Therapie erfolgt. Eine Episode supraventrikulärer Tachykardie habe am 11. August 2018 zu einer Notfallverlegung ins L.\_\_\_\_ geführt, das er gleichentags wieder habe verlassen können. Aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation (2,75 Promille) sowie diffusen somatischen Beschwerden bei vorbekannter kardialer Problematik sei am 9. September 2018 die Notfalleinweisung ins L.\_\_\_\_ erfolgt. Die Rückverlegung sei bei günstigem Verlauf am nächsten Tag durchgeführt worden. Im weiteren Verlauf sei es bis zur Entlassung vom 14. November 2018 zu keinen weiteren Vorkommnissen mehr gekommen (IV-Nr. 40 S. 15 ff.).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

6.1 Dem Austrittsbericht der C.\_\_\_\_, [...], vom 31. Mai 2019 über die Hospitalisation vom 9. bis 21. Mai 2019 können die psychiatrischen Diagnosen

«1. Alkoholabhängigkeitssyndrom, ggw. Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24); 2. Am ehesten PTBS (ICD-10 F43.1); 3. Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)» entnommen werden. Sodann wurden auch andere relevante Diagnosen (4. Obstipation; 5. Rezidivierende acute on chronic Pankreatitis, aethyltoxischer Genese; 6. Arterielle Hypertonie; 7. Hepatomegalie mit Steatosis hepatis; 8. St.n. Pangastritis und Oesophagitis, letztmals 06/2016; 9. St.n. oberer gastrointestinaler Blutung; 10. St.n. 7 x Urolithiasis mit Doppel-J-Katheter Einlage 03/2014; 11. St.n. Absencen psychogener Ursache, DD im Rahmen einer Entzugsepilepsie, 05/2016» angegeben (IV-Nr. 40 S. 10 f.).

6.2 Aus dem Bericht des M.\_\_\_\_ vom 1. November 2019 gehen die Diagnosen «Episodische bis chronische Migräne, DD Medikamentenübergebrauchskopfschmerz» und «Primär stechender Kopfschmerz (ICHD-3 4.7)» hervor. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient berichte über Kopfschmerzen seit mehreren Jahren, etwa einmal pro Monat. Die Beurteilung lautete dahingehend, es handle sich um primär stechende Kopfschmerzen. Die Entwicklung spreche für einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz bei vorbestehender episodischer Migräne. Es sei dem Patienten empfohlen worden, die restlichen drei Wochen des Alkoholentzugsaufenthaltes zu nutzen und auch die Akutmittel

abzusetzen. Es sollte sich dann innerhalb von ein bis drei Wochen eine deutliche Besserung der Kopfschmerzen zeigen. Es bestehe bereits eine migränewirksame Begleitmedikation (IV-Nr. 35 S. 10 f.).

6.3 Dem Bericht der D. \_\_\_\_, [...], vom 14. November 2019 über die stationäre Entwöhnungsbehandlung vom 21. Mai bis 15. November 2019 können die Hauptdiagnose «1. F10.21 Störungen durch Alkohol, Abhängigkeit, ggw. abstinent, aber in beschützender Umgebung» sowie die psychiatrischen Diagnosen «2. F14.20 Störungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom, ggw. abstinent (seit 2011); 3. F17.2 Störungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom; 4. F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung; 5. F33.1 Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode; 6. F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)» entnommen werden. Im Weiteren wurden die somatische Diagnosen (7. Episodische bis chronische Migräne; 8. G40.9 Epilepsie, nicht näher bezeichnet; 9. Status nach Absence psychogener Ursache; 10. I10.01 Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise; 11. Steatosis hepatis; 12. Rezidivierende acute on chronic Pancreatitis, aethyltoxischer Genese; 13. St.n. Pangastritis und Oesophagitis, letztmals 06/2016; 14. St.n. oberer gastrointestinaler Blutung; 15. Sekundäre erektile Dysfunktion; 16. Infertilität eigenanamnestisch) angegeben. Zum Anlass der Aufnahme wurde festgehalten, im Aufnahmegespräch habe der Patient berichtet, dass er nach seiner letzten Langzeitentwöhnungstherapie (in der Klinik B. \_\_\_ / 2018) die Abstinenz im betreuten Wohnen «Treffpunkt», [...], wo alle Mitbewohner getrunken hätten, nicht mehr habe aufrechterhalten können; er sei depressiv gewesen. Schliesslich sei es zu mehreren Vorfällen mit Einlieferung ins Spital gekommen, da seine Bauchspeicheldrüse alkoholbedingt nicht mehr gearbeitet habe. Er habe gesehen, dass es so nicht weitergehen könne; er habe sich erneut zu einem Entzug im Jahr 2019 entschlossen.

Zu «Therapie und Verlauf» wurde vermerkt, da zu Beginn der Behandlung das Krankheitsbild durch Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode dominiert habe, sei eine medikamentöse Therapie installiert worden, worunter eine gewisse Verbesserung erreicht worden sei. Unter Medikation und Massnahmen zu Schlafhygiene habe sich die Schlafqualität deutlich verbessert. Aufgrund von Belastungsfaktoren sei es ab Oktober 2019 wieder zu einer Verschlimmerung der depressiven Symptomatik und vermehrten Paniksymptomen gekommen. Depressive Phasen mit sozialem Rückzug kenne er schon als Kind. Während der Therapie habe der Patient gelernt, seinen Rückzugstendenzen nicht Folge zu leisten. Er sei sehr gut integriert, habe Kontakte zu verschiedenen Personen und Nationen und spreche mehrere Sprachen. Als Hauptrisiko trotz guter Ressourcenlage sehe man seine Tendenz, über seine eigenen Grenzen zu gehen, schlecht zu sich selbst zu schauen, sich wenig abzugrenzen und sich selbst unter Druck zu setzen. Diese Schwierigkeiten dürften auch im Zusammenhang mit seinen somatischen Beschwerden stehen, wie den Rückenschmerzen, für welche er Massageanwendungen erhalte, den Schmerzen im Rippen-Lungenbereich, für welche über Physiotherapie eine Besserung erzielt worden sei, den Kopfschmerzen, welche man seit Oktober 2019 extern behandle und der erektilen Dysfunktion, die situationsgebunden medikamentös behandelt werde und weswegen er fortlaufend seit Mai 2019 in Behandlung stehe. Auch die benigne essentielle Hypertonie sei medikamentös behandelt worden.

Im Weiteren wurde dargelegt, die Funktion des Alkoholkonsums bestehe bei ihm darin, Verlassenheit, Einsamkeit, Scham, Insuffizienzgefühle und andere schwierige Gefühle nicht zu spüren. Es zeige sich eindeutig, dass die Sucht sekundär als dysfunktionale

Bewältigungsstrategie entstanden sei. Bei seinen Belastungsproben habe der Patient mehrmals mit hohem Craving (intensives Verlangen) zu kämpfen gehabt und es sei zu zwei begrenzten Alkoholrückfällen gekommen. Aus Scham sei er kurz davor gewesen, seinen Aufenthalt abzubrechen. Er habe es dennoch geschafft, mehrheitlich in seinen Belastungserprobungen (Ausgänge und Übernachtungen) die Risikofaktoren vorab einzuschätzen und er sei sogar einmal früher von einem Ausgang zurückgekommen, um sich wieder in den geschützten Rahmen zu begeben. Abgesehen von diesen zwei Vorfällen habe er seine Abstinenz durchgängig über seinen gesamten Aufenthalt unter Beweis stellen können. Er habe versucht, seinen Nikotinkonsum einzustellen, was aber angesichts seiner hohen Anspannungszustände verbunden mit Craving und gegen Ende der Therapie wieder zunehmenden Paniksymptomen nicht gelungen sei. Psychotherapeutisch habe er gelernt, sich bei Anspannung besser zu regulieren, wobei er noch Übung brauche, um das Gelernte in schwierigen Situationen umsetzen zu können. Er sei jedenfalls sehr bemüht, Fortschritte seien zu sehen. Die wiederkehrenden Albträume und die Paniksymptome seien methodisch angegangen worden. Gegen Ende der Therapie habe der Patient fast täglich mit massiven Kopfschmerzen zu kämpfen gehabt, was die Therapie behindert und zusammen mit dem erneuten depressiven Einbruch dazu geführt habe, dass eher stabilisierend gearbeitet worden sei. Der Patient habe in allen Gruppen sehr gut mitgemacht und versucht, das Gelernte in seinen Alltag zu integrieren. In der Arbeitstherapie, die ca. einem 50%-Pensum entspreche, sei er in der Küche eingeteilt gewesen. Die Qualitäten, die er als Koch mitbringe, könnten sich zeigen lassen. Konstanz, Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Leistungsbereitschaft sowie eine realistische Selbsteinschätzung seien klar ersichtlich. Der Austritt zu seiner Schwester, bei welcher er vorübergehend wohnen werde, erfolge im psychisch stabilen Zustand (IV-Nr. 35 S. 1 ff.).

6.4 Dem Bericht der C.\_\_\_\_, [...], vom 29. Mai 2020 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. April bis 26. Mai 2020 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom (F19.2); 2. Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (F10.2); 3. Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichtgradige Episode (F33.0)». Im Weiteren wurden verschiedene Nebendiagnosen (4. Panikstörung (F41.0), DD PTSD (F43.1); 5. St.n. mehreren epileptischen Anfällen, EM 2014, aktenanamn. (B.\_\_\_\_) nicht näher bezeichnete Epilepsie (G40.9); 6. Intermitt. supra-ventrikuläre Tachykardien (ED 11.08.18); 7. St.n. prolongiertem respiratorischem Infekt, März / 2020; 8. Akuter Rezidivschub bei acute-on-chronic Pancreatitis (äthyltoxischer Genese [ED 2014]) gestellt. Unter «aktuelle Behandlungshinweise» wurde angegeben, es sei die Rückverlegung des suchtkranken Patienten aus dem N.\_\_\_\_ ins Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen zur stationären weiteren Entzugsbehandlung erfolgt, nachdem der Patient zuvor wegen auf der Entzugsstation nicht mehr zu tolerierenden Abdominalschmerzen bei bekannter Pankreatitis am 19. April 2020 dorthin verlegt worden sei. Unter anderen Medikamenten sei die Entzugsbehandlung medikamentös fortgeführt worden. Der Patient habe im Verlauf zunehmend Motivation gezeigt, abstinent zu bleiben und berichtet, er habe sich vorgenommen, eine längere Entwöhnungstherapie bald in Angriff zu nehmen (IV-Nr. 63 S. 4 ff.).

6.5 Aus dem Bericht der C.\_\_\_\_, [...], vom 9. September 2020 über die Hospitalisation vom 11. August bis 8. September 2020 geht hervor, es sei die stationäre Übernahme des suchtkranken Patienten nach der Verlegung durch das L.\_\_\_\_ zum freiwilligen

Alkoholentzug bei bekannter Polytoxikomanie erfolgt. Der medikamentöse Entzug habe durchgeführt werden können. Im Verlauf sei es am 20. August 2020 zu einem einmaligen Rückfall mit Alkohol aufgrund einer emotional sehr belastenden privaten Situation (Verlust der Schwangerschaft der Freundin) gekommen. Das multimodale Therapieprogramm sei vom Patienten motiviert wahrgenommen worden. Der Patient habe am 8. September 2020 in insgesamt deutlich stabilerem Zustand direkt in die Klinik F.\_\_\_\_ zur Entwöhnungstherapie übertreten können (IV-Nr. 72 S. 2 ff.).

6.6 Laut dem Bericht der Klinik F.\_\_\_\_, [...], vom 27. November 2020 über den stationären Aufenthalt vom 8. September bis 9. November 2020 hielt sich der Beschwerdeführer dort zum zweiten Mal auf (1. Aufenthalt vom 28. Juni bis 20. September 2016). Er sei von den C.\_\_\_\_ nach erfolgtem Entzug (Aufenthalt vom 11. August bis 8. September 2020) zugewiesen worden. Der Patient habe angegeben, seit etwa neun Jahren an einer Alkoholabhängigkeit zu leiden. Davor habe er etwa 15 Jahre an einer Kokain- und Cannabisabhängigkeit gelitten, bevor es zu einer Suchtverlagerung auf Alkoholkonsum gekommen sei. Er habe weiter angegeben, vor der Hospitalisation täglich 1 bis 3 Flaschen Wodka konsumiert zu haben. Zudem habe ein unregelmässiger Konsum von Cannabis und Kokain bestanden. Aktuelle Auslösesituation für die stationäre Entwöhnungstherapie sei ein wiederholter Rückfall nach der letzten Hospitalisation gewesen, der Patient habe den Alkoholkonsum nicht eigenständig sistieren können. Intrinsische Motivation für einen Klinikaufenthalt und eine langfristige Abstinenz seien vorhanden gewesen. Ziel sei eine zwölfwöchige Entwöhnungstherapie auf der Psychotherapiestation der Suchterkrankungen gewesen. Aufgrund mehrerer nichtdeklarerter Rückfälle in den Alkoholkonsum (zuletzt am 7. und 8. November 2020) habe die Therapie des Patienten am 9. November 2020 abgebrochen werden müssen. Im Rahmen des Abbruchgesprächs habe sich eine depressive Exazerbation mit Hoffnungslosigkeit, Gedankendrehen, massiver Niedergeschlagenheit und nicht möglicher Distanzierung von Suizidalität im Falle eines Austritts ins häusliche Setting gezeigt (IV-Nr. 75).

6.7 Dem Bericht der C.\_\_\_\_, [...], vom 30. November 2020 über die stationäre Behandlung vom 9. bis 27. November 2020 kann entnommen werden, der Patient habe sich seit dem 8. September 2020 in der Klinik F.\_\_\_\_ zur stationären Entwöhnungstherapie bei bekanntem Alkoholabhängigkeitssyndrom befunden. Aufgrund wiederholter Rückfallereignisse sei dort dann die disziplinarische Entlassung erfolgt. In der Folge sei der Patient erneut auf freiwilliger Basis im Zusammenhang mit einer depressiven Symptomatik und suizidaler Krise zugewiesen worden. Der Patient habe bei der Aufnahme von psychischen (anhaltende Dysthymie) und wechselnden körperlichen Beschwerden (bekannter drückender Kopfschmerz, gastrointestinale Beschwerden) und regelmässiger Einnahme von Analgetika berichtet. Im Hinblick auf die depressive Symptomatik sei bei guter Verträglichkeit eine Aufdosierung der vorbestehenden Medikation erfolgt. Der Patient habe eine suchtspezifische Behandlung erhalten. Am 21. und 22. November 2020 sei es zu Alkoholrückfällen gekommen. Der Patient habe sich nicht für ein kontrolliertes Konsumverhalten als Therapieziel in einer entsprechenden Einrichtung einlassen können. Für die weitere suchtspezifische Behandlung sei eine Krisenintervention und stationäre Suchttherapie im [...] angedacht. Eine Aufnahme sei ab Januar 2021 geplant. Man sehe einen schwer suchtkranken Patienten mit Komorbiditäten, welcher sich bereits seit ca. 3 Jahren intermittierend in diversen therapeutischen Einrichtungen befinde. Dabei fehle ihm bisher noch die ausreichende Einsicht in die Suchtproblematik und die

Veränderungsmotivation, was das Suchtverhalten als dysfunktionale Copingstrategie wiederum unterstütze. Beim Patienten bestünden chronisch suizidale bzw. parasuizidale Krisen, welche dann unter Alkoholeinfluss ausgeprägter seien, wobei dies der Patient auch zu instrumentalisieren scheine. Es seien intermittierend auftretende supraventrikuläre Tachykardien vorbekannt und bereits abgeklärt worden (IV-Nr. 77 S. 9 ff.).

6.8 Aus dem Bericht der C.\_\_\_\_, [...], vom 14. Dezember 2020 über den stationären Aufenthalt vom 2. bis 11. Dezember 2020 geht hervor, der Patient habe berichtet, dass er nach dem Austritt vom 27. November 2020 sofort wieder mit massivem Alkoholkonsum begonnen habe. Einen Auslöser für diesen massiven Konsum habe er nicht klar nennen können, ausser vorbekannte Zukunftsängste und dazu noch intermittierende Suizidgedanken. Der medikamentöse Entzug habe durchgeführt werden können. Die antidepressive Therapie sowie die Schlafmedikation seien unverändert fortgeführt worden. Beim Patienten habe eine mangelhafte Krankheitseinsicht bestanden, was sich vor allem durch grosse Hoffnung in die Entwöhnungstherapie im «[...]», nach fast 3 Jahren Therapie mit kaum Unterbrüchen sowie kaum vorhandener Veränderungsmotivation bei der Abrufung von eigenen Ressourcen, gezeigt habe. Auf die Konfrontationen habe der Patient entweder gereizt oder vordergründig angepasst reagiert. Er habe keine Alternativen bei Beziehungsproblematik in Betracht ziehen wollen, ausser Valium- und Alkoholkonsum. Das multimodale Therapieprogramm sei vom Patienten unregelmässig und eher weniger verbindlich wahrgenommen worden. Eine Option bezüglich Wohnform und Therapie nach dem Austritt sei das [...] gewesen, wohin der Patient ab Mitte Januar 2021 übertreten könnte. Als weitere Möglichkeit sei eine niederschwellige Wohnform mit kontrolliertem Konsum aufgeleitet worden. Am 10. Dezember 2020 habe der Patient einen Rückfall (knapp 2 Promille) mit Konsum auf der Station gehabt. Deshalb sei am Folgetag die disziplinarische Entlassung mit zweiwöchiger Wiedereintrittssperre erfolgt (IV-Nr. 77 S. 5 ff.).

6.9 Laut dem Bericht der C.\_\_\_\_, [...], vom 15. Januar 2021 über die Hospitalisation vom 24. Dezember bis 14. Januar 2021 wurde der Patient am 18. Dezember 2020 mit Abdominalschmerzen wegen Pankreatitis im N.\_\_\_\_ aufgenommen. Nach sechs Tagen sei er in das Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen der C.\_\_\_\_ verlegt worden. Der Entzug sei medikamentös erfolgt. Es seien vegetative Entzugssymptome, vor allem ein Tremor der Hände, vorhanden gewesen. Die Schlafmedikation sei unverändert fortgeführt worden. Vom N.\_\_\_\_ seien Schmerzmittel gegen die Bauchschmerzen aufgrund einer akuten Pankreatitis 12/20 bei chronischer Pankreatitis äthyltoxischer Genese verabreicht worden. Das multimodale Therapieprogramm mit Kunst- und Bewegungstherapie sei vom Patienten motiviert wahrgenommen worden. Im Stationsalltag habe er sich im Sozialverhalten mit Mitpatienten freundlich und angenehm gezeigt (IV-Nr. 77 S. 1 ff.).

6.10 Am 23. Juni 2021 erfolgte eine notfallmässige Zuweisung des Beschwerdeführers in das O.\_\_\_\_ aufgrund einer Alkoholintoxikation. Es wurde dargelegt, der Patient wäre für eine IV-Abklärung eingeplant gewesen. Er habe sich dort alkoholisiert vorgestellt und agitiert gewirkt. Die Atemalkoholbestimmung habe einen Wert von 2.8 Promille gezeigt. Das Bauchlabor sei bis auf eine leichtgradige Leukozytose blande ausgefallen. Insbesondere habe kein Anhalt für eine erneute Pankreatitis bestanden. Es sei eine intravenöse Rehydratation veranlasst worden und es sei bei unklarer Angabe von Bauchschmerzen eine analgetische Therapie verabreicht worden. Darunter habe der Patient eine Beschwerdebesserung angegeben. Der weitere Verbleib auf der Notfallstation sowie

eine allfällige weitere Rehydratation und Abklärungen seien vom Patienten dann leider verweigert worden. Gegen den ärztlichen Rat sei er vorzeitig entlassen worden (IV-Nr. 93.3 S. 5 f.).

6.11 Dem interdisziplinären (allgemeininternistischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 16. August 2021 (Untersuchungen vom 23. Juni 2021) können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.24), Abhängigkeitssyndrom, ggw. Substanzgebrauch; Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1); Mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1)». Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Verdacht auf einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (ICD-10: G44.4), epileptische Anfälle im Zusammenhang mit Alkohol (ICD-10: G40.5), eine Exazerbation Gastritis / Duodenitis 12/20 einer nicht erosiven Gastritis und Duodenitis äthyltoxischer Genese, intermittierende supraventrikuläre Tachykardien (ED 08/2018; CvRF: Arterielle Hypertonie, Dyslipidämie), ein Status nach rezidivierender Urolithiasis links, ein Status nach prolongiertem respiratorischem Infekt im März / April 2020, eine Steatosis hepatis, eine Adipositas Grad I, chronischer Nikotinkonsum sowie ein Status nach akuter Pankreatitis 12/20 bei acute-on-chronic Pankreatitiden äthyltoxischer Genese angegeben. Im Rahmen der integrativen medizinischen Beurteilung wurde dargelegt, der Explorand leide seit Jahren unter einer schweren Alkoholabhängigkeit mit psychischen und Verhaltensstörungen. Zahlreiche Interventionen der letzten Jahre zur Verbesserung des Gesundheitszustands seien gescheitert. Zusammenfassend könne interdisziplinär gesagt werden, dass die chronische Alkoholabhängigkeit eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verunmögliche. Prognostisch sei mittelfristig nicht von einer Verbesserung auszugehen.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen wurde festgehalten, die festgestellten Befunde in Verbindung mit den daraus resultierenden Diagnosen führten zu Funktionseinbussen mit einer sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Hier stehe insbesondere die langjährige Alkoholkrankung im Fokus, aus welcher sich die im psychiatrischen Teilgutachten und den somatischen Teilgutachten genannten Nachteile zur Arbeitsfähigkeit ableiten liessen. Relevante Persönlichkeitsaspekte liessen sich durch den langjährigen Alkoholabusus erklären. Zu Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde Folgendes festgestellt: der Explorand leide an einer chronischen Alkoholabhängigkeit, depressiven Symptomen und den Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Seine Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, sei erheblich beeinträchtigt. Seine Fähigkeit, Aufgabe zu planen und zu strukturieren, sei ebenfalls erheblich beeinträchtigt. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien erheblich reduziert. Die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen sei aus psychiatrischer Sicht als Koch nicht vorhanden. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien durch die oben genannten Störungen erheblich eingeschränkt. Die Durchhaltefähigkeit sei infolge der vermehrten Ermüdbarkeit und Verunsicherung erheblich reduziert. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mässig beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien mässig beeinträchtigt. Die Mobilität mit dem Auto sei voll eingeschränkt. Eine Fahrfähigkeit bestehe nicht. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln bestehe eine mässige Einschränkung. Insgesamt bestünden aus psychiatrischer Sicht mässige bis volle Funktionsbeeinträchtigungen.

Zur Konsistenz wurde angegeben, am 15. Oktober 2018 sei im Arztbericht der Klinik B.\_\_\_\_ (E. II. 5.2.1 hiervor) folgende Prognose zur Arbeitsfähigkeit abgegeben worden: Der Patient habe Leidensdruck, starke Therapiemotivation und Mitarbeitsbereitschaft gezeigt und könne insgesamt stark von der Therapie profitieren. Aufgrund des Schweregrades der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Symptomatik benötige er für eine langfristige Abstinenz weiterhin engmaschige, psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung. Der Patient sei sehr leistungsorientiert und motiviert, wieder im ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. Man sehe ihn in abstinenzstabilem Zustand auf dem ersten Arbeitsmarkt. Es werde dem Patienten ein niederprozentiger Arbeitsversuch bei engmaschiger Betreuung empfohlen. Eine freudbringende, motivierende Tagesstruktur sehe man bei ihm als einen der wichtigsten abstinenzunterstützenden Faktoren, um längerfristig arbeitsfähig zu bleiben. Der Einschätzung der Klinik B.\_\_\_\_, dass eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt möglich sei, könne nicht gefolgt werden. Dies aufgrund des instabilen Zustandsbildes der letzten Jahre. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Koch wurde festgehalten, interdisziplinär bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung gelte retrospektiv seit spätestens dem 19. April 2016. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe spätestens seit dem 19. April 2016 keine Arbeitsfähigkeit. Aus rein neurologischer Sicht sei der Explorand in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt; allerdings sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Alkoholabhängigkeitssyndroms mit epileptischen Anfällen (Entzugsanfälle) einhergehend eingeschränkt. Aus allgemein-internistischer Sicht sei keine Einschätzung möglich gewesen. In angepasster Tätigkeit bestehe interdisziplinär ebenfalls keine Arbeitsfähigkeit. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten als auch im angepassten Beruf könne schlüssig auf die im psychiatrischen Teilgutachten gemachten Einschränkungen zurückgeführt werden.

Die fallspezifischen Fragen wurden wie folgt beantwortet: Eine Alkohol- und Suchtmittelabstinenz würde aus versicherungsmedizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit formal theoretisch zwar verbessern, gemessen an den zahlreichen ambulanten, teilstationären und stationären Interventionen und der seit langem bestehenden psychiatrischen Störung sei dieses Vorhaben aber nicht umsetzbar. Es gebe keine medizinischen Massnahmen mit Verbesserungspotential. Dem Exploranden sei bei diagnostizierter Alkohol- und Suchtmittelabhängigkeit eine Abstinenz nicht zuzumuten. Eine Auflage mit regelmässigen Kontrollen auf Alkohol und Drogen sei nicht zielführend. Der Explorand verfüge über keine Ressourcen (IV-Nr. 93.2 S. 4 ff.).

6.11.1 Aus dem allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, geht hervor, es sei fast nicht möglich, eine Anamnese zu erheben. Der Explorand wirke aufgeregt, wechsle dauernd die Körperposition von liegend in sitzend bzw. stehend, sei weinerlich und klage über krampfartige Oberbauchschmerzen. Kurz vor der internistischen Begutachtung sei er nicht ansprechbar gewesen. Seit Monaten leide er auch unter rezidivierenden Durchfällen. Er beklage auch immer wieder auftretendes Herzklopfen verbunden mit Unwohlsein. Er habe zuletzt am gestrigen Tag eine Flasche Wodka getrunken. Eine zielgerichtete Anamnese sei aufgrund des vorgetragenen Gesundheitszustands nicht möglich gewesen. Die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lautet wie folgt: Status nach akuter Pankreatitis 12/20 bei acute-on-chronic Pankreatitiden äthyltoxischer Genese, aktuell: Überweisung ins O.\_\_\_\_ zum Ausschluss einer erneuten Pankreatitis. Der Zustand des Exploranden sei aus allgemein-internistischer Sicht, solange der massive Alkoholkonsum fortgesetzt werde, nicht beurteilbar (IV-Nr. 93.2

S. 32 ff.).

6.11.2 Die neurologische Teilgutachterin (Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie) hielt fest, der Explorand gebe an, immer wieder epileptische Anfälle und eine Erinnerungslücke zu haben. Sein Ziel sei, wieder arbeiten zu können. Des Weiteren leide er unter Kopfschmerzen, welche bei Konzentration zunähmen. Morgens leide er immer wieder unter Übelkeit. Die neurologische Teilgutachterin konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Unter «Herleitung» hielt sie fest, der Explorand leide seit mehreren Jahren unter einem Alkoholabhängigkeitssyndrom. Im Rahmen dessen sei es bereits mehrfach zu epileptischen Anfällen gekommen. Die vom Exploranden wiederholt erlittenen epileptischen Anfälle seien an das Alkoholabhängigkeitssyndrom gebunden. Die Attackenfrequenz sei im Rahmen der Befragung und in den Vorberichten nicht zu eruieren gewesen. Der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hänge von der Alkoholabhängigkeit ab. Im Rahmen der Beurteilung des bisherigen Verlaufs wurde dargelegt, neurologische Therapien seien nicht durchgeführt worden. Die vom Exploranden geschilderte Beschwerdesymptomatik sei plausibel dargelegt worden. Die Exploration habe aufgrund der Incompliance im Rahmen der Grunderkrankung nicht ausführlich durchgeführt werden können. Aus rein neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Allerdings sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Alkoholabhängigkeitssyndroms mit epileptischen Anfällen (Entzugsanfälle) einhergehend eingeschränkt, wobei dazu auf das psychiatrische Teilgutachten zu verweisen sei (IV-Nr. 93.2 S. 26 f.).

6.11.3 Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. univ. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gehen die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.24), Abhängigkeitssyndrom, ggf. Substanzgebrauch, einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1) hervor. Zur Herleitung der psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol bzw. des Abhängigkeitssyndroms wurde im Wesentlichen dargelegt, nach Durchsicht der Aktenlage zeige sich eine schwere Alkoholerkrankung, bei welcher es trotz zahlreicher Interventionen, sei es stationär, teilstationär oder ambulant, zu keiner längerfristigen Periode der Alkoholfreiheit gekommen sei. Vielmehr zeigten sich schwere körperliche Nachteile in Form von Gastritiden, Pankreatitiden sowie Blutbildveränderungen. Zum aktuellen Zeitpunkt seien die Kriterien für das Vorhandensein einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol erfüllt. Gemäss seinen Angaben sei der Explorand erst am Tag zuvor aus der Klinik S.\_\_\_\_ ausgetreten und habe direkt danach einen Liter Wodka getrunken. Im Gespräch lasse sich ein starker Wunsch, eine Art Zwang, Alkohol zu trinken, explorieren. Es zeige sich eine deutlich verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns und der Beendigung der Menge des Konsums. Blutalkoholspiegel in den Akten seien bis 5.5 Promille gegangen, was so interpretiert werden könne, dass der Explorand erst dann aufgehört habe zu trinken, als er das Bewusstsein verloren habe. Entzugssymptome könnten zum aktuellen Zeitpunkt nicht festgestellt werden, der Explorand stehe aber unter dem Einfluss von Benzodiazepinen sowie dem Restalkohol nach dem Konsum des Wodkas am Tag zuvor. Insgesamt zeige sich gegenüber dem Alkohol eine erhebliche Toleranz. Die eigenen Bedürfnisse vernachlässige der Explorand deutlich, der Alkohol werde trotz fehlenden Vergnügens weiterhin konsumiert. Der eindeutige körperliche Nachteil sei aktenkundig, der Substanzkonsum werde weiterhin aufrechterhalten. Der THC-Konsum sowie der Kokainkonsum seien anhand der Aussage des Exploranden diagnostisch

eingearbeitet worden. Es könnten aktuell keine Hinweise für nicht-authentische Beschwerdeschilderungen gefunden werden. Die gelegentliche Einnahme von ein- bis zweimal jährlich könne nicht als aktuell schädlicher Gebrauch klassifiziert werden, weshalb keine eigene diagnostische Einordnung als psychische und Verhaltensstörung erfolge.

Zur posttraumatischen Belastungsstörung wurde ausgeführt, diese sei durch den Chefarzt in der Klinik B.\_\_\_\_ am 15. Oktober 2018 formuliert und anhand der notwendigen ICD-10-Kriterien hergeleitet und eingearbeitet worden. In der aktuell ambulanten Begutachtung sei ein explizites Nachfragen nach posttraumatischen Belastungssymptomen wie Flashbacks, Hyperarousal oder Vermeidungsverhalten nicht möglich gewesen, da der Explorand bei Nachfragen auf traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit oder anderen emotional hoch aufgeladenen Themen sowohl emotional als auch im Verhalten entgleist sei, sodass diesbezüglich im ambulanten Rahmen nicht in die Tiefe habe nachgefragt werden können. Die Durchsicht der Aktenanamnese lasse aber das Vorhandensein posttraumatischer Symptome mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich sein, sodass der diagnostischen Einschätzung, insbesondere derjenigen im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018, gefolgt werden könne. Weiterhin bestehende posttraumatische Belastungssymptome zeigten sich therapeutisch als deutlich negativer Faktor bei der Behandlung der Suchterkrankung und seien daher prognostisch als ungünstig zu werten.

Zur Herleitung der rezidivierenden Störung gab der Teilgutachter an, aktenkundig seien depressive Episoden bereits seit Mai 2018 in der Aktenlage erwähnt worden und könnten bis aktuell nachverfolgt werden. Nach erfolgter gutachterlicher Untersuchung zeigten sich die Diagnosekriterien für das Vorhandensein einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, formal nicht als erfüllt, wenn auch die Auswirkung der depressiven Symptome der rezidivierend depressiven Störung gleichgesetzt werden sollten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass depressive Episoden seit Beginn der Aktenlage in unterschiedlicher Schwere, aber durchaus andauernd vorhanden exploriert werden könnten. Die Kriterien zur gegenwärtig mittelschwer depressiven Episode seien erfüllt. Es finde sich eine depressive Stimmungslage in einem für den Exploranden deutlich ungewöhnlichem Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend. Es zeige sich ein Interessens- und Freudverlust, ein verminderter Antrieb bei gesteigerter Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls, wiederkehrende Gedanken an den Tod bei dokumentierten Suizidversuchen im Jahr 2019, objektivierbare Störungen der mnestischen und kognitiven Funktionen, Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitverlust, Libidoverlust, sozialer Rückzug, Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft und Grübeln über die Vergangenheit bei erkennbarem Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Der Explorand zeige Neigung zum Weinen und ein deutliches Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Weitere psychiatrische Erkrankungen hätten anhand der beschriebenen Untersuchungsbefunde ausgeschlossen werden können.

Zum bisherigen Verlauf wurde dargelegt, der Explorand sei zahlreichen Klinikauf-enthalten im Rahmen der Entzugsbehandlung sowie im Rahmen der negativen Folgen des Alkoholentzuges ausgesetzt gewesen. Sowohl stationäre, teilstationäre als auch ambulante Versuche, die Alkoholabhängigkeit zu bekämpfen, hätten sich bisher längerfristig fruchtlos gezeigt. Aktuell sei der Explorand gegen den Willen der Ärzte aus der psychiatrischen Klinik S.\_\_\_\_ ausgetreten; geplant sei, dass er in die Tagesklinik wieder eintrete. Aufgrund

der komorbiden Störungen und der Schwere des Alkoholkonsums sei kurz- und mittelfristig nicht mit einer Verbesserung des Zustandsbildes zu rechnen. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Koch wurde wie folgt beurteilt: Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe seit dem 19. April 2016 keine Arbeitsfähigkeit. Auch in angepasster Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der zahlreichen Komorbiditäten sei die Prognose kurz bis mittelfristig als negativ einzuschätzen. Medikamentöse Versuche könnten mit Alkoholaversiva durchgeführt werden. Dies sollte aber erst versucht werden, wenn ein stabiles Umfeld und stabile Rahmenbedingungen etabliert worden seien.

Die fallspezifischen Fragen wurden dahingehend beantwortet, gemessen an den letzten Jahren mit Versuchen der Suchtmittelabstinenz vor dem Hintergrund der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Episode sei eine kurzfristige bzw. mittelfristige Alkoholabstinenz nicht wahrscheinlich. Es sei sowohl stationär, teilstationär als auch ambulant psychopharmakologisch und auch ■therapeutisch interveniert worden, was dennoch nicht zu einer längerfristigen Karenz geführt habe. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe die Notwendigkeit für basale medizinische Massnahmen in Form von Vertrauensaufbau, Etablierung einer Tagesstruktur und anschliessend Beginn einer verhaltenstherapeutisch orientierten suchtspezifischen Behandlung. Gleichzeitig müssten die komorbiden Krankheiten, aktuell die depressive mittelschwere Episode, behandelt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt sei keine Abstinenz zumutbar. Insbesondere vor dem Hintergrund der entzugsbedingten epileptischen Anfälle sei zu einem langsamen Vorgehen zu raten. Auflagen bezüglich Kontrollen von Alkohol und Drogen machten erst im Rahmen der Etablierung einer suchtspezifischen Therapie nach oben beschriebenen Massnahmen im Rahmen der Selbstkontrolle für den Exploranden Sinn. Aufoktruierte Auflagen brächten keinen Mehrwert. Das Ressourcenprofil zeige sich insgesamt als zu klein. Es bestehe Kontakt zur Primärfamilie, insbesondere sei der Explorand wohnhaft bei der Schwester. Zusätzlich bestehe Kontakt zu Mutter und Vater. Der Explorand gebe an, arbeiten zu wollen (IV-Nr. 93.2 S. 16 ff.).

6.12 RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme zum vorerwähnten Gutachten vom 27. September 2021 fest, das Gutachten sei für die interessierenden Belange umfassend und in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Es beruhe auf eigenen Untersuchungen durch die Gutachter und berücksichtige die geklagten Beschwerden. IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen seien diskutiert worden. Die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei für den RAD schlüssig und nachvollziehbar. Die versicherungsmedizinische Einschätzung lautete wie folgt: der Versicherte sei am Tag der Begutachtung mit der Ambulanz vom Gutachtenzentrum in den Notfall gebracht worden, da der Verdacht auf einen erneuten akuten Schub der bestehenden chronischen Pankreatitis bestanden habe. Der Versicherte habe sich in reduziertem Allgemeinzustand befunden; er habe am Vortag entgegen dem ärztlichen Rat die psychiatrische Klinik S.\_\_\_\_ verlassen und einen Liter Wodka getrunken. Zwar habe der Versicherte seit seiner IV-Anmeldung an abstinenter Tagen stets motiviert gewirkt, wieder im ersten Arbeitsmarkt Fuss fassen zu wollen, der anhaltende massive Substanzgebrauch habe dies jedoch letztlich verunmöglicht und zu einer zunehmenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder zu akuten Exazerbationen der chronischen Pankreatitis geführt. Der Versicherte befinde sich in einem so schweren Abhängigkeitsverhalten und Substanzgebrauch, dass bei ihm in absehbarer

Zeit gar keine Arbeitsfähigkeit zu erreichen sei. Primär sei der Versicherte bereits seit dem 19. April 2016 durch die schwere Abhängigkeitserkrankung in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Es handle sich im aktuellen Gutachten um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes, wenn von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. April 2016 die Rede sei. Der Versicherte befinde sich seit dieser Zeit in einem völlig instabilen gesundheitlichen Zustand, in dem er keine längere Abstinenz aufrechterhalten und somit auch keine Arbeitsfähigkeit habe erzielen können. Sowohl in der Tätigkeit als Koch als auch in einer Verweistätigkeit bestehe aufgrund der schweren, bisher therapieresistenten Alkoholabhängigkeit sowie den daraus entstehenden gesundheitlichen Folgen (rezidivierende akute Pankreatitisschübe, epileptische Anfälle) eine Arbeitsfähigkeit von 0 % seit April 2016. Es handle sich bei dieser rückwirkenden Einschätzung um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. Der gesundheitliche Gesamtzustand des Versicherten sei jedoch bereits seit April 2016 wegen der schweren Abhängigkeitserkrankung sehr schlecht und insbesondere instabil, auch wenn unter stationären geschützten Bedingungen kurzzeitige Besserungen zwischenzeitlich hätten erzielt werden können. Infolge des massiven Substanzgebrauchs (Alkohol) träten gehäuft Pankreatitisschübe auf oder auch epileptische Anfälle (IV-Nr. 97 S. 2 ff.).

6.13 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin, in seinem Bericht vom 6. Dezember 2021 fest, die Beurteilung der Beschwerdegegnerin, wonach seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 22. Februar 2019) keine Veränderung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eingetreten sei, sei insofern nicht korrekt, als erst in den letzten zwei Jahren wiederholt sowohl Pankreatitiden (allenfalls auch Chronifizierung gelegentlicher akuter Zustände) als auch epileptische Anfälle aufgetreten seien, die der Patient bei der ersten Ablehnung seiner Anmeldung nicht gehabt habe. Im Gutachten der G.\_\_\_\_ werde seitens des neurologischen und allgemeininternistischen Teilgutachters keine Stellung zur grundsätzlichen Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit bezogen. Hingegen konstatiere der psychiatrische Teilgutachter, dass «aus rein psychiatrischer Sicht seit 19.04.2016 keine Arbeitsfähigkeit» bestehe und dass auch «in angepasster Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit» vorhanden sei (S. 19/51). Dezidiert werde auf S. 20/51 zu verschiedenen Fragen nach «medizinischen Massnahmen und Therapien auf die Arbeitsfähigkeit» und «fallspezifischen Fragen» Stellung bezogen und diese in einer negativen Art beantwortet (IV-Nr. 104 bzw. 110 S. 2 f.).

6.14 RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_ nahm zum vorerwähnten Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ am 28. Januar 2022 dahingehend Stellung, sowohl dem Austrittsbericht des Versicherten aus dem Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen vom 29. Mai 2020 als auch dem Bericht vom 9. September 2020 (vgl. E. II. 6.4 und 6.5 hiervor) sei der Diagnoseliste zu entnehmen, dass ein Status nach mehreren epileptischen Anfällen mit Erstmanifestation im Jahr 2014 bestehe. Zudem sei ein akuter Rezidivschub bei acute-on-chronic Pankreatitiden äthyltoxischer Genese mit Erstdiagnose im Jahr 2014 vorgelegen. Aber auch die schweren psychischen Störungen mit vielen Krankenhausaufenthalten zeigten die instabile gesundheitliche Situation des Versicherten seit mindestens dem Jahr 2016, als er für 3 Monate in der Klinik F.\_\_\_\_ habe behandelt werden müssen. Allein im Jahr 2017 seien vier erfolglose Entzugsbehandlungen erfolgt. Im Jahr 2018 habe der Versicherte im Rahmen des 3,5-monatigen Aufenthaltes in der Klinik B.\_\_\_\_ wegen einer akuten Pankreatitis temporär ins Spital [...] verlegt werden müssen. Auch anderen medizinischen Berichten sei zu

entnehmen, dass die instabile gesundheitliche Situation des Versicherten nicht nur die letzten zwei Jahre betreffe (IV-Nr. 113).

6.15 Dem Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ (H.\_\_\_\_) vom 1. März 2022 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers auf der Station KPP-10 (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) vom 14. Februar bis 1. März 2022 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom; 2. F33.11 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom; 3. F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung; 4. F45.4 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; 5. G40.5 Spezielle epileptische Syndrome, epileptische Anfälle im Zusammenhang mit Alkohol, DD Vd.a. generalisierte Epilepsie mit rez. tonisch-klonischen Anfällen ED 2014 (aktenanamnestisch KSA 14.02.2022); 6. aktenanamnestisch: Steatosis Hepatis ED 03/17, a.e. i.R. Ds 1; 7. aktenanamnestisch: Rezidivierende Pankreatitiden und Gastritiden, a.e. i.R Ds 1; 8. aktenanamnestisch: Dyslipidämie; 9. aktenanamnestisch: intermittierende supraventikuläre Tachykardien, ED 08/2018; 10. aktenanamnestisch: Arterielle Hypertonie; 11. aktenanamnestisch: rezidivierende Urolithiasis bds.; 12. R94.3 Abnorme Ergebnisse von kardiovaskulären Funktionsprüfungen, Elektrokardiogramm: QTc 478 (14.02.2022); 13. Impfstatus: zweifach geimpft».

Zu den Aufnahmeumständen wurde dargelegt, der Patient sei auf die suchtspezifische Station in der Nacht eingetreten. Der Grund sei ein erneuter Rückfall und die Exazerbation bekannter Bauchschmerzen gewesen. Da die rezidivierenden Bauchschmerzen stark mit dem Alkoholkonsum zusammenhängen, seien die Kollegen des L.\_\_\_\_ von einer möglichen alkoholinduzierten Gastritis ausgegangen. Möglicherweise sei die Schmerzproblematik auch durch die somatoforme Schmerzstörung überlagert. Aktuell gehe es dem Patienten nicht so gut, vor allem psychisch. Zudem leide er unter seinen Bauchschmerzen. Vor drei Wochen habe er den Entzug stationär durchgeführt, wovon er profitiert habe. Beim letzten Aufenthalt habe er keinen epileptischen Anfall, wie ansonsten üblich, entwickelt. Den Grund für den erneuten Rückfall könne er nicht genau sagen. Sein Auftrag an das behandelnde Team sei eine erneute Entzugsbehandlung und seelische Stabilisierung. Kurz gefragt nach der posttraumatischen Belastungsstörung gebe er das Trauma mit Gewalt in der Kindheit an. Genauer sei das Trauma nicht thematisiert worden. Er berichte von «Flashbacks» und Intrusionen, die immer wieder belastend seien. Schlafen könne er seit 10 Jahren nicht gut. Aktuell unter Medikation könne er einige Stunden nachts schlafen. Der Patient habe berichtet, dass er «sich zu Tode hätte trinken wollen» in den letzten Tagen. Er sei froh, nun am Leben zu sein. Er brauche die Unterstützung durch den hausinternen Sozialdienst, da die Wohnsituation bei ihm schwierig sei. Er wohne in einem Bürgerheim.

Zu «Therapie und Verlauf» wurde erwähnt, der körperliche Alkoholentzug sei leitliniengerecht durchgeführt worden. Es sei zum Abklingen der psychovegetativen Entzugssymptomatik gekommen, am vierten Tag sei keine Entzugsmedikation mehr erforderlich gewesen. Im Rahmen der einzelspsychotherapeutischen Gespräche sei die Begleitung im Entzug sowie die psychische Stabilisierung und Ressourcenaktivierung im Vordergrund gestanden. Nach wiederholtem therapieschädigendem Verhalten sei einvernehmlich die Behandlung abgebrochen und der Patient in psychisch stabilem Zustand in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen worden (IV-Nr. 120 S. 21 ff.).

6.16 Gemäss dem Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ vom 4. April 2022 über den Aufenthalt vom 4. bis 22. März 2022 befand sich der Beschwerdeführer dort zum zehnten Mal in stationärer

Behandlung. Der Patient sei im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung aufgrund von selbstgefährdendem Verhalten bei Alkohol- und Nikotinkonsum zugewiesen worden. Unter «Therapie und Verlauf» wurde im Wesentlichen dargelegt, der körperliche Alkoholentzug sei leitliniengerecht begonnen worden. Es habe sich keine Entzugssymptomatik in der kurzen Behandlungszeit gezeigt. Der Patient habe am multimodalen Therapieprogramm während des gesamten Aufenthalts regelmässig teilgenommen. Im Rahmen der einzelspsychotherapeutischen Gespräche sei die Begleitung im Entzug sowie die psychische Stabilisierung und Ressourcenaktivierung im Vordergrund gestanden. Kurz vor dem Austritt sei es zu einem Rückfall gekommen, als der Patient eine Flasche Desinfektionsmittel getrunken habe. Der Patient habe dennoch den Wunsch geäussert, in die vereinbarte Langzeittherapie in die Klinik I.\_\_\_\_ überzutreten. Es sei durch die stationäre Behandlung sowie unter den Therapiemassnahmen allmählich zur Besserung und Stabilisierung des psychischen und körperlichen Zustandes gekommen. Der Patient habe sich durchgehend und auch am Austrittstag trotz des Rückfalls sehr motiviert gezeigt, die Langzeittherapie wahrzunehmen. Er habe am 22. März 2022 in anhaltend stabilem psychischen Zustand aus dem stationären Rahmen der Klinik entlassen werden können (IV-Nr. 120 S. 4 ff.).

6.17 Im Bericht des Therapiezentrums I.\_\_\_\_ vom 13. April 2022 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 22. bis 29. März 2022 wurde folgende Hauptdiagnose gestellt: «1. Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2)». Im Weiteren wurden die Nebendiagnosen «2. F33.3 rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptome; 3. F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (H.\_\_\_\_, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, 22.03.2022); 4. F45.4 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (H.\_\_\_\_, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, 22.03.2022)» angegeben. Sodann wurden verschiedene somatische Diagnosen aufgeführt. Zum Zuweisungsgrund wurde vermerkt, es sei ein freiwilliger Eintritt durch Zuweisung in die Spezialklinik zwecks Entwöhnungstherapie im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit mit depressivem Zustandsbild und Folgen einer posttraumatischen Störung erfolgt. Zum Verlauf wurde im Wesentlichen angegeben, bei Eintritt in die Klinik am 22. März 2022 hätten noch Suizidgedanken und ein starker Suchtdruck bestanden. Der Patient habe sich absprachefähig gezeigt und habe sich von akuter Suizidalität glaubhaft distanzieren können. Er habe sich zunächst gut in den stationären Alltag integrieren können und habe bei Eintritt auch einen negativen Atemlufttest auf Alkohol gehabt. Am 28. März 2022 sei eine durchgeführte Atemluftkontrolle positiv auf Alkohol ausgefallen (0.5 Promille). Gemäss seinen Angaben habe der Patient am 28. März 2022 alkoholhaltiges Desinfektionsmittel konsumiert. Dies habe einen disziplinarischen Austritt am 29. März 2022 zur Folge gehabt. Insgesamt erachte man den Zustand des Patienten für die Entwöhnungstherapie als zu instabil. Im aktuellen offenen Rahmen habe er am 28. März 2022 starke Suizidgedanken und -pläne geäussert. Er habe sich jedoch von Suizidhandlungen glaubhaft distanzieren können und habe sich absprachefähig gezeigt. Der Patient benötige zum Austrittszeitpunkt engmaschigere Schutzmassnahmen. Die Beurteilung lautete wie folgt: Im kurzen Beobachtungszeitraum hätten sich die Hinweise auf eine Abhängigkeitserkrankung betreffend Alkohol bestätigt. Die weiteren vorbestehenden Diagnosen hätten aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums nicht abschliessend beurteilt werden können. Es werde eine engmaschige stationäre Weiterbehandlung im geschlossenen Rahmen zur Stabilisierung empfohlen (IV-Nr. 116).

6.18 Laut dem Bericht der H.\_\_\_\_ vom 1. April 2022 über den stationären Aufenthalt vom 29. März bis 1. April 2022 trat der Beschwerdeführer auf Zuweisung des Therapiezentrums I.\_\_\_\_ auf freiwilliger Basis in die Klinik ein. Zur Therapie und zum Verlauf wurde dargelegt, der körperliche Alkoholzug sei leitliniengerecht durchgeführt worden, es sei zu einem Abklingen der psychovegetativen Entzugssymptomatik gekommen. Entzugskomplikationen seien nicht aufgetreten. Aus somatischer Sicht sei der Patient beim Eintritt wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustands im Rahmen der Alkoholintoxikation bei bekannter Epilepsie ins Kantonsspital U.\_\_\_\_ überwiesen worden zur weiteren Abklärung und Prävention eines epileptischen Anfalls. Aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer sei eine Integration in das multimodale Behandlungskonzept nur bedingt möglich gewesen. Der Patient sei am 1. April 2022 aufgrund therapieschädigenden Verhaltens vorzeitig aus dem stationären Rahmen der Klinik entlassen worden (IV-Nr. 120 S. 11 ff.).

6.19 Dem Bericht der H.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2022 über den Aufenthalt des Beschwerdeführers zur stationären Behandlung vom 19. April bis 1. Mai 2022 kann entnommen werden, unter der Therapie habe der Patient mild ausgeprägte Entzugserscheinungen gezeigt. Entzugskomplikationen seien nicht aufgetreten. Während der Behandlung sei es zu einem Rückfall gekommen, der eingehend mit dem Patienten besprochen worden sei. Die im Rahmen der Behandlung erfolgten Belastungserprobungen in Form von Tagesurlaube habe der Patient ohne nachweisbare Konsumvorfälle gemeistert. Relevante Nebenwirkungen seien nicht beobachtet worden. Durch die stationäre Behandlung sowie unter den Therapiemassnahmen sei es allmählich zu einer Besserung und Stabilisierung des psychischen und körperlichen Zustands gekommen. Die Gedanken an das Suchtmittel hätten abgenommen, die Krankheitseinsicht, die Abstinenzmotivation und ■zuversicht hätten gesteigert werden können. Zudem habe der Patient für eine suchtspezifische Nachbehandlung motiviert werden können. Er habe am 1. Mai 2022 in anhaltend stabilem psychischen Zustand einvernehmlich aus dem stationären Rahmen in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen werden können (IV-Nr. 120 S. 15 ff.).

6.20 RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 27. Juli 2022 dahingehend, der Verlauf im Jahr 2022 bis aktuell zeige erneut, wie tief der Versicherte in seiner Sucht gefangen sei und dass von einer dauerhaften Stabilisierung in absehbarer Zeit nicht ausgegangen werden könne. Die bisherigen Beurteilungen behielten ihrer Gültigkeit (RAD-Stellungnahme vom 27. September 2021; vgl. E. II. 6.12 hiervor). Der Gesundheitszustand sei anhaltend instabil (IV-Nr. 122 S. 2 f.).

### **E. 7.1.1**

Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 5. August 2022 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Verfügung vom 22. Februar 2019 nicht wesentlich verändert. Liege ■ wie hier ■ keine Verschlechterung des Gesundheitszustands vor, bestehe kein Leistungsanspruch. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen bestünden Pankreatitiden und epileptische Anfälle nicht erst seit zwei Jahren, diese Leiden hätten sich bereits vor dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 22. Februar 2019) manifestiert. Diesbezüglich sei auf die RAD-Stellungnahmen vom 28. Januar und 27. Juli 2022 zu verweisen (vgl. E. II. 6.14 und 6.20 hiervor; IV-Nr. 123, A.S. 1 ff.).

### **E. 7.1.2**

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen dargelegt, der Beschwerdeführer habe sich am 29. Oktober 2019 erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Die Beschwerdegegnerin habe eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands zumindest als glaubhaft gemacht angesehen. Sie habe es jedoch unterlassen, die Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215 auf den vorliegenden Fall anzuwenden. Dabei zeige sich insbesondere anhand des Gutachtens der G.\_\_\_\_ vom 16. August 2021, dass sich eine Vielzahl von Diagnosen sowie ein Abhängigkeitssyndrom auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in dem Ausmass auswirkten, dass von einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit auszugehen sei. Es werde auch deutlich gemacht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Beurteilung weiter und erheblich verschlechtert habe. So habe die RAD-Ärztin ebenfalls festgehalten, infolge des massiven Substanzgebrauchs träten gehäuft Pankreatitisschübe oder auch epileptische Anfälle auf. Ausserdem hätten die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Oktober 2018 festgehalten, der Beschwerdeführer sei in einer leidensangepassten Tätigkeit während 8 Stunden pro Tag arbeitsfähig. Dagegen hätten die G.\_\_\_\_ Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert. Es handle sich nicht um eine bloss andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens hätte sich gezeigt, dass beim Beschwerdeführer eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung vorliege, welche ihn daran hindere, verwertbare Leistungen zu erbringen (A.S. 4 ff.).

### **E. 7.1.3**

In ihrer Beschwerdeantwort weist die Beschwerdegegnerin noch darauf hin, die Rechtsprechungsänderung bei Suchterkrankungen befreie nicht von der Erfüllung der revisionsrechtlichen Voraussetzung einer massgeblichen Sachverhaltsänderung. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands bezüglich der Alkoholabhängigkeit im Sinne eines Revisionsgrundes liege nicht vor (A.S. 44 f.).

### **E. 7.2.1**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 22. Februar 2019) eine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Demnach sind die medizinischen Berichte der C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2018 (IV-Nr. 16 S. 1 ff.; vgl. E. II. 5.1 hiervor) und der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 (IV-Nr. 27 [unter Einschluss des Austrittsberichts vom 14. November 2018, vgl. IV-Nr. 40 S. 15 ff.]; vgl. E. II. 5.2 hiervor), welche der Verfügung vom 22. Februar 2019 zu Grunde gelegt wurden, mit dem im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens vom 29. Oktober 2019 in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 16. August 2021 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) zu vergleichen.

### **E. 7.2.2**

C.\_\_\_\_ stellten im Bericht zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 28. Mai 2018 die psychiatrischen Diagnosen «Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21)» und «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1)» und legten dar, theoretisch könne der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in gutem, abstinentem und stabilem Zustand beruflichen Tätigkeiten nachgehen. Voraussetzung sei aber, dass er weiterhin

abstinent bleibe und seine Medikamente regelmässig wie verordnet einnehme. Parallel dazu sei eine fachliche Betreuung zu gewährleisten, die einem möglichen Konsumrückfall oder einer erneuten depressiven Episode vorbeugen sollte. Die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit setze die Abstinenz über eine längere Zeit, regelmässige Termine beim ambulanten Psychiater und die Einnahme der verschriebenen Medikamente voraus. Für eine Wiedereingliederung wurde ein Anfangspensum von 30 % empfohlen, welches idealerweise sukzessive gesteigert werden könne. Als Anforderungen für eine adaptierte Tätigkeit wurden keine hohen Anforderungen an Belastbarkeit und Leistung, eine sukzessive Steigerung der Arbeitszeiten nach dem klinischen Zustand und psychischen Befinden, mehr Flexibilität bei der Arbeitszeit, Toleranz bezüglich Leistungsschwankungen sowie ein erschwerter Zugriff auf Alkohol genannt (IV-Nr. 16 S. 1 ff.).

Im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 wurden eine «posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)», eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)», «psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch» sowie eine «schwere Alkoholkonsumstörung nach DSM V» diagnostiziert, wobei sich diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Es wurde angegeben, der Beschwerdeführer befinde sich in stationärer Entwöhnungstherapie. Aufgrund des Schweregrades der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Symptomatik benötige er für eine langfristige Abstinenz weiterhin engmaschige, psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung. In abstinentem Zustand sehe man ihn auf dem ersten Arbeitsmarkt. Ein niederprozentiger Arbeitsversuch bei engmaschiger Betreuung sei zu empfehlen. Eine freudbringende, motivierende Tagesstruktur sehe man als einen der wichtigsten abstinentenunterstützenden Faktoren, um längerfristig arbeitsfähig zu bleiben. Eine teilstationäre psychotherapeutische / psychiatrische Nachbetreuung und anschliessend eine engmaschige ambulante Psychotherapie sowie wöchentlich mehrmalige Psychiatriespitexbetreuung seien zu empfehlen. Des Weiteren sei eine betreute und begleitete Wohnform indiziert. Zum Potential für die Eingliederung wurde angegeben, die halbtägige Arbeitstherapie in der Küche der Klinik habe der Beschwerdeführer problemlos bewältigt. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei während 8 Stunden pro Tag zuzumuten. Kurzfristig könne unter Beachtung der reduzierten Belastbarkeits- und Stressbewältigungsfähigkeit eine vorsichtig positive Prognose gestellt werden. Langfristig müsse ohne enge Begleitung mit massiven Rückfällen gerechnet werden (IV-Nr. 27 S. 1 ff.). Die Abhängigkeitserkrankungen und die rezidivierende depressive Symptomatik seien als dysfunktionale Bewältigungsmodi zu verstehen und bestünden komorbid zur posttraumatischen Belastungsstörung (IV-Nr. 40 S. 15 ff.).

### **E. 7.2.3**

Demgegenüber stellten die G.\_\_\_\_-Gutachter in ihrem polydisziplinären (allgemeininternistischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten vom 16. August 2021 die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.24), Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch», «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» und «mittelschwer depressive Episode (ICD-10 F32.1)» und kamen zum Schluss, die festgestellten Befunde in Verbindung mit den daraus resultierenden Diagnosen führten zu Funktionseinbussen mit einer sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit, wobei insbesondere die langjährige Alkoholerkrankung im Fokus stehe.

Interdisziplinär bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Koch spätestens seit dem 19. April 2016 keine Arbeitsfähigkeit mehr; auch in einer angepassten Tätigkeit sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten als auch im angepassten Beruf könne schlüssig auf die im psychiatrischen Teilgutachten gemachten Einschränkungen zurückgeführt werden (IV-Nr. 93.2 S. 4 ff.).

Das vorerwähnte, von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre G.\_\_\_-Gutachten vom 16. August 2021 beruht für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 23. Juni 2021, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt (vgl. IV-Nr. 93.2 S. 4 ff.), wobei die Konsensbeurteilung von sämtlichen Gutachtern unterzeichnet wurde. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gutachten bezieht sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts und eine Indikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 kann aufgrund des psychiatrischen Teilgutachtens vorgenommen werden. Das G.\_\_\_■Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 4.3 hiervor).

#### **E. 7.2.4**

Nach einem Vergleich der vorerwähnten medizinischen Berichte der C.\_\_\_ vom 28. Mai und der Klinik B.\_\_\_ vom 15. Oktober und 14. November 2018 mit dem G.\_\_\_-Gutachten vom 16. August 2021 ist festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 22. Februar 2019) nicht relevant verändert hat. Die Gutachter kamen übereinstimmend zum Schluss, es stehe insbesondere die langjährige Alkoholerkrankung im Fokus, aus welcher sich die im psychiatrischen und in den somatischen Teilgutachten genannten Nachteile zur Arbeitsfähigkeit ableiten liessen. Aus interdisziplinärer bzw. rein psychiatrischer Sicht bestehe spätestens seit dem 19. April 2016 sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Koch als auch in einer angepassten Verweistätigkeit keine Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 93.2 S. 5 f.). Demnach ist nach den gutachterlichen Angaben von einer infolge der psychischen Leiden eingetretenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bereits rund drei Jahre vor dem Referenzzeitpunkt auszugehen. Diese interdisziplinäre Beurteilung stützt sich auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. univ. R.\_\_\_ vom 23. Juni 2021, worin zum Verlauf im Wesentlichen dargelegt wurde, der Beschwerdeführer habe zahlreiche Klinikaufenthalte im Rahmen der Entzugsbehandlung hinter sich und sei den negativen Folgen des Alkoholkonsums ausgesetzt. Sowohl stationäre oder teilstationäre als auch ambulante Versuche, die Alkoholabhängigkeit zu bekämpfen, hätten sich bisher erfolglos gezeigt (IV-Nr. 93.2 S. 19 Ziff. 7.2). Der Einschätzung im Bericht der Klinik

B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018, wonach eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt möglich sei, konnte der psychiatrische Teilgutachter aufgrund des instabilen Zustandsbildes der letzten Jahre nicht folgen (vgl. IV-Nr. 93.2 S. 19 Ziff. 7.3). Er stützte sich bei seiner rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vielmehr auf seine Untersuchungsergebnisse und die Vorakten, u.a. auch die Krankmeldung der behandelnden Ärzte zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 29. Juni 2016, worin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab 19. April 2016 attestiert worden war (vgl. Zusammenfassung Arbeitsunfähigkeit gemäss Aktenlage, IV-Nr. 93.2 S. 35 Ziff. 1.1; vgl. auch IV-Nr. 6). Dies entspricht auch den Angaben des Beschwerdeführers in seiner ersten Anmeldung zum Leistungsbezug vom 12. September 2016, wonach er seit April 2016 gesundheitlich beeinträchtigt sei (vgl. IV-Nr. 2 S. 6). Die gutachterliche Einschätzung kann nachvollzogen werden, geht doch sowohl aus dem Verlaufsbericht der C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2018 als auch aus dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 bzw. 14. November 2018 hervor, dass sich der Beschwerdeführer bereits nach seiner Hospitalisation vom 8. bis 27. Juni 2016 im Zeitraum vom 28. Juni bis 30. September 2016 zur Entwöhnungstherapie in der Klinik F.\_\_\_\_ aufgehalten hatte (vgl. IV-Nr. 16 S. 2, 27 S. 1 und 40 S. 16; vgl. auch IV-Nr. 7; E. II. 5.1 und 5.2 hiervor). Ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.21) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostizierten die C.\_\_\_\_ bereits in ihrem Bericht vom 28. Mai 2018 und im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 wurden die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer rezidivierenden depressiven Störung (mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1) sowie eines Alkoholabhängigkeitssyndroms (ICD-10 F10.2) gestellt (vgl. E. II. 5. hiervor). Neue relevante Befunde oder eine andauernde Veränderung bzw. Verschlechterung der durch die Alkoholabhängigkeit und die erwähnten psychischen Leiden bedingten funktionellen Auswirkungen sind nicht ersichtlich. Damit ist gestützt auf die plausiblen Angaben des psychiatrischen G.\_\_\_\_-Teilgutachters seit April 2016 von einem aus psychiatrischer Sicht gleichbleibenden instabilen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit von einer seither andauernden vollständigen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit auszugehen. Diese Auffassung vertritt auch die RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 22. November 2019, wonach das Ausmass der psychischen Störungen hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung und der Depressionen bereits im Jahr 2018 bestanden habe (IV-Nr. 36 S. 2), und in ihren Stellungnahmen vom 27. September 2021 (IV-Nr. 97 S. 4), 28. Januar 2022 (IV-Nr. 113 S. 2) und 27. Juli 2022 (IV-Nr. 122 S. 2 f.), worin sie darauf hinwies, der bereits seit April 2016 anhaltend instabile und sehr schlechte Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit zwischenzeitlich nur kurzzeitigen Besserungen unter stationären geschützten Bedingungen habe sich seit dem Referenzzeitpunkt nicht relevant verändert (vgl. E. II. 6.12, 6.14 und 6.20 hiervor). Auch nach einer Würdigung der vorliegenden weiteren medizinischen Berichte ist davon auszugehen, dass sich am Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2022 nichts erheblich verändert hat (vgl. E. II. 6.15 bis 6.19 hiervor).

7.3 Zum Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe es ■ nachdem sie auf die Neuanschuldung vom 29. Oktober 2019 (IV-Nr. 38) eingetreten sei und damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands als glaubhaft angesehen habe ■ im Zuge der materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs unterlassen, die Rechtsprechung gemäss BGE

145 V 215 auf den vorliegenden Sachverhalt anzuwenden (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 2.3.), ist Folgendes festzuhalten: Das Bundesgericht hat mit BGE 145 V 215 vor dem Hintergrund der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychische Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen. Es hat entschieden, dass fortan ■ gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen ■ nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_556/2021 vom 2. Dezember 2021 E. 3.2., 8C\_701/2020 vom 17. Februar 2021 E. 4. und 8C\_453/2019 vom 3. Februar 2020 E. 3.2., je mit Hinweisen). Diese neue Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215 (wie schon jene von BGE 141 V 281 und jene von BGE 143 V 409 und 418) bildet keinen hinreichenden Anlass, um vom Grundsatz der Nichtanpassung eines formell rechtskräftigen Verwaltungsentscheides an eine geänderte Rechtspraxis abzuweichen und auf eine Neuanschuldung einzutreten (BGE 147 V 234 Regest; E. 6 S. 241; Urteile des Bundesgerichts 8C\_556/2021 vom 2. Dezember 2021 E. 5.2. f. und 8C\_41/2021 vom 22. Juli 2021 E. 5.3.1., je mit Hinweisen).

Wie die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu Recht darauf hinweist, stellt die vorerwähnte Praxisänderung für sich alleine keinen Neuanschuldungs- bzw. Revisionsgrund dar und gibt auch nicht Anlass zu einer Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Im Weiteren befreit diese Rechtsprechungsänderung nicht von der Erfüllung der revisionsrechtlichen Voraussetzung einer relevanten Sachverhaltsänderung; es müssen sich die durch die Alkoholabhängigkeit und die weiteren psychischen Leiden bedingten funktionellen Auswirkungen des Beschwerdeführers relevant verschlechtert haben. Dies ist vorliegend nicht der Fall. So wurde bereits im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2018 dargelegt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für jegliche Tätigkeit setze die Abstinenz über eine längere Zeit, regelmässige Termine beim ambulanten Psychiater und die Einnahme der verschriebenen Medikamente voraus. Parallel dazu sei eine fachliche Betreuung notwendig, welche vor der Gefahr eines möglichen Konsumrückfalls schütze oder einer erneuten depressiven Episode vorbeuge. Die berufliche Einschränkung hänge vor allem vom Alkoholkonsum ab, welcher massive Auswirkungen auf das psychische und physische Befinden habe. Beim Konsum von Alkohol sei mit starken Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen zu rechnen mit Schwankungen bzw. einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Belastung und Ausdauer, die Verbindlichkeit und die Pünktlichkeit, was die Arbeitsfähigkeit massiv beeinträchtige (IV-Nr. 16 S. 3 f.). Diese medizinische Einschätzung wurde im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 erhärtet, worin dargelegt wurde, aufgrund des Schweregrades der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Symptomatik benötige der Beschwerdeführer für eine langfristige Abstinenz weiterhin engmaschige, psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung (IV-Nr. 27 S. 4). In Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin besteht kein Hinweis, dass sich an dieser Situation, welche im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. Februar 2019 (Referenzzeitpunkt) gegeben war, bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung etwas geändert hätte. Dass im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2018 dargelegt wurde, der

Beschwerdeführer könne theoretisch in gutem, abstinentem und stabilem Zustand beruflichen Tätigkeiten nachgehen, wobei das Arbeitspensum idealerweise von anfänglich 30 % sukzessive gesteigert werden sollte (IV-Nr. 16 S. 3 f.) und im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 angegeben wurde, man sehe den Beschwerdeführer in abstinenten Zustand auf dem ersten Arbeitsmarkt, es sei ein niedrigprozentiger Arbeitsversuch bei engmaschiger Betreuung zu empfehlen und es könne von einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 8 Stunden pro Tag ausgegangen werden (vgl. IV-Nr. 27 S. 4 ff.), führt zu keiner anderen Beurteilung. Wie oben (unter E. II. 3.1 hiervor) erwähnt, genügt eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit alleine nicht, um auf einen verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Eine solche ist hier nicht gegeben.

7.4 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten materiellen Prüfung weiter und erheblich verschlechtert. So habe die RAD-Ärztin Dr. med. T.\_\_\_\_ ebenfalls festgehalten, infolge des massiven Substanzgebrauchs träten gehäuft Pankreatitisschübe oder auch epileptische Anfälle auf. Es sei offensichtlich, dass es sich nicht um eine bloss andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle (Beschwerde, S. 7 Ziff. 2.3.; vgl. auch RAD-Bericht vom 27. September 2021, IV-Nr. 97 S. 4). Dem ist entgegenzuhalten, dass bereits im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2018 ein «St. n. rezidivierender acute on chronic Pankreatitis aethyltoxischer Genese am 14.02.2018» sowie ein «St. n. einem generalisierten epileptischen Anfall am 26.04.2018» diagnostiziert und dargelegt wurde, der Beschwerdeführer sei schon mehrmals bei stark alkoholisiertem Zustand und starken Bauchschmerzen hospitalisiert worden. Die starken Bauchschmerzen seien im Rahmen der chronischen Pankreatitis zu erklären. Zudem habe er am 26. April 2018 einen generalisierten epileptischen Anfall erlitten (vgl. IV-Nr. 16, S. 1 ff.). Auch im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 wurden Bauchspeicheldrüsen- und Magenprobleme angegeben und eine nicht näher bezeichnete Epilepsie diagnostiziert (IV-Nr. 27 S. 2 und 4). Demnach ist davon auszugehen, dass Pankreatitisschübe und epileptische Anfälle bereits im Referenzzeitpunkt aufgetreten waren. Dementsprechend wies die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2022 darauf hin, sowohl dem Austrittsbericht der C.\_\_\_\_, Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen, vom 29. Mai 2020 (IV-Nr. 63 S. 4 ff.; vgl. E. II. 6.4 hiervor) als auch demjenigen vom 9. September 2020 (IV-Nr. 72 S. 2 ff.; vgl. E. II. 6.5 hiervor) könne entnommen werden, dass ein Status nach mehreren epileptischen Anfällen mit Erstmanifestation 2014 gegeben sowie ein akuter Rezidivschub bei acute-on-chronic Pancreatitis äthyltoxischer Genese mit Erstdiagnose 2014 aufgetreten seien. Die schweren psychischen Störungen mit vielen Krankenhausaufenthalten zeigten die instabile gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit mindestens dem Jahr 2016 (IV-Nr. 113 S. 2). Dem ist beizupflichten (vgl. auch IV-Nr. 75 S. 1 [E. II. 6.6 hiervor], IV-Nr. 77 S. 10 [E. II. 6.7 hiervor] und IV-Nr. 77 S. 6 [E. II. 6.8 hiervor]). Dem Einwand des behandelnden Internisten Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2021, wonach «erst in den letzten zwei Jahren wiederholt sowohl Pankreatitiden (allenfalls auch Chronifizierung gelegentlicher akuter Zustände) und epileptische Anfälle aufgetreten» seien (IV-Nr. 104 S. 1; vgl. E. II. 6.13 hiervor), kann somit nicht gefolgt werden. Selbst wenn nach den Angaben der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 27. September 2021 infolge des massiven Alkoholkonsums in letzter Zeit häufiger Pankreatitisschübe oder auch epileptische Anfälle aufgetreten sein

sollten, kann daraus keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers abgeleitet werden. Die im Dezember 2020 aufgetretene akute Pankreatitis, welche nach dem Konsum mehrerer Liter Wodka aufgetreten war, konnte medikamentös behandelt werden und der Beschwerdeführer wurde in der Folge in gutem Allgemeinzustand direkt in die betreute Wohnform entlassen (IV-Nr. 77 S. 3; vgl. E. II. 6.9 hiervor). Die notfallmässige Zuweisung in das O.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2021 zum Ausschluss einer Pankreatitis ergab keinen Anhalt für eine erneute Pankreatitis (IV-Nr. 93.3 S. 6; vgl. E. II. 6.10 hiervor). Von einer relevanten, d.h. andauernden Verschlechterung des Gesundheitszustands kann somit nicht ausgegangen werden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liegt ein weitgehend unveränderter gesundheitlicher Zustand des Beschwerdeführers seit April 2016 vor.

8. Nach dem Gesagten ist gestützt auf das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre G.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. August 2021 sowie die übrigen vorliegenden medizinischen Unterlagen bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2022, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Da seit der rechtskräftigen Verfügung vom 22. Februar 2019 (Referenzzeitpunkt) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, liegt kein Revisionsgrund vor. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 29. November 2022 Ziff. 3.; A.S. 46 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwältin Wehrli Roth hat in der von ihr eingereichten Kostennote vom 26. Januar 2023 (A.S. 51 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 9.91 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und Barauslagen von insgesamt CHF 46.40 geltend gemacht.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Die unter den Daten vom 19. September, 5. Oktober und 5. Dezember 2022 sowie 16. Januar 2023 angegebenen Positionen «Studium Posteingang» bzw. «Studium Posteingang, E-Mail an Klient» bzw. «Studium Posteingang, Aktenstudium, E-Mail an Klient» (0.8 Std., je 0.17 Std. und 0.25 Std.) können so nicht berücksichtigt werden, da hier primär von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist, welche Kanzleiaufwand darstellt. Für das kurze Aktenstudium am 5. Dezember 2022 ist ein

