

GR_GERICHTE SV1 2025 30 vom 29. Oktober 2025

GR Gerichte, 2025-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_sv1_2025_30

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 30 du 29 octobre 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 30 del 29 ottobre 2025

Regeste

Invalidenrente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Mai 2025 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer davon berührt und er weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten. 2.1. Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Dieser entstünde angesichts der Anmeldung im Oktober 2021 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. April 2022 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs), sofern bis dahin das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt war. Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass dem Beschwerdeführer ab dem 13. März 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. IV-act. 6 und 57; siehe ferner Case Report [IV-act. 232 S. 18]). Gleichermassen ist dem estimated-Gutachten vom 4. September 2024 zu entnehmen, dass die angestammte Tätigkeit als Schaler dem Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht anhaltend seit dem Unfall im März 2021 nicht mehr zumutbar ist (vgl. IV-act. 199 S. 46). Demnach ist das Wartejahr – entgegen den Angaben in der angefochtenen Verfügung (vgl. IV-act. 231) – als per

E. 5

/ 32 März 2022 erfüllt zu betrachten (siehe auch Case Report vom 8. Mai 2025 [IV-act. 232 S. 19]). 2.2. Uneins sind sich die Verfahrensbeteiligten hinsichtlich des Einkommens mit Invalidität und dabei insbesondere betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit sowie hinsichtlich des Einkommens ohne Invalidität. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer ab dem 7. März 2022 bis zum 31. August 2022 an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen hat, wofür er ab dem 1. Juni 2022 ein Taggeld beanspruchte (vgl. Mitteilung vom 1. Juni 2022 [IV-act. 52] und Verfügung für Taggeld vom 16. August 2022 [IV-act. 73]), weshalb er für diesen Zeitraum keinen Rentenanspruch hat (vgl. Art. 43 Abs. 2 IVG). 3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der

IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.1 f., 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.1), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung ab dem 1. April 2022 fände (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG), sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Rz. 9100 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025; <<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452> >]). 4.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG).

E. 5.1

Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2025 einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 90 % zumutbar sei. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das polydisziplinäre estimed-Gutachten vom 4. September 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2025 ab (vgl. IV-act. 199 und 227). 5.2.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall

E. 5.3

Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das estimed-Gutachten vom 4. September 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2025 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen deren

10 / 32 Zuverlässigkeit sprechen bzw. diese von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen werden. Während die Beschwerdegegnerin das estimed- Gutachten im Ergebnis für beweiswertig erachtet (vgl. IV-act. 231 und act. A.2 S. 8 f.), ist der Beschwerdeführer der Ansicht, aufgrund diverser Mängel seien weitere Abklärungen vonnöten. 6. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; WIEDERKEHR, Kommentar zum Bundesgesetz über den

Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N. 14 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.1, 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4 und 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5). 7. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auf fachärztlich diagnostizierte primäre Abhängigkeitssyndrome ausgedehnt. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. KSIR, Stand 1. Januar 2025, Rz. 1105).

E. 6

/ 32 4.2.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Diese richtet sich bei erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG, wobei der Bundesrat die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren umschreibt. Mithin ist in diesem Fall ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dazu wird 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 (sog. Invalideneinkommen bzw. Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen bzw. Einkommen ohne Invalidität). Gemäss Art. 25 Abs. 2 IVV sind die massgebenden Erwerbseinkommen nach Art. 16 ATSG in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen und richten sich nach dem Arbeitsmarkt in der Schweiz. Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). 4.2.2. Nach Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV bestimmt sich das Einkommen ohne Invalidität (sog. Valideneinkommen) anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität

tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Hinsichtlich der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (sog. Invalideneinkommen) sieht Art. 26bis Abs. 1 IVV was folgt vor: Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet. Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26bis Abs. 2 Satz 1 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26bis Abs. 3 IVV mit Verweis auf Art. 49 Abs. 1bis IVV in der bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Abs. 3

E. 7

/ 32 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1). 4.3. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (lit. c). Nach Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Art. 28b Abs. 4 IVG): Invaliditätsgrad Prozentualer Anteil 49 % 47.5 % 48 % 45 % 47 % 42.5 % 46 % 40 % 45 % 37.5 % 44 % 35 % 43 % 32.5 % 42 % 30 % 41 % 27.5 % 40 % 25 %

E. 8

/ 32 das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 5.2.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den

Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1,

E. 8.1

Soweit der Beschwerdeführer vorab in formeller Hinsicht seine Rechte bzw. das Zufallsprinzip verletzt sieht, weil die Beschwerdegegnerin das neuropsychologische Gutachten vor der polydisziplinären Begutachtung (direkt) angeordnet habe, anstatt die neuropsychologischen Einschränkungen im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung beurteilen zu lassen, kann ihm nicht gefolgt werden. Der Beschwerdegegnerin ist darin beizupflichten, dass die neuropsychologische Abklärung rechtsprechungsgemäss lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt. Es bleibt Aufgabe der psychiatrischen oder allenfalls der neurologischen Facharztperson, im Gutachten die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 7.3, 8C_556/2024 vom 29. April 2025 E. 4.2.1 und 8C_48/2024 vom 17. September 2024 E. 7.2.3). Dass eine begründete Indikation für eine solche neuropsychologische Abklärung vorlag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_255/2020 vom 13. August 2020 E. 3.2), ist unter den Verfahrensbeteiligten unbestritten (vgl. auch Austrittsbericht der E. _____ vom

E. 8.2

vorstehend). Diese Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung berücksichtigte und würdigte – wie bereits dargelegt – alsdann auch der psychiatrische Gutachter med. pract. I. _____. So stellte er die Diagnose einer leichten kognitiven Störung (ICD-10 F06.7) und ging von einer Einschränkung der Leistung von 10 % in einer leidensangepassten Tätigkeit, bedingt durch die auf neuropsychologischem Fachgebiet bestehenden Einschränkungen, aus (vgl. IV-act. 199 S. 186, S. 188 f. und S. 193). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden (vgl. Erwägung 8.3 vorstehend). Ebenso äusserte sich der psychiatrische Gutachter med. pract. I. _____ zu den psychischen Auswirkungen der Schmerzen, indem er festhielt, das Schmerzgeschehen hätte noch keinen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers gezeitigt, so dass noch die Diagnose einer Anpassungsstörung habe gestellt werden können (vgl. IV-act. 199 S. 196). Damit haben die Gutachter – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – die von diesem erwähnten Symptome in ihrer Beurteilung berücksichtigt. Ob die gutachterliche

Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation auch in allen Bereichen einleuchtet und ob sich die daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend erweisen, bleibt nachfolgend zu prüfen.

E. 8.3

Im Weiteren berücksichtige der psychiatrische estimed-Gutachter med. pract. I. _____ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung durch lic. phil. H. _____. Dazu war er – wie hiervor aufgezeigt – denn auch rechtsprechungsgemäss gehalten. Konkret hielt med. pract. I. _____ eine leichte kognitive Störung im Sinne einer leichten neuropsychologischen Funktionsschwäche (ICD-10 F06.7) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (vgl. IV-act. 199 S. 186), was sich mit dem neuropsychologischen Abklärungsergebnis von lic. phil. H. _____ – wie dargelegt – deckt. Dazu führte med. pract. I. _____ aus, im neuropsychologischen Abklärungsbericht vom 3. Januar 2024 sei eine neuropsychologische Funktionsschwäche mit leichter Beeinträchtigung in den Teilbereichen attentionaler, mnestischer und exekutiver Funktionen feststellbar gewesen. Die Störung könne multifaktoriell bedingt sein. Die angeführte unterdurchschnittliche Intelligenz (Nonverbal-IQ von 74) könne nach ICD-10 nicht als Intelligenzminderung verschlüsselt werden (vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014, S. 308 ff.). Eine wesentliche weitere Auswirkung, insbesondere vor dem Hintergrund der biographischen und berufsbiographischen Gegebenheiten beim Beschwerdeführer, könne aus psychiatrischer Sicht nicht festgestellt werden (vgl. IV-act. 199 S. 188 f.). Insofern fand eine gutachterlich-psychiatrische Würdigung der neuropsychologischen Testergebnisse statt, wobei med. pract. I. _____ übereinstimmend mit lic. phil. H. _____ den befundeten neuropsychologischen Einschränkungen funktionelle Auswirkungen zuschrieb und eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit auswies (vgl. IV-act. 199 S. 192 ff.; siehe ferner neuropsychologischer Abklärungsbericht vom 3. Januar 2024 [IV-act. 164 S. 18 ff.]). Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit in einer Verweistätigkeit scheint er dabei dem Umstand Rechnung getragen zu haben, dass lic. phil. H. _____ eine mögliche leichte Einschränkung aufgrund der attentionalen Beeinträchtigung auch bei kognitiv anspruchslosen Routineaufgaben durch einen erhöhten Kontrollaufwand zur Vermeidung von Fehlern, was die Effizienz vermindere, für möglich erachtete (vgl. IV-act. 164 S. 21). Dies wirkt sich letztlich zugunsten des Beschwerdeführers aus.

E. 9

/ 32 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4). 5.2.3. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2.

E. 9.1

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 5.2.1 ff. hiervor) ist festzustellen, dass das estimed-Gutachten vom 4. September 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2025 grundsätzlich in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 199 S. 5 ff., S. 76, S. 102, S. 132 f. und S. 167) sowie der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 199 S. 37 ff., S. 77 ff., S. 102 ff., S. 134 ff. und S. 167 ff.). Es basiert auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 199 S. 84 f., S. 111 ff., S. 142 ff. und S. 180 ff.). Die Gutachter nahmen ferner zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 199 S. 38 ff., S. 85 ff., S. 114 ff., S. 145 ff. und S. 184 ff.). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 199 S. 41): ■ Status nach Schulterprellung rechts (ICD-10 S40.0) am 13. März 2021 mit Ruptur des Musculus supraspinatus Schulter rechts (ICD-10 S46.0) und Tendinitis bicipitalis Schulter rechts (ICD-10 M75.2) sowie nachfolgender diagnostischer Arthroskopie mit Mini-open Refixation der Supraspinatussehne am 4. Juni 2021, mit verbliebener endgradiger Bewegungseinschränkung ■ Chronisches, zervikoradikuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.12) mit/bei • Bildgebend (MRI HWS 2022) foraminalen Einengungen C6 rechts sowie C7 beidseits • Keine eindeutigen, hierauf zurückzuführenden sensomotorischen Defizite • Elektrophysiologisch (somatosensorisch-evozierte Potentiale) unauffälligem Befund ■ Leichte kognitive Störung (leichte neuropsychologische Funktionsschwäche) (ICD-10 F06.7) Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten die Gutachter namentlich eine Osteochondrose L4/5 (bildgebend) mit Facettensyndrom links ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M42.96), eine Endgliedfraktur aller fünf Zehen rechts durch den Unfall vom 13. März 2021 ohne Folgebeschwerden (ICD-10 S92.5), eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) sowie eine einfache ADHS (ICD-10 F90.0). Dazu führten sie in der Gesamtbeurteilung aus, die massive Einschränkung im Bereich des rechten Armes mit ausstrahlendem Schmerzsyndrom nuchal und in die Brust könne neurologisch nur teilweise erklärt werden. Ein gewisses Schmerzsyndrom sei aber nachvollziehbar (vgl. IV-act. 199 S. 42). Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 10 %. Diese Arbeitsunfähigkeitsbemessungen stünden im Einklang mit der EFL-Abklärung (vgl. IV-act. 199 S. 44). Aus neurologischer Sicht sei eine optimal angepasste Tätigkeit eine nicht schwere körperliche Tätigkeit mit nur geringer Belastung der Halswirbelsäule, wobei eine gewisse Wechselbelastung bestehen sollte. Sodann

E. 9.2

Inwiefern – wie der Beschwerdeführer vorbringt – eine interdisziplinär abgestimmte Schlussbeurteilung fehlen soll, ist angesichts der vorstehend wiedergegebenen Konsensbeurteilung nicht nachvollziehbar.

E. 9.3

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, wichtige Symptome wie Konzentrationsstörungen, die Schmerzintensität, das Schmerzsyndrom, die psychischen Auswirkungen der Schmerzen sowie die kognitiven Einschränkungen seien unzureichend berücksichtigt worden, trifft dies nicht zu. So hielt der neurologische Gutachter Dr. med. J. _____ fest,

die massive Einschränkung im Bereich des rechten Armes mit ausstrahlendem Schmerzsyndrom nuchal und in die Brust könne neurologisch nur teilweise erklärt werden, wobei ein gewisses Schmerzsyndrom nachvollziehbar sei (vgl. IV-act. 199 S. 118). In diesem Zusammenhang verwies dieser auf die orthopädische Beurteilung. Der orthopädische Gutachter Dr. med. K. _____ setzte sich dahingehend mit der Schmerzintensität und dem Schmerzsyndrom auseinander, als er eine erhebliche Selbstlimitierung und Symptomausweitung feststellte und ausführte, zu Beginn der Untersuchung sei der Arm straff am Körper gehalten und die Schulter hochgezogen worden. Bei der Untersuchung habe sich die Schulter nur passiv bewegen lassen, was im krassen Widerspruch zum Aus- und Ankleiden bei der Untersuchung stehe, bei der der Beschwerdeführer den rechten Arm aktiv bewegt habe. Ebenso bestehe keine Inaktivitätsatrophie der rechten Schulter bzw. des rechten Armes gegenüber links bei normaler, seitengleicher Handbeschwellung. Das vorgegebene Ausmass der Beschwerden und Einschränkung im Bereich der rechten Schulter sei nicht

E. 9.4

Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, wenn er ausführt, die foraminale Einengungen C6 rechts sowie C7 beidseits seien im neurologischen Teilgutachten unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, nicht aber in der Konsensbeurteilung. So stellten die Gutachter – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit u.a. ein chronisches, zervikoradikuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.12) mit/bei bildgebend foraminale Einengungen C6 rechts sowie C7 beidseits fest (vgl. IV-act. 199 S. 41). Soweit der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang zudem vorbringt, er müsse sich aufgrunddessen einer Operation an der Wirbelsäule

18 / 32 unterziehen, ist dem entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter Dr. med. J. _____ keine ausgeprägten Defizite feststellen konnte. So führte dieser aus, ein schwereres sensomotorisches Defizit habe sich klinisch-neurologisch nicht nachweisen lassen und auch elektrophysiologisch seinen somatosensorisch- evozierte Potentiale unauffällig gewesen (vgl. IV-act. 199 S. 117). Ebenso wies Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, in seinem Bericht vom 29. November 2022 betreffend elektromyographische Untersuchung einen unauffälligen Befund ohne Hinweise auf eine akute oder chronische Denervierung aus und hielt fest, dass sich in der klinischen Untersuchung auch keine sicheren Paresen an beiden Armen und Händen gezeigt hätten (vgl. IV-act. 112). Nach Ansicht von Gutachter Dr. med. J. _____ ist ein operatives Vorgehen nicht zu favorisieren, sondern entsprechende konservative Therapien (vgl. IV-act. 199 S. 118; siehe ferner auch ergänzende Stellungnahme der estimed AG vom 1. April 2025 [IV-act. 227 S. 3]). Selbst der behandelnde Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 20. November 2024 mit einer gewissen Zurückhaltung zu einer diesbezüglichen Operationsindikation, wenn er ausführte, eine solche könne grundsätzlich gestellt werden, auch wenn die geschilderten Symptome nicht ganz gut zu den vorhandenen neuroradiologischen Befunden passen und gewisse Zweifel am Erfolg eines solchen Eingriffs bestehen würden (vgl. IV-act. 212 S. 8). Demzufolge kann der Beschwerdeführer aus der Behauptung, er müsse sich einer Operation an der Wirbelsäule unterziehen, nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 9.5

Soweit der Beschwerdeführer alsdann bemängelt, im estimated-Gutachten sei nicht vertieft dargelegt worden, inwiefern die Osteochondrose L4/5 keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, ist diese Kritik begründet. Der orthopädische Gutachter Dr. med. K. _____ wies als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit u.a. eine Osteochondrose L4/5 (bildgebend) mit Facettensyndrom links ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M42.96) sowie eine Foramenstenose C5/6 rechts (bildgebend) ohne radikuläre Symptomatik und aktuell stumm (ICD-10 M48.02) aus (vgl. IV-act. 199 S. 147). Aus neurologischer Sicht fand sich keine Erklärung für die lumbalen Schmerzen links, wobei der neurologische Gutachter Dr. med. J. _____ allgemein zur Einordnung des komplexen Schmerzsyndroms auf die orthopädische Beurteilung verwies (vgl. IV-act. 199 S. 117). Gutachter Dr. med. K. _____ setzte sich allerdings nicht mit den vom Beschwerdeführer bei der Befragung geklagten Beschwerden, wonach er seit einem Jahr auf der linken Lendenwirbelsäulenseite Schmerzen habe, welche ständig vorhanden und je nach Belastung und Wettersituation mal stärker oder schwächer seien, und auch eine Infiltration keinen Vorteil gebracht hätte (vgl. IV-

E. 9.7

Anzufügen ist, dass die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache grundsätzlich den Ärztinnen und Ärzten obliegt, nicht den Fachleuten der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_64/2024 vom 1. Mai 2025 E. 3.4 und 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.2.2). Vorliegend geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer den Einsatz bei C. _____ am 7. März 2022 mit einem Pensum von 50 % startete und dieses am 24. März 2022 auf 60 % steigerte. Dem Protokoll betreffend das erste Standortgespräch am 6. April 2022 ist zu entnehmen, dass sich beim Beschwerdeführer beim Zuschneiden von Putzlappen Schmerzen im Unterarm bemerkbar gemacht hätten. Bei der Arbeit mit einem Bolzenschneider sei er an die Schmerzengrenze gekommen, sobald er Druck auf den Bolzenschneider ausgeübt habe. Beim Schleifen mit der Maschine habe dem Beschwerdeführer die Vibration keine Mühe gemacht, jedoch das Eigengewicht und die Druckabgabe. Die Schmerzen seien jeweils langsam gekommen und hätten sich nach einer Pause wieder stabilisiert (vgl. IV-act. 45 S. 1). Um eine Überreizung zu verhindern, wurde vereinbart, das Pensum am 11. April 2022 auf 70 % zu steigern und zu halten sowie die am 25. April 2022 vorgesehene Steigerung auf 80 % auf den Mai zu schieben (vgl. IV-act. 45 S. 2). Am 22. April 2022 berichtete der zuständige Bereichsleiter gegenüber der Beschwerdegegnerin, dass die Schmerzen zugenommen und der Beschwerdeführer öfters die Schonhaltung eingenommen hätte. Letzterer versuche, das Pensum von 70 % zu halten. Der Bereichsleiter äusserte allerdings, dass dies seiner Meinung nach zu viel sei (vgl. IV-act. 46). Anlässlich des Standortgesprächs vom 2. Mai 2022 berichtete der

Beschwerdeführer, dass er

E. 11

/ 32 Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; KSIR, Rz. 1105 bzw. Anhang I [des KSIR]).

E. 11.1

Lediglich der Vollständigkeit halber erfolgen die nachfolgenden kurzen Ausführungen zum Validen- und Invalideneinkommen:

E. 11.2

Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (oder der Anspruchsänderung) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist grundsätzlich vom letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst auszugehen. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 und

E. 11.3

Für die Festsetzung des Einkommens mit Invalidität (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist – wie vorliegend – kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Sodann ist von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, abgestellt wird und vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist (BGE 148 V 174 E.6.2 und 124 V 321 E. 3b/aa; Urteile des Bundesgerichts 8C_603/2023 vom 25. September 2024 E. 4.2.1, 8C_829/2023 vom 12. Juli 2024 E. 5.1.1, 8C_632/2021 vom 2. Dezember 2021 E. 6.3.2). Anhaltspunkte für ein Abweichen vom Totalwert sind – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – im jetzigen Zeitpunkt nicht ersichtlich. Je nach Ausgang der weiteren Abklärungen und des neu zu erstellenden Zumutbarkeitsprofils wäre dies dannzumal nochmals neu zu beurteilen. 12. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 8. Mai 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 13.1. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei

Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig.

E. 15

/ 32

E. 16

/ 32 sollten keine ausgemachte Kraftentwicklung und Feinmotorik der rechten Hand bzw. des rechten Armes gefordert sein. Aus orthopädischer Sicht seien sämtliche Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen bezüglich der Schultergelenke mit leichten bis gegebenenfalls mittelschweren Belastungen ohne Überkopfarbeit und ohne rotierende Tätigkeiten mit der rechten Schulter optimal. Aus psychiatrischer Sicht seien Tätigkeiten, die keinen wesentlichen Anspruch an die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die Auffassung und die Flexibilität stellten, zumutbar, wobei das Arbeitstempo nicht von Maschinen vorgegeben werden sollte. Nacht-, Schicht- und Akkordarbeit seien ebenso ausgeschlossen wie Sicherungsarbeiten für Dritte (vgl. IV-act. 199 S. 46). Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in angestammter Tätigkeit anhaltend seit dem Unfall im März 2021 bestehe. Eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % in einer Verweistätigkeit möge sich schleichend nach der üblichen Rekonvaleszenzzeit nach dem Unfall im März 2021 und der folgenden arthroskopischen Versorgung eingestellt haben (vgl. IV-act. 199 S. 46 und S. 48).

E. 17

/ 32 glaubhaft (vgl. IV-act. 199 S. 146 und S. 148). Im Weiteren stellte lic. phil. H. _____ anlässlich seiner neuropsychologischen Untersuchung vom

E. 19

/ 32 act. 199 S. 134), ebenso wenig auseinander wie mit den bildgebend festgestellten Befunden betreffend die LWS und HWS. So zeigten sich in der MRT der HWS vom 30. September 2022 leichte ossäre degenerative Veränderungen der mittleren und unteren HWS mit kleinen ventralen und dorsalen Spondylosen sowie eine Diskopathie C5-C6 (vgl. IV-act. 100 S. 3). Ebenso ergab das MRI der LWS vom

E. 21

/ 32 besagte Bericht nachträglich im psychiatrischen Teilgutachten und in der Gesamtbeurteilung Berücksichtigung finden müssen, was nicht geschehen ist. Vielmehr nahmen die Gutachter erst in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 1. April 2025 zum Bericht der Q. _____ vom 25. November 2024 (vgl. IV-act. 212 S. 9), welcher eine Präzisierung des erstgenannten Berichts darstellt, Stellung (vgl. IV-act. 227). 9.6.2. Im Bericht der Q. _____ vom 3. Juni 2024 betreffend die ambulante Erstkonsultation wurde erstmals eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) als Hauptdiagnose und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) als Nebendiagnose ausgewiesen (vgl. IV-act. 196). Hinsichtlich der Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) führte der behandelnde Arzt der Q. _____ in seinem Bericht vom 25. November 2024 aus, eine solche sei durch eine über Monate/Jahre anhaltende, niedergeschlagene Stimmung gekennzeichnet, begleitet von einem völligen Verlust an Freude an den meisten Aktivitäten. Der Beschwerdeführer leide an Antriebslosigkeit und einem deutlichen Interessenverlust, was es ihm unmöglich mache, Aktivitäten zu unternehmen, die ihm früher Freude bereitet hätten. Diese Symptome

würden zusätzlich durch erhebliche Schlafstörungen verstärkt, die zu starker Erschöpfung und einer weiteren Reduzierung der Energie des Beschwerdeführers führten. Der Beschwerdeführer habe auch Schwierigkeiten mit der Konzentration und Entscheidungsfindung, was ihn in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit massiv einschränke (vgl. IV-act. 212 S. 10). Im Gegensatz dazu schlossen die estimed-Gutachter eine floride depressive Symptomatik und ganz sicher eine schwere depressive Episode im Zeitpunkt der Exploration aus (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 1. April 2025 [IV-act. 227 S. 2]). Der psychiatrische Gutachter med. pract. I. _____ konnte die vom behandelnden Arzt der Q. _____ erwähnte Niedergeschlagenheit, die Antriebslosigkeit und den Interessenverlust anlässlich seiner Begutachtung nicht feststellen. So hielt er bezüglich pathologischem Befund fest, die Affektivität habe sich stabil und ausgeglichen gezeigt. Die Schwingungsfähigkeit und Resonanzfähigkeit seien gut erhalten gewesen. Ebenso stellte Gutachter med. pract. I. _____ uneingeschränkte Gedächtnisfunktionen, ein erhaltenes Konzentrationsvermögen, eine bestehende Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit, keine Phobien oder Zwänge sowie einen regelrechten Antrieb fest (vgl. IV-act. 199 S. 180 ff.). Der Beschwerdeführer berichtete anlässlich der psychiatrischen Untersuchung, dass er weiterhin Freude erlebe, Spass habe und lachen könne. Über die familiären, tragenden Beziehungen hinaus bestünden auch noch soziale Kontakte zu Kollegen und Freunden (vgl. IV-act. 199 S. 169 f.). Der Ausschluss

E. 22

/ 32 einer schweren depressiven Episode ist aufgrund des vom psychiatrischen Gutachter med. pract. I. _____ anlässlich der Untersuchung vom 15. April 2024 festgestellten Psychostatus damit nachvollziehbar. Hierfür spricht auch die durchgeführte testpsychologische Zusatzuntersuchung (Hamilton Depressions- Skala), welche einen Punktwert (von 7) ergab, der gegen das Bestehen einer depressiven Störung spreche (vgl. IV-act. 199 S. 182). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lassen die Berichte der Q. _____ alsdann nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zwischen der Begutachtung im April 2024 und der Erstkonsultation bei der Q. _____ im Juni 2024 schliessen. Denn so geht aus dem Bericht der Q. _____ vom 3. Juni 2024 hervor, dass es dem Beschwerdeführer seit dem Unfall im Jahr 2021 psychisch schlecht gehe, dieser Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten seit ca. zwei bis drei Jahren kenne, weshalb der behandelnde Arzt diese Beschwerden als Begleitsymptome der Depression und nicht als ADHS interpretierte (vgl. IV-act. 196; vgl. auch Bericht der Q. _____ vom 25. November 2024, wo von Monaten/Jahren die Rede ist [IV-act. 212 S. 10]). Daraus erhellt, dass der behandelnde Arzt der Q. _____ von einer seit Jahren – und nicht erst seit der Begutachtung – bestehenden schwergradigen depressiven Episode ausgeht, was jedoch zudem der gutachterlich nicht explorierbaren floriden depressiven Symptomatik widerspricht und auch keine Stütze in den übrigen Akten findet. Ungeachtet des gutachterlicherseits nachvollziehbar begründeten Ausschlusses einer schweren depressiven Episode gilt hinsichtlich des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers zu berücksichtigen, dass am 4. August 2022 Dr. med. R. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete, der Beschwerdeführer wirke zunehmend depressiv, weshalb er die Entwicklung eines reaktiv-depressiven Zustandsbildes festhielt (vgl. IV-act. 71 S. 1 f.). Sodann wies Dr. med. P. _____ in ihrem Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2022 eine mittelgradige Depression aus (vgl. IV-act. 102 S. 2). Im Bericht der Schmerzlinik des N. _____ vom 12. April 2023 führten die Ärzte aus, die chronischen posttraumatischen Schmerzen hätten mittlerweile zu deutlich

negativen Auswirkungen auf das psychische Befinden und zu einem deutlichen sozialen Rückzug geführt. Sie gingen von einer Anpassungsstörung, differenzialdiagnostisch von einer mittelgradigen depressiven Episode, aus (vgl. IV-act. 129 S. 6 f.). Überdies berichtete Dr. med. S. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 30. August 2023 von einem schwer psychisch angeschlagenen Beschwerdeführer (vgl. IV-act. 148 S. 7). Ferner geht aus der Telefonnotiz vom 4. August 2023 hervor, dass die psychische Belastung beim Beschwerdeführer zunehme, er sich hilflos fühle, weinerlich am

E. 23

/ 32 Telefon wirke und die Verzweiflung hörbar sei (vgl. IV-act. 142). Med. pract. I. _____ ordnete die aktenkundig dokumentierte psychische Belastung des Beschwerdeführers als Anpassungsstörung ein und schrieb dieser keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (vgl. IV-act. 199 S. 188). Diesbezüglich fehlt es aber an einer detaillierten Begründung, weshalb die Anpassungsstörung keine funktionelle Auswirkung zeitigen soll. Wie dargelegt, bedarf es bei der Folgenabschätzung einer psychischen Erkrankung, so auch einer Anpassungsstörung, auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit eines konsistenten Nachweises mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren (vgl. Erwägung 7 vorstehend). Der psychiatrische Gutachter med. pract. I. _____ trug diesen Vorgaben nicht hinreichend Rechnung. Zudem erscheint der Schweregrad der retrospektiv eingeordneten Diagnose einer Anpassungsstörung vor dem Hintergrund des echtzeitlichen Berichts der Schmerzklinik des N. _____ vom 12. April 2023, worin differenzialdiagnostisch eine mittelgradige depressive Episode ausgewiesen wurde, erklärungsbedürftig (vgl. IV-act. 129 S. 6; vgl. ferner IV- Verlaufsbericht von Dr. med. P. _____ vom 6. Dezember 2022, in welchem ebenfalls über eine mittelgradige Depression berichtet wurde [IV-act. 102 S. 2]). Zumal die Punktezahl der damals durchgeführten testpsychologischen Untersuchung – im Gegensatz zur Hamilton Depressions-Skala anlässlich der Exploration, welche gegen eine depressive Störung sprach (vgl. IV-act. 199 S. 182) – einen auffälligen Depressionscore aufwies (vgl. IV-act. 129 S. 6) und Gutachter med. pract. I. _____ zumindest zu Beginn der Untersuchung einen belasteten, bedrückten, betrübten, verzagten und sorgenvollen Beschwerdeführer wahrnahm, welcher bei emotional belastenden Themen geweint habe (vgl. IV-act. 199 S. 180). Gleichermassen stellte der internistische Gutachter Dr. med. O. _____ fest, dass die Stimmung des Beschwerdeführers bedrückt und der Beschwerdeführer teilweise verzweifelt wirke (vgl. IV-act. 199 S. 83). 9.6.3 Der behandelnde Arzt der Q. _____ erachtete – wie dargelegt – zudem die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung als erfüllt. So seien beim Beschwerdeführer anhaltende Schmerzen in einem oder mehreren Körperbereichen über mindestens sechs Wochen, die das tägliche Leben erheblich einschränkten, und das Fehlen einer klaren somatischen Ursache für die Schmerzen gegeben. Die Schmerzen stünden in direktem Zusammenhang mit der schweren depressiven Episode und die Kombination dieser beiden Faktoren führe zu einer massiven Beeinträchtigung des Alltags. Die psychische Belastung verstärke die Schmerzsymptomatik, was einen Teufelskreis auslöse, der es dem Beschwerdeführer unmöglich mache, seine täglichen Aufgaben zu bewältigen und

E. 24

/ 32 seiner Arbeit nachzugehen (vgl. Bericht der Q. _____ vom 25. November 2024 [IV-act. 212 S. 9 f.]). Demgegenüber verneinten die estimed-Gutachter die Kriterien für eine Diagnose aus dem somatoformen Diagnosespektrum, da das wichtige Diagnosekriterium des Bestands einer Beziehung zu einem (unbewussten) intrapsychischen Konflikt fehle (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 1. April 2025 [IV-act. 227 S. 1 f.]). Die vorherrschende Beschwerde einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, wobei diese schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 233). Vor diesem Hintergrund überzeugt die Begründung der estimed-Gutachter betreffend Ausschluss einer solchen somatoformen Schmerzstörung nicht. Einerseits begründete der psychiatrische Gutachter med. pract. I. _____ das Fehlen eines intrapsychischen Konfliktes in keiner Weise. So wäre beispielsweise zu diskutieren gewesen, ob im Unfall vom 13. März 2021 mit nachfolgendem negativem Krankheitsverlauf mit stetigen Schmerzen, Versagen diverser Therapiemassnahmen und fehlender Besserung des Gesundheitszustandes (vgl. IV-act. 199 S. 37), welche er im Sinne einer somatopsychischen Auswirkung der körperlichen Erkrankung als Anpassungsstörung einordnete (vgl. IV-act. 199 S. 188), allenfalls ein solcher Konflikt zu sehen wäre. Andererseits schloss med. pract. I. _____ eine Diagnose aus dem somatoformen Diagnosespektrum auch deshalb aus, da aufgrund der Akten davon auszugehen sei, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und die daraus resultierenden Einschränkungen vorwiegend somatisch bedingt seien (vgl. IV-act. 199 S. 187). Anlässlich der Konsensbeurteilung vom 4. September 2024 hätte er jedoch feststellen müssen, dass sowohl der orthopädische Gutachter als auch der neurologische Gutachter die geklagten Beschwerden teilweise nicht erklären konnten (vgl. IV-act. 199 S. 40 und S. 42), womit es einer eingehenden Diskussion einer Diagnose aus dem somatoformen Spektrum bedurft hätte. Dem steht auch nicht entgegen, dass sich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung – abgesehen von den Berichten der Q. _____ – nirgends sonst in den (Vor-)Akten findet, zumal med. pract. I. _____ letztlich selber festhielt, dass der seelisch- psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in Zukunft von der Schmerzsituation abhängig sein dürfte und sich eine ausgeprägte somatopsychische Auswirkung beim Beschwerdeführer einstellen könnte (vgl. IV- act. 199 S. 191), womit er eine solche gerade nicht per se ausschliesst. Vor diesem Hintergrund greift der im psychiatrischen Teilgutachten und auch in der

E. 25

/ 32 ergänzenden Stellungnahme vom 1. April 2025 kaum begründete Ausschluss einer somatoformen Schmerzstörung zu kurz. Vielmehr bedarf es weiterer Abklärungen.

E. 26

/ 32 ständig Schmerzen innerhalb der Schulterpartie habe. Bereits bei leichten Tätigkeiten verspüre er Muskelkater über die ganze Brust. Hinsichtlich des Verlaufs des Arbeitstrainings ist dem Protokoll zu nehmen, dass mit der Pensumssteigerung auf 70 % am 11. April 2022 sich sogleich auch die Schmerzen des Beschwerdeführers erhöht hätten, weshalb dieser auch mehrmals ausgefallen sei. Der Beschwerdeführer versuche, pflichtbewusst seiner Tätigkeit nachzugehen, doch am Nachmittag würden seine Kräfte nachlassen und die Schmerzgrenze sei erreicht. Die Bereichsleitung entschied daher, die

Zielvereinbarung vom 29. März 2022, wonach alle 14 Tage eine Steigerung von 10 % erfolgen sollte, nicht mehr zu verfolgen, da dies zurzeit nicht gesundheitsfördernd sei (vgl. IV-act. 59). Im folgenden Monat wurde das Pensum wieder auf 60 % reduziert und der Beschwerdeführer erhielt nur leichte und einfache Tätigkeiten zugeteilt, wobei er bei diesen seinen Arm jeweils am Rumpf abstützte und seine Schulter schonte. Am 2. Juni 2022 habe der Beschwerdeführer beim Bereichsleiter um eine leichtere Tätigkeit ersucht, da er erhebliche Schmerzen gehabt hätte. Sowohl bei der Gesundheit als auch der Beweglichkeit des Armes seien aktuell keine Fortschritte zu sehen (vgl. Protokoll Standortgespräch vom 7. Juni 2022 [IV-act. 63]). Eine erneute Steigerung auf 70 % konnte in der Folge nicht erreicht werden. Vielmehr ist dem Protokoll betreffend das Standortgespräch vom 3. August 2022 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Längerem im Stillstand stehe. Durch die Schmerzen und durch die Unbeweglichkeit der Schulter sei kein Weiterkommen erreicht worden. Vibrierende Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer nicht ausüben, ebenso wenig Arbeiten mit geringen Gewichten oder geringsten Bewegungen der Schulter. Der Beschwerdeführer versuche immer wieder, seine Schmerzgrenze auszureizen, was dazu führe, dass er die Folgetage mehr Schmerzen habe. Er presse seinen Arm fest an seinen Körper, um die Schulter zu schonen und doch irgendwie seiner Tätigkeit nachzukommen (vgl. IV-act. 75). Im weiteren Verlauf des Monats August konnte die Situation nicht verbessert werden. Der Beschwerdeführer klagte über mehr Schmerzen, neu auch in der anderen Schulter. Der Bereichsleiter gab an, dass der Beschwerdeführer die Aufträge jeweils angenommen und versucht habe, diese pflichtbewusst auszuführen. Der Zustand seiner Beschwerden sei gleich geblieben mit einer Tendenz zur Verschlechterung. Die Freude und Motivation habe nun stetig abgenommen, da der Beschwerdeführer rasch seine Grenzen erreicht und dieser mehr gewollt habe. Er sei durch seine Beschwerden gebremst worden und habe mit seiner Psyche zu kämpfen gehabt. Aufgrund dessen wurde das Einsatzprogramm per 31. August 2022 beendet (vgl. Protokoll Standortgespräch vom 30. August 2022 [IV-act. 78]). Aus dem Schlussbericht vom 31. August 2022 geht ein positives Bild des Beschwerdeführers hervor. So sei der Beschwerdeführer während der ganzen Einsatzzeit

E. 27

/ 32 pflichtbewusst und zielstrebig gewesen und habe eine hohe Motivation und Interesse gezeigt. Manchmal habe er sich zu viel zugetraut. Er habe sich rasch in das Team integriert und sei von diesem unterstützt worden. Er habe den Kollegen gerne seine Hilfe angeboten und habe durch seine Erfahrung Tipps weitergeben können. Durch sein Handicap an der rechten Schulter habe beim Beschwerdeführer die Beweglichkeit und die Geschwindigkeit gefehlt, so dass sich Quantität und Qualität nicht die Waage gehalten hätten (vgl. IV-act. 79 S. 8). Nach dem Ausgeführten ist festzuhalten, dass es dem Beschwerdeführer während des Arbeitsversuchs bei C. _____ vom 7. März 2022 bis zum 31. August 2022 trotz vorhandener Motivation und Kooperation nicht möglich war, einem 60-70 % Arbeitspensum nachzugehen. Bereits leichte und einfache Tätigkeiten bereiteten ihm Mühe, führten zu Schmerzen und zur Einnahme einer Schonhaltung. Inwiefern die estimed-Gutachter demgegenüber auf eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer adaptierten Tätigkeit schlossen, bedarf daher einer eingehenden Erläuterung. Insbesondere befasste sich der orthopädische Gutachter Dr. med. K. _____ – trotz entsprechender Aufforderung seitens der Beschwerdegegnerin – nicht näher mit den Ergebnissen der Eingliederungsmassnahmen (vgl. IV-act. 199 S. 154). Dies hätte sich allerdings sowohl hinsichtlich des zumutbaren Pensums als auch mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil

aufgedrängt. Denn soweit aus orthopädischer Sicht sämtliche Tätigkeiten unterhalb der Horizontale bezüglich der Schultergelenke mit leichten bis mittelschweren Belastungen ohne Überkopfarbeit und ohne rotierende Tätigkeiten mit der rechten Schulter als optimal bezeichnet werden (vgl. IV-act. 199 S. 46), erscheint dies aufgrund der beruflichen Abklärung bei C._____ fraglich. So machten sich auch bei Arbeiten unterhalb der Horizontalen bezüglich der Schultergelenke, wie beispielsweise beim Zuschneiden von Putzlappen, der Druckabgabe auf Gegenstände und dem Zuschnüren von Dekobürdeli, Schmerzen bemerkbar (vgl. IV-act. 45 S. 1). Ebenso ist erklärungsbedürftig, inwiefern die im Rahmen der Eingliederung ausgeübten Tätigkeiten aus neurologischer Sicht zumutbar waren, wenn gemäss dem Anforderungsprofil keine ausgemachte Kraftentwicklung und Feinmotorik der rechten Hand bzw. des rechten Armes gefordert sein sollten (vgl. IV-act. 199 S. 46). Um die vorstehend erwähnten Diskrepanzen zu bereinigen, ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme notwendig. 10.1. Insgesamt betrachtet stellt das estimed-Gutachten vom 4. September 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2025 (vgl. IV-act. 199 und 227) keine beweiswertige Beurteilung dar, mit welcher das Vorliegen einer Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer leidensangepassten Tätigkeit nachvollziehbar begründet worden

E. 28

/ 32 wäre. Darauf kann somit nicht abgestellt werden. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweiswürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.). 10.2. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, zumal sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unzureichend abgeklärt präsentiert und letztlich auf das estimed-Gutachten vom 4. September 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 1. April 2025 abgestellt wurde, obwohl dieses keine schlüssige Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Folgenabschätzung enthält, weshalb die massgebliche Frage des Umfangs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bisweilen immer noch offen ist und ergänzender fachärztlicher Klärung bedarf. Da sich das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auch nicht gestützt auf die übrige Aktenlage zuverlässig und umfassend einschätzen lässt, erweist sich ein reformatorischer Entscheid im Sinne einer Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung, wie dies vom Beschwerdeführer im Hauptrechtsbegehren beantragt wird, als verfrüht. Im Einklang mit BGE 137 V 210 ist die Sache daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2025 zu weiteren Abklärungen hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, die eine neue externe Begutachtung zu veranlassen haben wird.

E. 29

/ 32 BGE 129 V 222 E. 4.3.1). Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte für die Einkommensermittlung, so ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen, wie sie in der LSE enthalten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_53/2023 vom 31. August 2023 E. 2.5.1 und 8C_572/2021 vom 19. Januar 2022 E. 3.1). Die Beschwerdegegnerin legte dem in der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2025

ausgewiesenen, auf das Jahr 2024 indexierten Valideneinkommen von CHF 84'318.00 den im Auszug des individuellen Kontos ausgewiesenen Jahreslohn von CHF 80'605.00 zugrunde (vgl. Invaliditätsbemessung vom 8. Mai 2025 [IV-act. 230] sowie Auszug aus dem individuellen Konto [IV-act. 30 S. 4]). Dieses Vorgehen ist korrekt und steht im Einklang mit der Rechtsprechung. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist nicht auf ein theoretisch errechnetes Valideneinkommen abzustellen.

E. 30

/ 32 Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 fest. Gemäss ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.1). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten somit der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG). 13.2. Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Satz 1 ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_519/2020 vom 6. Mai 2021 E. 2.2, 9C_64/2019 vom 25. April 2019 E. 4, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2 und 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 HV (Honorarverordnung; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie vom (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Ausgangspunkt ist die durch den Rechtsvertreter eingereichte Honorarnote. 13.3. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte trotz Aufforderung seitens des Gerichts am 22. August 2025 keine Honorarnote ein. Bei den Akten findet sich allerdings eine Honorarvereinbarung über einen Stundenansatz von CHF 300.00 (act. G.1). Bei Einreichen einer Honorarvereinbarung wird der geltend gemachte Stundensatz übernommen, sofern dieser den Ansatz von CHF 270.00 nicht überschreitet (vgl. dazu Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden R 18 17 vom 18. September 2019 E. 9.2.1, U 16 92 vom 25. Oktober 2017 E. 13b, S 17 15 vom 27. September 2017 E. 7b; siehe Art. 3 Abs. 1 HV [BR 310.250]). In Berücksichtigung des bei Einreichung einer Honorarvereinbarung geltenden Stundenansatzes von höchstens CHF 270.00 erscheint aufgrund des durchgeführten einfachen Schriftenwechsels und der ausführlichen Wiedergabe der Akten in der Beschwerde eine pauschale Parteientschädigung von CHF 2'500.00

E. 31

/ 32 (inkl. Barauslagen und MWST) angemessen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen.

E. 32

/ 32 Es wird erkannt:

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