



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Sarah Schneider  
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

U R T E I L vom 28. Juni 2024 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

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

vertreten durch Procap Schweiz. Invaliden-Verband, Advokatin Andrea Mengis, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Rente)

S 2022 43

A.

A.a Der 1961 geborene Versicherte, A. \_\_\_\_\_, von Anfang Juli 1979 bis Ende Juni 2003 als Maschinenoperator bei der B. \_\_\_\_\_ AG tätig gewesen, meldete sich im Januar 2004 mit Hinweis auf eine schwere depressive Störung und Kniebeschwerden bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 6. Juni 2005 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 25). Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 28. September 2006 ab. Die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde hiess das Bundesgericht mit Urteil vom 25. April 2007 insoweit teilweise gut, als es den Entscheid des Verwaltungsgerichts und den Einspracheentscheid der IV-Stelle betreffend die beruflichen Massnahmen aufhob (IV-act. 39, 34).

A.b Mit Schreiben vom 19. Oktober 2007 bat der Versicherte die IV-Stelle, sein "Rentengesuch nochmals zu überprüfen", da sich sein Gesundheitszustand verändert habe (IV-act. 50). Die IV-Stelle tätigte in der Folge medizinische Abklärungen und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Februar 2009 bei depressivem Beschwerdebild auf Grundlage der Stellungnahme des RAD-Arztes C. \_\_\_\_\_ ab 1. März 2008 eine ganze Rente zu (IV-act. 59 ff.).

A.c Im Dezember 2011 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein und holte Arztberichte ein (IV-act. 77 ff.). Mit Schreiben vom 13. September 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten auf Grundlage der Stellungnahme des RAD-Arztes C. \_\_\_\_\_ mit, er habe weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (IV-act. 86 f.).

A.d Nachdem im Juni 2015 bei der IV-Stelle eine Auskunft des Strassenverkehrsamtes eingegangen war, wonach dem Versicherten mit Verfügungen vom 10. Mai 2010 und 28. Juli 2014 der Führerausweis unter Auflagen belassen worden sei (IV-act. 91), liess sie den Versicherten im Juni 2016 observieren. Ende Juli 2016 leitete sie ein weiteres Rentenrevisionsverfahren ein. Im Oktober und November 2016 sowie im Februar 2017 wurde der Versicherte abermals observiert (IV-act. 103 f. [Ermittlungsbericht und Ergänzungsbericht], 95 ff.). Basierend auf den Ergebnissen der Observation reichte die IV-Stelle am 24. März 2017 eine Strafanzeige gegen den Versicherten ein (IV-act. 105). Im Februar 2020 gab sie eine polydisziplinäre Begutachtung – Fachbereiche: Neuropsychologie, Orthopädie, Innere Medizin, Psychiatrie, Kardiologie – des Versicherten in Auftrag (IV-act. 134). Die Experten der estimated AG gingen im Gutachten vom 29. März 2021 aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen des Versicherten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der

angestammten als auch in einer Verweistätigkeit aus (IV-act. 157/17). Mit Strafbefehl vom 20. August 2021 erkannte die Staatsanwaltschaft, der Versicherte werde schuldig gesprochen der Widerhandlung gegen das AHVG durch Verletzung der Meldepflicht gemäss Art. 31 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 70 IVG i.V.m. Art 87 AHVG. Zur Begründung wurde namentlich angeführt, die zwischen 2014 und 2017 geleistete "Freiwilligenarbeit" habe er pflichtwidrig nicht gemeldet (IV-act. 160). Mit Einstellungsverfügung vom 9. September 2021 stellte die Staatsanwaltschaft die Strafuntersuchung gegen den Versicherten namentlich betreffend Betrug, eventualiter unrechtmässiger Bezug von Leistungen einer Sozialversicherung oder der Sozialhilfe sowie Widerhandlungen gegen das AHVG durch Verletzung der Meldepflicht anlässlich der Revision der Invalidenrente am 27. Dezember 2011 ein (IV-act. 162).

A.e Mit Vorbescheid vom 25. Januar 2022 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes D. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2021 die rückwirkende Einstellung der Invalidenrente per 1. Juni 2016 in Aussicht. Daran hielt sie trotz Einwand mit Verfügung vom 8. April 2022 fest (IV-act. 163, 167, 172, 175).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 25. April 2022 beantragte A. \_\_\_\_\_, die Verfügung vom 8. April 2022 sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin (act. 1).

C. Den verlangten Kostenvorschuss von Fr. 800.– beglich der Beschwerdeführer fristgerecht (act. 2 f.).

D. Vernehmlassend beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Am 1. Januar 2024 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) resp. die Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft (AHV21). Die angefochtene Verfügung erging am 8. April 2022, mithin vor dem 1. Januar 2024. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (BGE 144 V 210 E. 4.3.1) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung anwendbar (BGE 148 V 174 E. 4.1).
2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG gegeben. Die strittige Verfügung erging am 8. April 2022 und ging dem Beschwerdeführer am 11. April 2022 zu. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 25. April 2022 der Post übergeben. Die in Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Der Beschwerdeführer ist durch die Verfügung betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung resp. Änderung; er ist zur Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG). Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).
3.
  - 3.1 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die – kumulativ – ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach dessen Ablauf zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Nach Art. 6 ATSG ist bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu berücksichtigen.

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

3.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.3.1 Bei der materiellen Prüfung der Rentenrevision sind zwei Schritte zu unterscheiden: Zunächst wird untersucht, ob ein Revisionsgrund in Form einer für den Anspruch erheblichen Veränderung des Sachverhalts vorliegt. Trifft dies nicht zu, ist die Prüfung abgeschlossen und es bleibt beim bisherigen Rechtszustand; eine neue Invaliditätsbemessung ist nicht notwendig. Ist ein Revisionsgrund ausgewiesen, hat dagegen eine aktuelle Prüfung des Rentenanspruchs stattzufinden, welche sich an den im Revisionszeitpunkt geltenden Regeln und Massstäben orientiert. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Trifft dies nicht zu, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar ATSG, 2020, Art. 17 N 18 f. mit Hinweis auf BGer 9C\_698/2012 vom 13. Mai 2013 E. 2.3).

3.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit ihrer Zusprache, die geeignet ist, den Grad der Invalidität und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere kommt eine Revision bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands in Frage. Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (statt vieler: BGE 147 V 167 E. 4.1 mit Hinweisen). In zeitlicher Hinsicht zu vergleichen ist der Sachverhalt im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt

der Neubeurteilung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2). Den ersten Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte formell rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und, falls notwendig, Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Führte ein früheres Revisionsverfahren zu einer Bestätigung der damals laufenden Rente, ist entscheidend, ob die Verfügung auf einer Sachverhaltsabklärung beruht, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis geführt hätte – geeignet gewesen wäre, eine Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente zu begründen (BGer 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2). Der zweite Vergleichsmoment wird durch den Zeitpunkt bestimmt, auf den hin die mögliche Anpassung erfolgt. Falls eine rückwirkende Anpassung zur Diskussion steht, ist entscheidend, ob zu demjenigen Zeitpunkt, auf den die Anpassung erfolgen soll, eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten war (BGer 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4).

3.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a; 122 V 160 E. 1c). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchun-

gen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

Die Ergebnisse einer Observation können zusammen mit einer (fach-)ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden. Allein gestützt auf das Observationsmaterial ist indes noch nicht auf das Fehlen einer rentenrelevanten, gesundheitlichen Beeinträchtigung zu schliessen. Bestehen erhebliche Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen einer Observation und der fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, sind grundsätzlich weitere medizinische Abklärungen erforderlich, wobei zu berücksichtigen ist, dass es nicht einfach darum geht, das Observationsergebnis zu würdigen, sondern wie dieses im fachmedizinischen resp. psychiatrischen Kontext zu verstehen ist (vgl. BGE 137 I 327 E. 7.1 f.; BGer 9C\_254/2016 vom 7. Juli 2016 E. 3.2.1).

4. Strittig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle zu Recht die rückwirkende Aufhebung der ganzen Invalidenrente per 1. Juni 2016 verfügt hat. Dazu ist zu klären, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der Zusprechung der laufenden ganzen Invalidenrente resp. deren Bestätigung am 13. September 2012 per 1. Juni 2016 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verbessert bzw. verändert hatte (vgl. E. 3.3.2).

5. Im polydisziplinären Gutachten der estimed AG vom 29. März 2021 wurde die medizinische Aktenlage seit 1999 eingehend referiert; darauf kann grundsätzlich verwiesen werden (IV-act. 157/27 ff.). Der wesentliche Sachverhalt stellt sich ausweislich der Akten wie folgt dar:

5.1 Im Frühling 2003 begab sich der Versicherte erstmals in stationäre (psychologisch-psychiatrische) Behandlung in der Psychiatrischen Klinik E. \_\_\_\_\_; die Ärzteschaft stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Entwicklung, Somatisierungstendenzen und Suizidalität (ICD-10 F43.2) (IV-act. 7/6 f.). Die Experten des Kan-

tonsspitals F. \_\_\_\_\_ gingen im Bericht vom 3. März 2004 von einer depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit Suizidalität (ICD-10 F32.2), aus (IV-act. 10). Doktor med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Gutachten vom 13. September 2004 namentlich die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.21/25) (IV-act. 16/7). Vom 30. März bis 3. Juli 2007 befand sich der Versicherte in der Klinik H. \_\_\_\_\_; die Ärzte stellten die Diagnose einer mittelgradigen depressive Episode (ICD-10 F32.1) (IV-act. 50/22). Vom 7. Februar bis 14. Juli 2008 war der Versicherte zum zweiten Mal in der Klinik E. \_\_\_\_\_ hospitalisiert; die berichtende Oberärztin ging namentlich von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) aus (IV-act. 55/3 f.). Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Psychiatrie FMH, ging im Bericht vom 8. September 2008 von einer schweren bzw. mittelgradigen depressive Episode aus (IV-act. 55/1 f.). RAD-Arzt C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin (D), hielt in der Stellungnahme vom 11. November 2008 fest, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten sei mit dem Eintritt in die Klinik H. \_\_\_\_\_ Ende März 2007 dokumentiert; seit dann sei von einer anhaltenden 100%igen Erwerbsunfähigkeit auszugehen. Alle Behandler würden übereinstimmend von einer äusserst schlechten Prognose ausgehen und keinerlei Chancen mehr für eine berufliche Wiedereingliederung sehen (IV-act. 59). Vor diesem Hintergrund wurde dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente ab 1. März 2008 zugesprochen.

5.2 Im Rahmen des ersten Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle neue ärztliche Berichte ein. Der materiellen Bestätigung der ganzen Invalidenrente im September 2012 lagen namentlich die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

5.2.1 Doktor med. I. \_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ging im Bericht vom 30. Januar 2012 namentlich von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1; seit 2004), aus. Anamnestisch hielt er fest, der Patient zeige ein chronifiziertes Beschwerdebild; er leide immer unter depressiven Symptomen wie Weinerlichkeit, Energie-, Kraft-, Motivations-, Interessen- und Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Angstzuständen, Traurigkeit, Freudlosigkeit, innerer Leere, Schuldgefühlen, passiven Suizidgedanken, zwanghaftem Grübeln darüber, alles falsch gemacht zu haben, und wechselbetonten Körperschmerzen. Er sei immer sehr angespannt und finde nirgendwo Ruhe. Dazu könne er sich sehr schlecht konzentrieren und zeige Aufmerksamkeitsdefizite. Er gehe zeitweise ins Tageszentrum, wo er

sich aber auch nur schwer anpassen könne und mit den gestellten Aufgaben bereits überfordert sei. Medikamentöse Umstellungen und Anpassungen hätten ausser vermehrten Nebenwirkungen niemals eine Besserung ergeben. Er kämpfe sich im wahrsten Sinne des Wortes von Tag zu Tag weiter und sei immer nahe daran, sich völlig aufzugeben. Aktuell sei der Vater schwer herzkrank und der Bruder liege an einem Karzinom leidend im Sterben. Diese zusätzlichen Belastungen hätten vorübergehend eine schwere Depression ausgelöst. Im Befund führte der Arzt aus, beim Versicherten handle es sich um einen vorgealterten, verlangsamten und sichtbar leidenden Patienten. Er wirke immer traurig-weinerlich und sei äusserst angespannt. Das Bewusstsein sei klar, die Orientierung allseits gegeben. Die Gefühlsstimmung sei wie beschrieben immer depressiv; es beständen Grübelzwang, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, negatives Gedankenkreisen und Schuldgefühle. Aufgrund des Verlaufes sei die Prognose sehr ungünstig. Es bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 81).

5.2.2 In der Stellungnahme vom 11. September 2012 hielt RAD-Arzt C. \_\_\_\_\_ fest, im ärztlichen Standortgespräch habe sich der bereits nach dem Studium des Dossiers gewonnene Eindruck, wonach bei dem jetzt 51-jährigen Versicherten keinerlei Eingliederungschancen bestehen, bestätigt. Der Versicherte wirke übermüdet, deutlich vorgealtert, schwer depressiv und grüblerisch, die Stimme sei monoton, der Gesichtsausdruck starr, fast versteinert. Die spärlichen, vom Begleiter sorgfältig übersetzten Äusserungen deckten sich bis ins Detail mit den Angaben des behandelnden Psychiaters; ebenso die Angaben zur aktuellen Medikation. Deutlich werde eine nahezu verzweifelte Grundstimmung ohne jede Aussicht auf Verbesserung. Nach dem Tod seines Vaters vor fünf Monaten fühle sich der Versicherte auch verantwortlich für die Krebs-Erkrankung seines um sechs Jahre älteren Bruders und sehe zusätzlich mit Sorge dem Auszug seines Sohnes aus der bisher gemeinsam genutzten Wohnung zum Jahresende entgegen. Versicherungsmedizinisch könne damit ein weitgehend unveränderter Gesundheitszustand angenommen werden, der auch durch fortgesetzte psychiatrische Therapie kaum mehr zu beeinflussen sein dürfte. Revisionsfristen könnten aus ärztlicher Sicht grosszügig gesetzt werden (IV-act. 86).

5.3 Gemäss dem den Zeitraum vom 7. bis 21. Juni 2016 abdeckenden Observationsbericht habe der Versicherte verschiedentlich ausserhäusliche Aktivitäten gezeigt, einerseits mit einem erkennbaren Bezug zu einer in J. \_\_\_\_\_ domizilierten Transportfirma und andererseits private Alltagsaktivitäten. Visuell hätten keine Anhaltspunkte erkannt werden können, die auf eine konkrete Beeinträchtigung der Lebensführung hingedeutet

hätten. Der Versicherte habe weder die Öffentlichkeit noch frequentierte Örtlichkeiten (Gastronomiebetriebe, Firmen- sowie Privatadressen) vermieden und beim Austausch mit vertrauten Personen wie auch bei alltäglichen Begegnungen mit Drittpersonen – den jeweiligen Begebenheiten entsprechend – ein natürliches und durchaus selbstsicheres Kommunikationsverhalten mit einer authentischen Artikulation gezeigt. Sein Wahrnehmungsverhalten habe stets intuitiv und aufmerksam gewirkt, zumal er gegenüber Drittpersonen oftmals erkennbar den Lead innegehabt habe. Gesten, welche auf irgendwelche Beschwerden hingedeutet hätten, hätten nicht festgestellt werden können. Der Versicherte habe ein durchaus intaktes Kontaktnetz mit entsprechend stabiler Tagesstruktur gepflegt und ein gleichbleibendes Verhaltensmuster erkennen lassen (IV-act. 103/19 ff.). Gemäss dem den Zeitraum vom 12. Oktober 2016 bis 18. Februar 2017 abdeckenden Observations- resp. Ergänzungsbericht hätten wiederum Aktivitäten mit Bezug zur Transportfirma und private Alltagsaktivitäten festgestellt werden können (IV-act. 104/24).

5.4 Anlässlich des Ende Juli 2016 im Nachgang zur ersten Observation eröffneten Rentenrevisionsverfahrens holte die IV-Stelle wiederum ärztliche Berichte ein und liess den Beschwerdeführer schliesslich polydisziplinär begutachten.

5.4.1 Doktor I. \_\_\_\_\_ berichtete am 15. August 2016 angesichts rezidivierender depressiver Episoden von einem stationären Gesundheitszustand (IV-act. 98). Im Wesentlichen das Gleiche ist dessen Berichten vom 7. März 2018 (gegenwärtig mittelgradige Episode) und 7. Dezember 2019 (gegenwärtig mittelgradige Episode) zu entnehmen (IV-act. 111, 127).

5.4.2 Die Experten der estimed AG gingen im Gutachten vom 29. März 2021 im Rahmen der Konsensbeurteilung von folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus:

- anhaltend mittelgradig ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11)
- intermittierende Gonalgie (ICD: M25.95) mit/bei
  - Resektion der zentralen Narbenzüge, Teilmeniskektomie lateral, Darstellen und Ausräumen des Meniskusganglions, Resektion der Synovialmassen lateral betont am 28. Juni 1999
  - subtotale Meniskektomie (total in der Mittelzone); Resektion der proliferativ entzündlich veränderten Synovialis am 25. April 2000

Aufgrund der psychiatrischen Einschätzung veranschlagten die Experten sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 157/13, 17). Aufgrund der psychiatrisch gestellten Diagnosen sei der Versicherte insoweit eingeschränkt, als der Antrieb während der Arbeitszeit deutlich verringert sei; die Stimmungslage sei freudlos, ratlos; die Interessen seien gemindert; dies begründe auch den Antriebsmangel; die Konzentration und die Aufmerksamkeit während der Arbeitszeit seien reduziert; weiter sei das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen vermindert; es herrschten Insuffizienzgefühle; die Zukunft werde als pessimistisch erlebt; weiter beständen deutliche Schlafstörungen; aufgrund des Verlustes an Freude und einer mangelnden emotionalen Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse trete eine deutliche, psychomotorische Hemmung ein. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung hätten sich nicht ergeben. Ressourcen seien aufgrund der beruflichen Erfahrungen und der freundlichen Wesensart vorhanden. Es hätten sich keine relevanten Diskrepanzen hinsichtlich der Beschreibung der Krankheitsentwicklung/Symptombeschreibung des Versicherten und den aktuell vorliegenden Arztberichten ergeben. Bedenken hinsichtlich einer unveränderlichen depressiven Symptomatik hätten sich aus dem Ergebnis der Observationen im Jahre 2016 ergeben. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich das observierte Verhalten sicherlich nicht mit einer relevanten Depression, wie sie im damaligen Zeitraum durchgehend diagnostiziert worden sei, vereinbaren. Allerdings sei in den darauffolgenden Arztberichten von Dr. I. \_\_\_\_\_ in den Jahren 2018 und 2019 von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes berichtet und wiederum eine mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik beschrieben und als chronifiziert beurteilt worden. Hinweise für eine willentliche Herbeiführung oder massive Verdeutlichung psychischer oder körperlicher Störungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht gezeigt. Das Ergebnis des neuropsychologischen Teilgutachtens habe Hinweise auf eine verzerrte Darbietung kognitiver Fertigkeiten ergeben. Das Ausmass des vom Versicherten im neuropsychologischen Teilgutachten vermittelten Niveaus kognitiver Beeinträchtigung habe sich mit einer mittelgradig depressiven Störung nicht in Einklang bringen lassen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe auf dem freien Arbeitsmarkt keine relevant verwertbare Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der im Auftrag genannten massgeblichen Verfügung zugrunde gelegen hatte, habe sich aus psychiatrischer Sicht keine richtunggebende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ergeben, eine einschneidende Verbesserung sei aber auch nicht eingetreten (IV-act. 157/14 ff.).

5.5 RAD-Arzt D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 5. November 2021 aus, wie sich in den medizinischen Akten gut nachvollziehen lasse, sei die Berichterstattung des seit Jahren behandelnden Psychiaters Dr. I. \_\_\_\_\_ nicht nur widersprüchlich, sondern seit dem ersten Bericht aus dem Kalenderjahr 2008 darauf ausgelegt, dass der Versicherte vollberentet werde, was besonders stossend sei, da der gleiche Behandler gegenüber dem Strassenverkehrsamt ein recht gutes psychisches Störungsbild und eine Verbesserung attestiere mit dem Ziel, dem Versicherten den Führerausweis zu erhalten. In keinem Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ werde eine Verbesserung berichtet; es liessen sich insgesamt keine depressiven Episoden abgrenzen, der Gesundheitsschaden werde von Dr. I. \_\_\_\_\_ durchgängig als schlecht und keine Arbeitsfähigkeit ermöglichend beschrieben. Nachgewiesenermassen habe das beobachtete psychische Funktionsniveau des Versicherten anlässlich der Observation in den Jahren 2016 und 2017 die von Dr. I. \_\_\_\_\_ auch in diesem Zeitraum behauptete mittelgradig ausgeprägte depressive Störung ausgeschlossen und dessen Berichterstattung widerlegt. Wie der psychiatrische Teilgutachter dennoch behaupten könne, dass "insgesamt von einer guten Konsistenz zwischen Aktenlage mit Vorbefunden, den Angaben des Versicherten, dem psychopathologischen Befund und den psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden könne" und sich darauf berufe, dass der tendenziös berichtende behandelnde Psychiater eine Verschlechterung dokumentiert habe, sei schlichtweg falsch und fachlich nicht nachvollziehbar. Der Gutachter übernehme zudem für seine aktuelle Beurteilung kritiklos die subjektiv geäusserten Beschwerden des Versicherten als Beweis für eine mittelgradig ausgeprägte depressive Störung, obwohl in der Symptomvalidierung ein Malingering nachgewiesen werde. Die Erklärung, dass seine Befunde konsistent seien, obwohl in der medizinischen Aktenlage zahlreiche Inkonsistenzen einschliesslich nachgewiesenem Malingering in der Vorzeit (Observation) und anlässlich der Begutachtung in der neuropsychologischen Aktenlage objektiviert seien, könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht als fachlich fundiert mit dem medizinischen Sachverhalt auseinandersetzend nachvollzogen werden. Ohne kritische Würdigung der Anamnese und der berichteten Beschwerden sei zwar formal eine mittelgradige depressive Störung behauptbar, allerdings beständen nach dem Gesagten ernsthaft Zweifel daran, dass der Versicherte authentisch und wahrheitsgetreu seine psychischen Beeinträchtigungen präsentiert habe. Das psychiatrische Teilgutachten sei für eine versicherungsmedizinische Beurteilung nicht brauchbar, da fachlich nicht nachvollziehbar. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei anhand der vorliegenden Aktenlage mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass mindestens seit der Observation im Jahr 2016 keine depressive

Störung vorliege und damit auch keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne (IV-act. 163).

6.

6.1 Die IV-Stelle führte in der angefochtenen Verfügung begründend aus, zur Klärung des Leistungsanspruchs sei eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgt. Die Beurteilung durch den RAD habe ergeben, dass für eine versicherungsmedizinische Beurteilung nicht auf das psychiatrische Teil-Gutachten abgestützt werden könne, da es fachlich nicht nachvollziehbar sei. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei anhand der vorliegenden Aktenlage mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass mindestens seit der Observation im Kalenderjahr 2016 keine depressive Störung mehr vorliege und somit auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründet werden könne. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der somatischen Probleme eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, womit gestützt auf die LSE von einem Invalideneinkommen von Fr. 53'843.– auszugehen sei. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 86'106.– resultiere ein rentenausschliessender IV-Grad von 37 % (IV-act. 175).

6.2 Der Beschwerdeführer wendet dagegen im Wesentlichen ein, das in Kenntnis der Ergebnisse der Observation erfolgte estimed-Gutachten sei voll beweiskräftig. Die Einschätzung des RAD-Arztes D. \_\_\_\_\_, wonach das psychiatrische Teilgutachten für eine versicherungsmedizinische Beurteilung nicht brauchbar sei, da fachlich nicht nachvollziehbar, sei unverständlich und lasse auf eine vorgefasste Meinung der Beschwerdegegnerin schliessen. Auch erkläre der RAD-Arzt nicht, weshalb entgegen der Konsensbeurteilung im estimed-Gutachten mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass seit mindestens der Observation im Jahr 2016 keine depressive Störung mehr vorliege und damit auch keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Weder der Beginn der vermuteten Arbeitsfähigkeit noch die objektiven Befunde, die für eine zumutbare Erwerbstätigkeit sprechen würden, würden in der RAD-Beurteilung näher begründet. Die RAD-Beurteilung enthalte stattdessen massive Vorwürfe an den behandelnden Psychiater – "widersprüchliche und tendenziöse Beurteilung, die nur darauf angelegt sei, dass der Versicherte vollberentet wird, obwohl der gleiche Behandler gegenüber dem Strassenverkehrsamt ein recht gutes psychisches Störungsbild und eine Verbesserung attestiert habe" –, wobei dem RAD-Arzt ausweislich der Akten der Arztbericht des Dr. I. \_\_\_\_\_ an das Strassenverkehrsamt gar nicht vorgelegen habe. Der RAD-Psychiater kritisiere den psychiatrischen Gutachter der estimed dafür, dass er kritiklos die subjektiv geäusserten Beschwerden des Versicherten als Beweis für eine mittelgradig ausgeprägte

depressive Störung übernommen habe, obwohl in der Symptomvalidierung eine Malingering nachgewiesen worden sei. Der RAD-Arzt scheine dabei offensichtlich zu übersehen, dass im neuropsychologischen Teilgutachten zwar kein gültiges Testprofil habe erhalten werden können, aus neuropsychologischer Sicht aber dennoch gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen bestätigt worden seien. In der Konsensbeurteilung hätten die Gutachter ausserdem das in den Arztberichten des behandelnden Psychiaters beschriebene psychische Befundbild aufgrund der anlässlich der psychiatrischen Untersuchung erhobenen objektiven Befunde als nachvollziehbar bezeichnet. Die anderslautende Analyse des RAD-Arztes basiere einzig auf eigenen Annahmen und Überlegungen, ohne dass er den Beschwerdeführer selber untersucht oder zumindest mit den Gutachtern der *estimated* und dem behandelnden Psychiater Rücksprache genommen hätte. Die Schlussfolgerungen in der RAD-Beurteilung vom 5. November 2021 widersprächen somit sämtlichen Leitlinien für eine fachlich fundierte psychiatrische Beurteilung. Ein Revisionsgrund sei nicht ersichtlich, weil sich seine Arbeitsfähigkeit seit der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 2009 nicht verbessert (sondern im Gegenteil noch verschlechtert) habe. Vielmehr würden sämtliche medizinischen Akten ein chronifiziertes und therapeutisch nicht mehr angehbares Krankheitsbild ausweisen, welches weiterhin keinerlei Arbeitstätigkeit zulasse. Ebenso wenig seien die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision gegeben. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass sich der Verdacht auf Versicherungsbetrug nachweislich nicht habe erhärten lassen und er aufgrund der schwere und seit Jahren chronifizierten psychischen Problematik weiterhin voll arbeitsunfähig sei. Aus vereinzelt Alltagsaktivitäten einfach auf eine Arbeitsfähigkeit zu schliessen, ohne diese mit einer fachmedizinischen Untersuchung und gegebenenfalls einer sozialberuflichen Rehabilitation zu überprüfen, sei weder aus medizinischer Sicht fundiert noch aus rechtlicher Sicht zulässig (act. 1 S. 8 ff.).

6.3 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung auf die RAD-Beurteilung vom 5. November 2021 (E. 5.5). Der Beurteilung des RAD-Arztes lässt sich im Wesentlichen Kritik am behandelnden Psychiater bzw. dessen Berichterstattung und am psychiatrischen Teilgutachten der *estimated* entnehmen. Letzteres sei für eine versicherungsmedizinische Beurteilung nicht brauchbar, da fachlich nicht nachvollziehbar. Als Beleg für die Störungsfreiheit und damit die volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (und mithin den Revisionsgrund) führte der RAD-Arzt schliesslich die Ergebnisse der 2016 durchgeführten Observation an. Bezugnehmend darauf führte er mit Verweis auf die Stellungnahme des RAD-Arztes K. \_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (IV-act. 93) aus, im Zeitraum vom 7. bis 21. Juni 2016 habe ein Funktionsniveau festgestellt werden müssen, welches nicht

zu einer höhergradig ausgeprägten depressiven Störung gepasst habe (IV-act. 163/1). Weiter gab er an, dass der psychiatrische Gutachter der estimed explizit festgehalten habe, dass sich aus psychiatrischer Sicht das observierte Verhalten in der Tat sicherlich nicht mit einer relevanten Depression, wie sie im damaligen Zeitraum (während den Observationen) durchgehend diagnostiziert worden sei, vereinbaren lasse (IV-act. 163/2). Weitergehende Angaben, namentlich zu den konkreten Observationsergebnissen, auf denen seine Einschätzung fusste, vor allem aber zur Frage, wie bzw. wieso er aufgrund des observierten Verhaltens auf eine Störungsfreiheit bzw. volle Arbeitsfähigkeit (ab 1. Juni 2016) schloss, machte er indes nicht. Dies bemängelt der Beschwerdeführer zu Recht. Eine ärztliche Stellungnahme, die sich im Wesentlichen in Kritik an anderen Arztpersonen resp. deren Einschätzungen erschöpft und pauschal auf nicht näher bezeichnete Observationsergebnisse verweist, ohne diese fachmedizinisch und für den Laien nachvollziehbar einzuordnen, ist in Bezug auf die Beurteilung, ob beim Beschwerdeführer per 1. Juni 2016 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes resp. eine 100%ige Arbeitsfähigkeit eingetreten war, offensichtlich beweisuntauglich (E. 3.5). Gestützt darauf kann ein Revisionsgrund nicht nachgewiesen werden.

Da eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes auch anhand der anderen aktenkundigen Arztberichte (E. 5.4) nicht belegt werden kann, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nach wie vor nicht arbeitsfähig ist und entsprechend weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben.

7. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensaufwand angemessen erscheint. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss im nämlichen Betrag zurückzuerstatten. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses bemessen. Vorliegend erachtet das Gericht Fr. 2'500.– (inkl. MWST) als angemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die angefochtene Verfügung wird in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.
2. Die IV-Stelle Zug hat eine Spruchgebühr von Fr. 800.– zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der Kostenvorschuss in nämlicher Höhe zurückzuerstatten.
3. Die IV-Stelle Zug hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.– zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 28. Juni 2024

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am