



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Judith Fischer und Ersatzrichter Dr. iur. Martin Skripsy  
Gerichtsschreiber: MLaw Luca Bernasconi

U R T E I L vom 25. August 2025  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

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

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Balmer, lege artis zug  
Rechtsanwälte und Notare, Bahnhofstrasse 10, Postfach, 6302 Zug  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Leistungen)

S 2024 47

A.

A.a Der 1961 geborene Versicherte, A.\_\_\_\_\_, eingereist in die Schweiz im Mai 1991, meldete sich 1995 mit Hinweis auf einen im Dezember 1993 erlittenen Bandscheibenvorfall erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1 S. 1 ff.). In der Folge holte die IV-Stelle namentlich ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS Zentralschweiz ein und liess den Versicherten in der Abklärungs- und Ausbildungsstätte Appisberg beruflich abklären (IV-act. 1 S. 221 ff. und S. 264 ff.). Mit Verfügung vom 4. November 1999 verneinte die IV-Stelle den Anspruch sowohl auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Rente (IV-act. 1 S. 278 f.).

A.b Im Mai 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine seit 13. Januar 2013 bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines psychischen Traumas und Schlafstörungen, ausgelöst durch einen Polizeieinsatz, erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 5). Die IV-Stelle legte das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor (IV-act. 7). Mit Vorbescheid vom 11. Juni 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie auf die Anmeldung nicht eintrete (IV-act. 8). Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte, hob die IV-Stelle den Vorbescheid auf und trat auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 9 und 11). Im Verlauf liess sie den Versicherten psychiatrisch begutachten (Expertise des Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 29. April 2016 [IV-act. 33]). Am 10. Juni 2016 verneinte die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (vgl. Vorbescheid [IV-act. 36]). Den dagegen erhobenen Einwand unterbreitete die IV-Stelle dem Gutachter; dieser nahm am 8. November 2016 Stellung (IV-act. 50). Am 14. November 2016 verfügte die IV-Stelle wie vorbeschrieben (IV-act. 51).

A.c Im März 2021 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein psychisches Trauma, mangelhafte Konzentration, starke Vergesslichkeit, Ablenkungen durch Erinnerungen an das Trauma, Reizbarkeit, Ungeduld mit Kunden und Schlafstörungen (aufgetreten nach dem Polizeieinsatz im Januar 2013) und Beilage einer Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (samt neuropsychologischem Abklärungsbericht der Dr. phil. D.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP), abermals bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 57, 59 f.). Die IV-Stelle trat auf die Anmeldung ein und tätigte Abklärungen (IV-act. 62 ff.). Mit Vorbescheid vom 17. Mai 2022 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 72). Dagegen erhob der Versicherte mit Verweis auf einen ausstehenden Bericht der E.\_\_\_\_\_ Einwand (IV-act. 73). In der Folge liess die IV-

Stelle den Versicherten abermals begutachten (neuropsychologischer Untersuchungsbericht der Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP lic. phil. F. \_\_\_\_\_ und lic. phil. G. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2023 [IV-act. 97], psychiatrisches Gutachten des Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10. Februar 2024 [IV-act. 101]). Mit Verfügung vom 12. April 2024 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 102).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 17. Mai 2024 (act. 1) stellte der Versicherte unter Beilage einer Stellungnahme der Dr. C. \_\_\_\_\_ (BF-act. 3) folgende Rechtsbegehren:

- "1. Der IV-Verfügung vom 12. April 2024 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze IV-Rente zuzusprechen;
2. Eventualiter habe das angerufene Gericht ein geeignetes Gutachten zwecks Feststellung des Sachverhalts einzuholen;
3. Subeventualiter sei verfahrensrechtlich die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, mit der Verpflichtung ein neues Gutachten zwecks Sachverhaltsabklärung einzuholen;
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWST von 8.1 % zulasten der Beschwerdegegnerin."

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

D. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 3. Juli 2024 auf Abweisung der Beschwerde (act. 8).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bun-

desgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben. Die Verfügung datiert vom 12. April 2024. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 17. Mai 2024 der Schweizerischen Post übergeben. Die IV-Stelle hat die angefochtene Verfügung usanzgemäss nicht eingeschrieben verschickt. Wann und mit welcher Methode der Versand erfolgt ist, erschliesst sich aus den Akten nicht. Der Beschwerdeführer gibt nicht an, wann ihm die Verfügung zugegangen ist. Er ist hinsichtlich der Frage des Zugangsdatums aber nicht beweisbelastet (BGE 129 I 8 E. 2.2). Die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG hat mit der Beschwerdeeinreichung am 17. Mai 2024 demnach als gewahrt zu gelten, zumal eine B-Post-Sendung auch erst drei Tage nach Versand beim Empfänger ankommen kann (womit bei einem Versand am 12. April 2024 und Zugang am 17. April 2024 die Frist erst am 18. April 2024 zu laufen beginnen würde) und überdies die IV-Stelle die Fristwahrung nicht in Frage stellt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. 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 Verwaltungsgerichts (GO VG; BGS 162.11).

## 2.

2.1 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach dessen Ablauf zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG definiert als durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachter und nach zumutbarer Behandlung und Einglie-

derung verbleibender ganzer oder teilweiser Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Artikel 7 Abs. 2 ATSG hält fest, dass nur die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind und eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die Gesundheitsbeeinträchtigung muss fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden sein (BGE 145 V 215 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.1 und 130 V 396 E. 5.3.2).

2.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Tritt die IV-Stelle auf die Neuansmeldung ein, hat sie abzuklären, ob eine solche (glaubhaft gemachte; vgl. dazu BGer 9C\_367/2016 vom 10. August 2016 E. 2.2) Veränderung tatsächlich eingetreten ist. Verneint sie dies, weist sie das Rentengesuch ab (BGE 117 V 198 E. 3a). Die Frage, ob eine erhebliche Tatsachenänderung im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuansmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhenden Verfügung (BGer 9C\_451/2018 vom 6. November 2018 E. 3). Im Rahmen einer Neuansmeldung sind die Revisionsregeln analog anwendbar. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3; 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2; 130 V 343 E. 3.5; 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1; 141 V 9 E. 2.3, je 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 (BGer 8C\_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; BGer 8C\_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der Ärzteschaft 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 sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). 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 351 E. 3a; 122 V 157 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen 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 351 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). Weiter ist die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die Rechtsanwendenden darauf zu prüfen, ob sie den normativen Vorgaben gemäss BGE 141

V 281 genügt. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist nur dann erbracht, wenn eine Prüfung der massgeblichen Be-  
weisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für ei-  
ne Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2  
mit Hinweisen). In Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist was  
folgt festzuhalten: Da sich die Behandler in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrie-  
ren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Ent-  
scheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Ge-  
sundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein  
Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte  
mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu  
Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache ein-  
zig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in  
Frage kommen (135 V 465 E. 4.5).

3. Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 12. April 2024,  
womit die IV-Stelle den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente abgelehnt  
hat. Dazu ist dessen aktuelle gesundheitliche Verfassung und damit zusammenhängend  
seine Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung mit den Verhältnissen im  
Referenzzeitpunkt der Verfügung vom 14. November 2016 zu vergleichen (vgl. vorstehen-  
de E. 2.3).

4. Der rechtserhebliche Sachverhalt stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar.

4.1 Mit (unangefochten in Rechtskraft erwachsener) Verfügung vom 14. November  
2016 verneinte die IV-Stelle den beschwerdeführerischen Anspruch auf eine Rente (zum  
zweiten Mal), da sie namentlich gestützt auf das für beweiskräftig befundene Gutachten  
des Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 29. April 2016 zum Schluss gekommen war, dass aus versiche-  
rungsmedizinischer Sicht kein dauerhafter Gesundheitsschaden ausgewiesen gewesen  
sei (IV-act. 51). Doktor B. \_\_\_\_\_ erhob damals im Rahmen der Begutachtung einen  
durchwegs unauffälligen Psychostatus. Hinweise namentlich auf Störungen der Konzen-  
trationsfähigkeit, Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit fand er – obwohl der Versicherte an-  
gegeben hatte, dass er vergesslich sei und Konzentrationsstörungen habe – nicht. Der  
(objektivierbare) Antrieb sei ungestört gewesen, der Patient habe indessen Antriebs-  
störungen umschrieben (IV-act. 33/60 f.). Die zwecks Beschwerdevalidierung vorgenom-  
mene testpsychologische Befunderhebung erlaubte – mangels Erreichung des cut-off-

Wertes – keine Diagnosestellung bzw. führte – aufgrund eines deutlichen Übertreffens des cut-off-Wertes – zur Annahme von "Malingering" (Übertreibung körperlicher oder psychischer Symptome) (IV-act. 33/62 f.). Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit benannte der Experte keine. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er namentlich folgende auf: (aktenanamnestisch) anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gegenwärtig anamnestisch remittiert (ICD-10 F45.4); (aktenanamnestisch) Anpassungsstörung mit Störung der Affekte und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.25), Status nach akuter Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0); (differentialdiagnostisch) Dysthymie (ICD-10 F34.1); (differentialdiagnostisch) Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) (IV-act. 33/64). Das Vorliegen der Diagnosekriterien einer PTBS wurde durch den Gutachter ausdrücklich verneint (IV-act. 33/77 ff.). Zusammenfassend führte er aus, aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit – weder angestammt noch angepasst – einzuschätzen. Da gegenwärtig keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, könne keine Massnahme genannt werden, die den Gesundheitszustand resp. damit einhergehend die Arbeitsfähigkeit verbessern könnte (IV-act. 33/86 f.).

4.2 Mit bzw. seit der Neuanmeldung vom März 2021 haben im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte Eingang in die Akten gefunden:

4.2.1 Im Bericht vom 5. März 2021 gab Dr. C. \_\_\_\_\_ an, seit der Ablehnung der Rente im Jahr 2016 versuche der Versicherte, so gut wie möglich seiner Arbeit als selbständiger Versicherungsagent nachzugehen, er könne allerdings das zuvor übliche Arbeitspensum bei weitem nicht erreichen. Er berichte, dass seine Einschränkungen vor allem bezüglich Konzentration und Gedächtnis zugenommen hätten. Die Tochter berichte, dass der Versicherte seine berufliche Tätigkeit ohne Unterstützung bzw. Übernahme von Aufgaben durch die Kinder nicht mehr ausführen könne; der Vater sei vergesslich, bei Gesprächen phasenweise nicht präsent. Dies bestehe seit 2013, sei aber deutlich stärker geworden. Eine neuropsychologische Abklärung habe eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit im Vordergrund stehenden mnestischen sowie zum Teil attentionalen und exekutiven Minderleistungen ergeben. Wegen der eigen- und fremdanamnestisch berichteten Progredienz sei der Verdacht auf eine beginnende demenzielle Entwicklung geäußert worden (IV-act. 59; vgl. E. 4.2.2 nachstehend).

4.2.2 Im Bericht vom 7. März 2021 über die neuropsychologische Abklärung (vom 2. und 12. Dezember 2020) führte Dr. D. \_\_\_\_\_ zum Testverhalten des Patienten aus,

er habe während der Untersuchung interessiert und kooperativ mitgearbeitet. Sein allgemeines Verhalten sei freundlich, höflich und adäquat gewesen. Er habe äusserlich ruhig gewirkt, habe aber angegeben, dass er sich innerlich unruhig fühle, v.a. bei der Durchführung von gezielten PC-Tests gegen Ende der Untersuchung. Hinweise auf eine äusserliche sichtbar gesteigerte motorische Unruhe/Hyperaktivität hätten sich keine ergeben, jedoch habe der Patient eine innere Unruhe sowie eine erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit beklagt. Nach den Untersuchungsterminen habe der Patient eine deutliche Müdigkeit und nachlassende Konzentration mit gedanklichen Abschweifungen beklagt. Körperliche Probleme sowie Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden seien aber verneint worden. Zum neuropsychologischen Befund wurde zusammenfassend ausgeführt, das allgemeine Testleistungsniveau des Patienten habe sich gesamthaft vermindert dargestellt, wobei sich die deutlichsten Minderleistungen im Bereich der mnestischen Funktionen und in der einfachen Aufmerksamkeitsaktivierung zeigen würden. Es entspreche insgesamt nicht dem aufgrund der Ausbildung und der früheren Tätigkeit als Lehrer/Schulleiter bzw. der Tätigkeit eines Versicherungsmaklers zu erwartenden Niveau. Als neuropsychologische Diagnosen wurde eine mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit im Vordergrund stehenden mnestischen sowie zum Teil attentionalen und exekutiven Minderleistungen bei Verdacht auf beginnende demenzielle Entwicklung genannt. Die theoretische Arbeitsfähigkeit wurde mit 30 % beziffert (IV-act. 60).

4.2.3 Im Verlaufsbericht vom 31. Mai 2021 gab Dr. C. \_\_\_\_\_ an, die Diagnose einer Demenz habe sich nicht bestätigt. Weiterführende Abklärungen seien nicht durchgeführt worden, da dies der Patient nicht möchte; er sehe Einschränkungen im Rahmen der PTBS-Symptomatik. Therapeutische Massnahmen bezüglich Demenzerkrankung seien nicht erfolgt. Eine intensivere Behandlung werde nicht in Erwägung gezogen. Der Gesundheitszustand sei stationär. Einschränkend für die Arbeitsfähigkeit sei die mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung, deren Ursache sowohl in der PTBS als auch einer möglichen demenziellen Entwicklung liegen könne. Weiterhin beständen Schlafstörungen mit oberflächlichem, wenig erholsamem Schlaf, was medikamentös nicht beeinflussbar sei, weshalb dies im Rahmen eines Hyperarousal beurteilt werde. Zudem beständen weiterhin Konzentrationsprobleme bei Ablenkung durch inneres psychisches Geschehen. Geklagt werde auch eine zunehmende Vergesslichkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht habe sich keine wesentliche Veränderung ergeben. Ausgehend von der neuropsychologischen Untersuchung sei von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Die Prognose bezüglich der PTBS-Symptomatik sei ungünstig, bezüglich neurokognitiver Einschränkungen nicht beurteilbar, da bislang eine wei-

tere Abklärung einer möglichen/fraglichen Demenz vom Patienten abgelehnt werde (IV-act. 64).

4.2.4 Der Hausarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, hielt im Bericht vom 8. September 2021 fest, der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär. Dieser befinde sich in einer psychosozialen Belastungssituation mit Angstzuständen und Schlaflosigkeit (IV-act. 67).

4.2.5 Im Bericht vom 25. Juni 2022 führten die Ärzte der E. \_\_\_\_\_ (welchen der Versicherte zur Abklärung einer möglichen Demenzerkrankung zugewiesen worden war) zur neuropsychologischen Erstuntersuchung zusammenfassend aus, es hätten sich in der klinischen Interpretation der Daten nebst exekutiven Minderleistungen vorwiegend altersentsprechende Werte mit einem stabilen bis verbesserten Verlauf (im Vergleich zur Untersuchung [durch Dr. D. \_\_\_\_\_] im Dezember 2020) gezeigt. Das Profil deute auf frontal betonte Dysfunktionen hin. Die kognitiven Minderleistungen könnten durch die Fremdsprache mitbeeinflusst sein, figural schneide der Patient altersentsprechend ab. Zudem sei eine Mitbeeinflussung durch die Konzentrationsprobleme vor dem Hintergrund der posttraumatischen Belastungsstörung in Betracht zu ziehen. Im psychopathologischen Befund bei Austritt wurde der Patient als bewusstseinsklar, wach und voll orientiert, subjektiv ohne Gedächtnisstörung, jedoch mit deutlichen Konzentrations- und Auffassungsstörungen beschrieben. Im formalen Gedankengang leicht eingeeengt und perseverierend. Grübeln und Gedankenkreisen seien beschrieben worden. Er sei nicht inkohärent und zerfahren, jedoch weitschweifig gewesen. Es hätten keine Hinweise für Zwänge und inhaltliche Denkstörungen bestanden. Weiter: "Ausgeprägte Ängste mit körperlichen Reaktionen im Sinne von Panikattacken, nicht hoffnungslos. Teilweise freudlos, energie- und antriebslos. Durchschlafstörungen beschrieben. Keine Suizidalität." Zusammenfassend wurde festgehalten, aus der Anamnese gehe hervor, dass der Patient 2013 ein belastendes Ereignis hatte. Aufgrund dieser Belastungssituation fänden sich beim Patienten weiterhin Flashbacks, Albträume, teilweise trete das Gefühl von betäubt sein auf und emotional beschreibe sich der Patient als abgestumpft, sodass vom Vorliegen einer PTBS ausgegangen werden könne. Aufgrund der erhobenen Befunde liege zudem eine mindestens mittelschwere depressive Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Die neuropsychologischen Defizite seien gut vereinbar mit kognitiven Störungen, wie man sie bei einer Depression beobachte (IV-act. 78).

4.2.6 Im Verlaufsbericht vom 18. Januar 2023 gab Dr. C. \_\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand des Patienten sei stationär; eine Diagnoseänderung sei nicht erfolgt. Unter Gabe eines Antidepressivums sei die depressive Stimmung rasch remittiert. Weiterhin beständen aber die in den Vorberichten erwähnten Symptome/Beschwerden wie Hyperarousal, Schlafstörungen, Intrusionen, einschliessende Ängste bei traumaspezifischen Triggern, Panikattacken, Konzentrationsschwierigkeiten und Vergesslichkeit. Letztere seien somit nicht im Zusammenhang mit der depressiven Episode zu interpretieren (IV-act. 81).

4.2.7 Im Auftrag der IV-Stelle (und als Teil der psychiatrischen Untersuchung, vgl. sogleich E. 4.2.8) führten lic. phil. F. \_\_\_\_\_ und lic. phil. G. \_\_\_\_\_ eine neuropsychologische Untersuchung durch. Unter "Diagnose" hielten sie was folgt fest: Vor dem Hintergrund einer schwankenden, nicht durchgehend ausreichenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Symptomverdeutlichung hätten sich insgesamt leicht- bis mittelgradige attentionale Dysfunktionen, eine schwergradig verminderte nonverbale Wiedererkennungleistung, eine schwergradig verlangsamte visuo-verbale Interferenzleistung sowie eine testdiagnostisch manifeste schwergradige sprachliche Verlangsamung bei ansonsten alters- und ausbildungsadäquaten kognitiven Leistungen gezeigt. Beurteilend wurde ausgeführt, der Patient habe sich nicht während der gesamten Untersuchung ausreichend auf die neuropsychologische Untersuchung einlassen können; die Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sei Schwankungen unterworfen gewesen. Es hätten sich Phasen von gegebener Leistungsbereitschaft mit testpsychologisch durchschnittlichen Leistungen mit Phasen abgewechselt, in denen er von insgesamt leicht- bis mittelgradig bis zu schwergradig verminderte psychometrische Leistungen erbracht habe. Dies zeige sich einerseits bei der spezifischen Symptomvalidierung, bei der bei einem durchgeführten Verfahren unauffällige und beim anderen auffällige Werte erzielt worden seien. Die im Rahmen dieses Symptomvalidierungsverfahrens erbrachten Leistungen lägen unter den Leistungen von depressiven Patienten sowie Patienten mit einer Hirnverletzung mit einer ausreichenden Leistungsmotivation. Andererseits seien die erhobenen psychometrischen Befunde auch diskrepant zum Kommunikationsverhalten – der Patient beantworte Fragen nach seinen Beschwerden ohne erhöhte Antwortlatenz. Die testdiagnostisch manifeste sprachliche Verlangsamung sowie die eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit hätten sich im Gespräch nicht gezeigt. Weiter sei es atypisch, dass bei doch durchschnittlicher Erinnerung von zuvor gelernten Figuren die Wiedererkennung derselben schwergradig vermindert ausfalle. Auch seien die leicht- bis mittelgradigen Minderleistungen der attentionalen Funktionen diskrepant zum Alltagsverhalten – der Patient fahre nach wie vor Auto. Es zeige sich aber auch, dass der Patient über kognitive Ressourcen verfüge. So hätten sich

durchschnittliche Leistungen im Bereich des verbalen und des figuralen Lernens und Gedächtnis, teilweise durchschnittliche exekutive Leistungen sowie unauffällige visuelle, visuo-konstruktive Fähigkeiten sowie unauffällige basale rechnerische Leistungen objektivieren lassen. Aufgrund der beschriebenen Auffälligkeiten und Inkonsistenzen resp. der schwankenden, insgesamt nicht durchgehend ausreichend gegebenen Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft besitze das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil aber letztlich zu wenig Aussagekraft. Es könne dementsprechend keine Aussage über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit gemacht werden. Aufgrund der nicht durchwegs validen Befunde könne keine neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (vgl. Bericht vom 20. Oktober 2023 [IV-act. 97]).

4.2.8 Im von der IV-Stelle eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 10. Februar 2024 führte Dr. H. \_\_\_\_\_ aus, eine nach der in Aussicht gestellten Ablehnung von IV-Leistungen postulierte Depression sei bei nicht authentischer Beschwerdeschilderung im Rahmen der Begutachtung nicht belegt worden. Die im Verlaufsbericht der Dr. C. \_\_\_\_\_ festgehaltenen Symptome (Intrusionen, einschliessende Ängste, Panikattacken, Konzentrationsstörungen) seien klinisch nicht evident gewesen. Der Versicherte habe im Rahmen der Begutachtung ohne Vermeidung von der damaligen Verhaftung berichtet. Er habe sich als Opfer dieser Umstände inszeniert und sei weder mit Hyperarousal, Flashbacks noch Intrusionen oder Angst aufgefallen, die bei einer PTBS im Allgemeinen direkt in einem Untersuchungsgespräch beobachtbar sein müssten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % sei aus versicherungsmedizinischer Perspektive nicht zu bestätigen. So sei die nichtauthentische Beschwerdeschilderung des Versicherten in der neuropsychologischen Untersuchung repliziert worden. Eine Aggravation bzw. "Malingering", wie es bereits Dr. B. \_\_\_\_\_ festgestellt habe, sei weiter vorliegend. Entgegen der bisherigen Beurteilungen sei die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) zu stellen. Doktor B. \_\_\_\_\_ habe stichhaltig eine nichtauthentische Beschwerdeschilderung festgestellt und eine volle Arbeitsfähigkeit beurteilt. Die Begutachtung habe auch bei der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung keine Gründe ergeben, eine Veränderung dieser medizinischen Sachverhaltsdarstellung vorzunehmen. Im Rahmen einer neuropsychologischen Verlaufsuntersuchung hätten sich keine validen Befunde bei ungenügender Anstrengungsbereitschaft objektivieren lassen. Es liege nach wie vor eine sehr deutliche Aggravation vor. Der Explorand habe im Rahmen der Begutachtung sinngemäss durch seine Schilderungen Auffälligkeiten im Kurzzeitgedächtnis angegeben. Die teilweise sehr detailreiche Erinnerungsfähigkeit zu biografischen An-

gaben als auch geschilderte Aspekte der Alltagsfunktionalität hätten im Widerspruch zu den geäusserten Einschränkungen des Gedächtnisses im Alltag gestanden. Der Versicherte habe die Fragen verstanden und sei trotz Weitschweifigkeit und passagerem Dabenebenreden in der Lage gewesen, dem gutachterlichen Untersuchungsgespräch zu folgen. Höhergradige kognitive Einschränkungen seien nicht feststellbar gewesen. Er sei zu detailreichen und ausführlichen Schilderungen in der Lage gewesen, in deren Zentrum er weitgehend selbst stehe. Gelegentlich habe er auch in deutscher Sprache geantwortet, was auf intakte kognitive Umstellfähigkeiten hinweise. Es sei nicht festzustellen gewesen, dass ein Nachlassen der Aufmerksamkeit eingetreten sei, was bei höhergradig ausgeprägten Depressionen im Allgemeinen zu erwarten sei. Es hätten sich keine andauernden formalen Denkstörungen gezeigt. Es seien keine Angsteffekte und kein Panikerleben evident gewesen. Die Vitalität und Reagibilität seien intakt gewesen. Die Auffassungsgabe sei gegeben gewesen. Der Affekt sei stabil und modulierbar gewesen. Eine nachlassende Konzentration und Ermüdung, wie diese gemäss ICD-10 im Allgemeinen bei wiederkehrenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden klinisch festzustellen seien, seien nicht evident gewesen. Der Versicherte habe auch nicht andauernd niedergestimmt gewirkt. Die Schwere der geltend gemachten Einschränkungen stehe mit dem Funktionsniveau nicht im Einklang. Es sei eine sehr deutliche Aggravation auf dem Boden einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu beurteilen. Anhand der funktionellen Leistungsprüfung in der Mini-ICF-APP seien keine relevanten Fähigkeitseinschränkungen im Hinblick auf die angestammte Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt beurteilbar. Die Arbeitsfähigkeit sei mit 100 % zu beurteilen. Bei der diagnostischen Beurteilung hin zu einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts, der zum Referenzzeitpunkt bereits bestanden habe. Eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe bei deutlicher Aggravation bzw. "Malingering" seit der massgeblichen IV-Verfügung überwiegend wahrscheinlich nicht (IV-act. 101/19 ff.).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die neuerliche Ablehnung eines Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung zusammengefasst damit, dass ausgehend von den medizinischen Akten – namentlich: Gutachten des Dr. H. \_\_\_\_\_ – aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine gravierende Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 14. November 2016 ausgewiesen sei und beim Beschwerdeführer weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ausgegangen werden könne (BF-act. 2 S. 3).

5.2 Der Beschwerdeführer macht dagegen mit Verweis namentlich auf die Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Jahre 2016 geltend. Aus psychiatrischer Sicht bestehe höchstens "eine 30%ige Erwerbsfähigkeit" (act. 1 S. 3). Ausserdem verneint er die Verwertbarkeit des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachtens des Dr. H. \_\_\_\_\_ (act. 1 S. 6 ff.).

### 5.3

5.3.1 Die IV-Stelle verneinte einen Revisionsgrund im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten des Dr. H. \_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer (nach wie vor) zu 100 % arbeitsfähig sei und eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei deutlicher Aggravation bzw. "Malingering" seit der massgeblichen IV-Verfügung [vom 14. November 2016] überwiegend wahrscheinlich nicht bestehe. Auf das genannte Gutachten (samt neuropsychologischem Untersuchungsbericht der lic. phil. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_) kann abgestellt werden. Es erfüllt die Anforderungen an beweiskräftige medizinische Erhebungen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Die Expertise fusst auf einer regelrechten Anamneseerhebung und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt, wobei die wichtigsten Textpassagen der vorhandenen ärztlichen Unterlagen im Gutachten aufgeführt wurden. Die gutachterlichen Feststellungen beruhen auf eigenen Untersuchungen und die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers wurden hinreichend berücksichtigt. Schliesslich sind die Ausführungen und die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. So zeigte Dr. H. \_\_\_\_\_ insbesondere auf, dass die zur Stellung der Diagnose einer PTBS nötigen Befunde (nach wie vor [vgl. schon das Gutachten des Dr. B. \_\_\_\_\_]) klinisch nicht hätten erhoben werden können und schloss mit Verweis auf die neuropsychologische Untersuchung auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung. In der Tat hatte die Untersuchung durch die Neuropsychologinnen bei ungenügender Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers keine validen Befunde ergeben und mithin die im Rahmen der Untersuchung bei Dr. D. \_\_\_\_\_ festgestellte mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung nicht bestätigt werden können. Nota bene hatten auch die Ärzte der E. \_\_\_\_\_ nebst exekutiven Minderleistungen vorwiegend altersentsprechende Werte mit einem stabilen bis verbesserten Verlauf festgestellt; kognitive Minderleistungen hätten nach Ansicht der Experten auch durch die Fremdsprache mitbeeinflusst sein können. Ohne objektive Befunde zu erheben, beschrieben die Ärzte der E. \_\_\_\_\_ schliesslich die (bereits im Rahmen der Anmeldung vom Mai 2015) beklagten Beschwerden. Eine Demenz konnte Dr. C. \_\_\_\_\_ bereits Ende Mai 2021 – ins-

besondere weil der Beschwerdeführer entsprechende Abklärungen ablehnte – nicht bestätigen und die diagnostizierte depressive Störung erklärte sie im Bericht vom 18. Januar 2023 für remittiert. Eine nachlassende Konzentration und Ermüdung, wie sie gemäss ICD-10 im Allgemeinen bei wiederkehrenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden klinisch zu Tage träten, konnte entsprechend auch Dr. H. \_\_\_\_\_ nicht feststellen. Der Gutachter konnte auch keine höhergradigen kognitiven Einschränkungen beobachten, ebenso wenig ein Nachlassen der Aufmerksamkeit. Der Beschwerdeführer sei vital und reagibel gewesen. Ferner habe auch das Mini-ICF-APP keine relevanten Fähigkeitseinschränkungen ergeben. Wenn Dr. H. \_\_\_\_\_ schliesslich aufgrund der Akten und seiner Beobachtungen zum Schluss kam, dass beim Beschwerdeführer eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vorliege, so ist darin – wie er selber ausführte – keine (revisionsrechtlich relevante) Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erblicken.

5.3.2 Soweit der Beschwerdeführer zunächst eine Unverwertbarkeit der Expertise aufgrund der Untersuchungsdauer von (nur) einer Stunde und zehn Minuten geltend macht, vermag dies nicht zu überzeugen. Wie die IV-Stelle zutreffend darauf hingewiesen hat, kann rechtsprechungsgemäss aus einer – verhältnismässig – kurzen Dauer der psychiatrischen Exploration nicht von vornherein auf eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters und entsprechend eine mangelhafte, beweisuntaugliche Expertise geschlossen werden. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (BGer 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Anhaltspunkte dafür, dass Dr. H. \_\_\_\_\_ die entsprechenden Vorgaben nicht bzw. nur ungenügend beachtet hat, sind nicht erkennbar. Daran ändert der Einwand des Beschwerdeführers nichts, wonach es de facto unmöglich sein soll, (unter Berücksichtigung einer vollständigen Übersetzung einer Drittperson) innert 70 Minuten die notwendigen Abklärungen vorzunehmen für ein verlässliches Gutachten im Bereich Psychiatrie. Zudem war es nicht Aufgabe des Gutachters, anderslautende Diagnosen zu widerlegen oder die "umfangreiche wesentliche Vorgeschichte" des Beschwerdeführers mit diesem zu besprechen, um dessen erhöhte Verletzlichkeit gegenüber weiteren Traumata berücksichtigen zu können. Die behandelnde Psychiaterin berichtete im Übrigen stets von einem stationären Zustand und entsprechend den vom Beschwerdeführer be-

reits früher geklagten Beschwerden (Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme etc.). Sie scheint denn auch weiterhin von der Diagnose einer PTBS auszugehen. Zum Befund des "Malingering" führte die (sich ihrer "Parteilichkeit" bewusste) Psychiaterin wohlgermerkt aus, dass die Schilderungen des Patienten durchaus defizitbetont seien; er ringe um Anerkennung des Erlittenen (BF-act. 3).

5.3.3 Zusammenfassend liegt keine wesentliche dauerhafte und vor allem auch objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustandes (und auch keine in erwerblicher Hinsicht) vor, so dass keine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Neuprüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen bzw. ein Rentenanspruch zu verneinen ist. Die Gewährung von IV-Leistungen als Anerkennung des damals durch den als "übereissen" beurteilten Polizeieinsatz erlittenen "Bruchs" (vgl. BF-act. 3) – gleichsam einem Schadenersatz – fällt selbstverständlich ausser Betracht.

6. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

7. Das Verfahren ist gemäss Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers zu erheben, die auf Fr. 800.– festgesetzt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in nämlicher Höhe verrechnet wird (§ 22a Abs. 2 VRG i.V.m. § 1 der Verordnung über die Kosten im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht [KostenVO; BGS 162.12]; § 23 Abs. 1 Ziff. 3 VRG). Eine Parteientschädigung ist bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, die dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und – zum Vollzug von dessen Ziffer 2 – im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 25. August 2025

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am