

GR_GERICHTE SV1 2025 57 vom 19. Januar 2026

GR Gerichte, 2026-01-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_57

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 57 du 19 janvier 2026

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 57 del 19 gennaio 2026

Regeste

Anspruch auf 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 10. September 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 – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägung 2.1 – einzutreten. 2.1. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abschlägig beschieden hat. Dieser entstände angesichts der Anmeldung im September 2019 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. März 2020 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs), sofern bis dahin das Wartejahr erfüllt war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Wartejahr unstrittig als per Juni 2020 erfüllt zu betrachten ist (vgl. Case Report [IV-act. 261 S. 33]; siehe auch estimed-Gutachten vom 9. April 2025 [IV-act. 241 S. 73 und S. 242 f.]). Soweit der Beschwerdeführer die Zusprache von anderen gesetzlichen Leistungen als eine Invalidenrente beantragt, ist darauf nicht einzutreten, zumal ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bereits am 8. Mai 2024 verneint wurde (vgl. IV-act. 209). Überdies bezieht sich auch die Beschwerdebegründung (vgl. zur Auslegung der Rechtsbegehren nach Treu und Glauben, insbesondere im Lichte der dazu gegebenen Begründung: Urteil des Bundesgerichts 9C_8/2012 vom 12. März 2012 E. 1.1) einzig auf einen möglichen Rentenanspruch (vgl. act. A.1 und A.3).

E. 6

/ 35 2.2. Vorliegend ist die (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierter Tätigkeit umstritten. Soweit Letzterer in seiner Beschwerde an verschiedenen Stellen darauf hinweist, dass die im estimed-Gutachten vom 9. April 2025 in Bezug auf die angestammte Tätigkeit ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 40 % angesichts der von der Unfallversicherung hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit als Schaler angenommenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei, erübrigen sich daher mangels Entscheiderrelevanz Weiterungen dazu. 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). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 149 II 320 E. 3, 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2). Entsprechend ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Gemäss lit. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen bleibt für Rentenbezüger, deren Rentenanspruch vor dem Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die in diesem Zeitpunkt – wie hier – das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert. Diesfalls gelangt das ab dem 1. Januar 2022 geltende revidierte Recht zur Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_823/2023 vom

E. 8

/ 35 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; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 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 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C_166/2022 vom

E. 13

/ 35 ■ Aktuell unauffälliger neuro-vestibulärer Untersuchungsbefund ■ Verdacht auf ein radikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom C6 rechts (ICD-10: G55.1) o

Hypästhesie Digitus I und II rechts o Chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom seit Polytrauma vom 3. September 2019 ■ Status nach Schulter-Distorsionstrauma vom 18. Mai 2018 (ICD-10: S43.4) o Status nach Schulterarthroskopie, Bizepstenotomie, Debridement und Gelenkskörperentfernung Schulter rechts ■ Leichte kognitive Störung, insgesamt leichter Ausprägungsgrad (ICD-10: F06.7) In Bezug auf die Herleitung und Begründung der Diagnosen verwiesen die Gutachterin und Gutachter im Rahmen der Konsensbeurteilung auf die Ausführungen in den entsprechenden Teilgutachten (vgl. IV-act. 241 S. 66). Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde bzw. Diagnosen führten sie aus, aus rein allgemein-internistischer, kieferchirurgischer und psychiatrischer Sicht seien bei fehlenden IV-relevanten Diagnosen keine funktionellen Einschränkungen zu diskutieren. Auf orthopädischem Fachgebiet lägen die Funktions- bzw. Bewegungseinschränkungen des Beschwerdeführers nahezu ausschliesslich im Bereich der Halswirbelsäule und im geringeren Masse auch im Bereich der rechten Schulter. Auf neurologischem Fachgebiet werde der Beschwerdeführer durch die chronischen Nackenschmerzen, vermehrte Erschöpfbarkeit sowie Schwindelbeschwerden in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Aus neuropsychologischer Sicht handle es sich um eine Störung, die charakterisiert sei durch Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten, die generell knapp altersentsprechend ausgeprägte exekutive Funktionstüchtigkeit und die leicht verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren zu können (vgl. act. 241 S. 70 f.). Während die Gutachterin und Gutachter in Bezug auf die bisherige Tätigkeit von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen, erachteten sie den Beschwerdeführer in einer optimal angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Wechselbelastung zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Zwangshaltungen und permanente Rotationsbewegungen im Halswirbelsäulenbereich, ohne Hebe- und Tragebelastungen über Schulterhöhe von mehr als 15 kg, ohne Arbeiten in potenziell gefährlichen Positionen, ohne grössere Anforderungen an die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie die deutschsprachliche Verständnis- und Verständigungsfähigkeit) – abgesehen von Rekonvaleszenzphasen nach

E. 14

/ 35 operativen Eingriffen – seit dem 5. Februar 2020 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 241 S. 74 ff.). 9.1. Der Beschwerdeführer bringt im Rahmen seiner formellen Kritik am estimated- Gutachten des Weiteren vor, dass keine Konsensdiskussion erfolgt sei. Dem Abschnitt "Angaben zur Entstehung des Konsenses mit Unterschriften" der interdisziplinären Gesamtbeurteilung lässt sich entnehmen, dass die Konsensbeurteilung der estimated AG in drei Schritten zustande kommt: Zunächst findet eine interdisziplinäre Konsensfindung statt. Dabei erfolgt eine erste Konsensdiskussion elektronisch auf einem interaktiven Medium, wobei der Fallführer allen am Gutachten involvierten Teilgutachtern einen Entwurf der Konsensbeurteilung vorlegt. Diese können entweder ihr Einverständnis damit bekunden oder formelle und materielle Änderungswünsche anbringen. Letztere werden vom Fallführer entweder direkt übernommen oder es findet diesbezüglich eine erneute interdisziplinäre Konsensdiskussion statt. Ein Verzicht auf eine Konsensdiskussion ist nicht erlaubt. In einem zweiten Schritt erfolgt im Sinne einer internen Qualitätssicherung eine fachärztliche Supervision durch zwei Vertreter der ärztlichen Leitung der estimated AG, die am Gutachten nicht beteiligt sind. Diese Supervision berücksichtigt sowohl formelle als auch materielle (versicherungs-)medizinische Aspekte. Allfällige gerügte Mängel werden anschliessend vom Fallführer entweder behoben oder es wird bei divergenter Ansicht erneut

eine interdisziplinäre Konsensdiskussion eröffnet. In einem letzten Schritt stimmen alle an der Konsensbeurteilung Beteiligten (Teilgutachter und Supervisoren) der Endfassung durch ihre elektronische Unterschrift zu (vgl. IV-act. 241 S. 77). Dass sich der fallführende Experte Dr. med. Kordish (vgl. IV-act. 241 S. 61) im Rahmen der interdisziplinären Konsensfindung mit der Gutachterin und den Gutachtern auf dem internen elektronischen Weg ausgetauscht hat, ist rechtsprechungsgemäss nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.2). Insofern kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, wenn er vorbringt, dass die erforderliche Konsensdiskussion nicht stattgefunden habe. Auf der Grundlage dieser Konsensdiskussion erfolgte sodann die abschliessende, gesamthafte Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, was dem Zweck interdisziplinärer Gutachten entspricht (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 und 137 V 210 E. 1.2.4; Urteile des Bundesgerichts 8C_460/2024 vom 27. November 2024 E. 5.2.2 und 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.2). Schliesslich haben die Gutachterin und Gutachter mit ihrer elektronischen Unterschrift erklärt, die interdisziplinäre und versicherungsmedizinische Beurteilung eingesehen zu haben und damit einverstanden zu sein (vgl. IV-act. 241 S. 78 f.).

E. 14.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. 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

E. 14.2

Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zulasten 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 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_455/2022 vom 13. November 2023 E. 11.3.1, 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. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seinen der Eingabe vom 4. Dezember 2025 beigelegten Kostennoten vom 17. Juli 2025, 5. September 2025, 13. November 2025 und 3. Dezember 2025 ein Honorar von insgesamt CHF 8'053.80 für den Zeitraum vom 19. Mai 2025 bis zum 27. November 2025 geltend (vgl. act. G.2 ff.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass keine Honorarvereinbarung im Recht liegt, weshalb der geltend gemachte Stundenansatz von CHF 350.00 praxisgemäss auf CHF 240.00 herabzusetzen ist (vgl. statt vieler: PVG 2022 Nr. 20 E. 7.2.3). Zudem können die Positionen betreffend den Zeitraum vom 19. Mai 2025 bis zum 11. September 2025 nicht dem vorliegenden Beschwerdeverfahren zugeordnet

werden, weshalb die eingereichten Honorarnoten um diese Positionen zu kürzen sind. Dasselbe gilt für jene vom 4. und 5. November 2025, welche ein Verfahren der Suva betreffen. Auch der übrige geltend gemachte Aufwand, insbesondere in Bezug auf das Verfassen der Beschwerdeschrift, erscheint als zu hoch, da der Beschwerdeführer darin die bereits im Einwandverfahren vorgebrachten Argumente teilweise wiederholt. Somit ist die Parteientschädigung für den Beschwerdeführer ermessensweise auf pauschal

E. 15

/ 35 Ein formeller Mangel, wie er vom Beschwerdeführer beanstandet wird, ist nach dem Gesagten nicht auszumachen. 9.2. Soweit der Beschwerdeführer in Bezug auf die Konsensbeurteilung unter Verweis auf Ziff. 2.1.1 "Kontext des Auftrages" der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung vorbringt, dass die Gutachterin und Gutachter nicht einmal gewusst hätten, an welchen Verletzungen er leide, ist festzuhalten, dass es sich bei den diesbezüglichen Ausführungen um den Auftrag der IV-Stelle an die estimed AG handelt (vgl. IV-act. 241 S. 2; siehe auch Case Report [IV-act. 261 S. 37] sowie Informationsblätter "Anlass und Umstände der Begutachtung" und "Gliederung des Gutachtens" [IV-act. 228 f.]). Zudem waren der Gutachterin und den Gutachtern das im September 2019 erlittene Polytrauma und die damit zusammenhängenden Verletzungen samt der in der Folge durchgeführten Operationen bekannt. So wurde in der Konsensbeurteilung in Ziff. 4.1.1 "Früher beklagte Beschwerden und Krankheitsverlauf" unter Bezugnahme auf die massgeblichen Berichte insbesondere ausgeführt, am 3. September 2019 habe der Beschwerdeführer nach einem Sturz aus zwei Metern ein Polytrauma erlitten. Es seien eine Diskektomie C6/7 und C7/Th1 sowie eine ventrale interkorporelle Spondylodese C6-Th1 mit einer Vectra-Platte erfolgt. Zusätzlich sei es zu einer Verletzung des zygomaticomaxillären Komplexes links mit dislozierter Orbitabodenfraktur und einer Fraktur des Processus coronoideus der linken Mandibula gekommen. Es sei eine Osteosynthese erfolgt (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 65]). Auch wurde das erlittene Polytrauma bei den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 69]). Insofern vermag der Einwand des Beschwerdeführers, wonach der Gutachterin und den Gutachtern der medizinische Sachverhalt nicht bekannt gewesen sei, nicht zu verfangen. 9.3. Soweit der Beschwerdeführer bezüglich der Konsensbeurteilung sodann vorbringt, in Ziff. 4.1.2 "Aktuell beklagte Beschwerden" sei nicht erwähnt worden, dass er an erheblichen Schmerzen – insbesondere Kopfschmerzen – und Schlafproblemen leide, ist ihm entgegenzuhalten, dass neben dem Aufführen von verschiedenen beklagten Beschwerden (erhöhter Blutdruck, Probleme mit der Wirbelsäule sowie im Bereich des rechten Schultergelenks, Müdigkeit, Schwindel, Taubheitsgefühl in der linken Wange sowie im Mund oberhalb der linken Oberkieferzähne, Konzentrationsschwierigkeiten) darauf hingewiesen wurde, dass diese und weitere gegenüber den verschiedenen Teilgutachtern geäusserten Beschwerden in den entsprechenden Teilgutachten gewürdigt worden und in die Diagnoseliste eingeflossen seien; die Gesamtheit der Beschwerden sei

E. 16

/ 35 interdisziplinär im Konsens berücksichtigt worden (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 66]). Zudem führt der Beschwerdeführer in Bezug auf die beklagten Kopfschmerzen selber aus, dass der neurologische Gutachter diese bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen habe (vgl. Beschwerde vom 10. Oktober 2025 Rz. 32 [act. A.1]; siehe auch interdisziplinäre

Gesamtbeurteilung und neurologisches Teilgutachten mit als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesenem Spannungskopfschmerz [IV-act. 241 S. 70 und S. 162]). Abgesehen davon gab der Beschwerdeführer anlässlich der neurologischen Begutachtung selber an, eigentliche Kopfschmerzen nur selten zu haben (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 148]). Sodann weist der Beschwerdeführer auch hinsichtlich der beklagten Schlafprobleme in seiner Beschwerde darauf hin, dass diese vom neurologischen Gutachter als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden seien (vgl. act. A.1 Rz. 32; siehe auch interdisziplinäre Gesamtbeurteilung und neurologisches Teilgutachten mit als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesener Insomnie [IV-act. 241 S. 70 und S. 162]; siehe ferner neurologisches Teilgutachten, wonach der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration angab, an Schlafproblemen zu leiden [IV-act. 241 S. 147 und S. 151]). Zudem sind die Schlafprobleme – soweit sie mit einer Tagesmüdigkeit und einer vermehrten Erschöpfbarkeit einhergehen – in die Folgenabschätzung auf neurologischem Fachgebiet eingeflossen (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 163 f.]). Ebenso berücksichtigte das estimed-Gutachten die Nackenschmerzen bzw. die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 69], neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 147 ff.] und orthopädisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 221 f. und S. 238]). Vor diesem Hintergrund kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, wenn er geltend macht, dass die geklagten Schmerzen und Beschwerden im Rahmen der Konsensbeurteilung ignoriert worden seien. 9.4. Ferner bringt der Beschwerdeführer vor, bei den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.3.1 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung) fehle die Angabe, dass er eine traumatische Hirnverletzung erlitten habe. Dies werde lediglich mit einer leichten kognitiven Störung umschrieben. Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Im Rahmen der Konsensbeurteilung wurde nämlich als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere ein Status nach Schädelhirntrauma im Rahmen eines Polytraumas nach Sturz aus zwei Metern Höhe am 3. September 2019 (ICD-10: S06.0) bei einer initial fünfminütigen Bewusstlosigkeit und einer antero-/retrograden Amnesie (ICD-10: S06.70), einer Kalottenfraktur links temporal ins Felsenbein

E. 17

/ 35 ziehend mit kleinem Epiduralhämatom (2 mm; ICD-10: S06.4), einer Subdural- und Subarachnoidalblutung temporal rechts (8 mm, ICD-10: S06.5 / S06.6), einer Jochbein-, Orbitaboden- sowie Kalottenfraktur links (2019; ICD-10: S02.60), einer Fraktur des Processus articularis C7 und einer Avulsion der dorsalen Spondylophyten C6 sowie einer Fraktur des Processus costalis am BWK1 ausgewiesen (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 69]). Insofern wurden die erlittene Hirnverletzung und deren Folgen im Rahmen der Konsensbeurteilung berücksichtigt. Zudem wies der neuropsychologische Gutachter Dr. phil. H._____ in seinem Teilgutachten eine leichte kognitive Störung, insgesamt leichter Ausprägungsgrad (ICD-10: F06.7), mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dazu hielt er insbesondere fest, es handle sich dabei um eine Störung, die charakterisiert sei durch Gedächtnisstörungen (vorliegend generell knapp altersgerecht ausgeprägt, wobei das visuell-figurale Arbeitsgedächtnis in mässiggradigem Ausmass beeinträchtigt sei), Lernschwierigkeiten (vorliegend generell in leichtgradigem Ausmass beeinträchtigt), die exekutive Funktionstüchtigkeit (vorliegend generell knapp altersentsprechend ausgeprägt) und die leicht verminderte Fähigkeit, sich längere Zeit auf eine Aufgabe konzentrieren zu können (vorliegend generell knapp

altersentsprechend ausgeprägte Reaktionsgeschwindigkeit). Es bestehe beim Beschwerdeführer ein Gefühl geistiger Ermüdung beim Versuch, Aufgaben zu lösen (vorliegend leichtgradig verminderte Verarbeitungsgeschwindigkeit). Keines dieser Symptome sei allerdings so schwerwiegend, dass die Diagnose einer Demenz oder eines Delirs gestellt werden könne. Die Diagnose sollte nur in Verbindung mit einer körperlichen Krankheit gestellt werden. Diese Kriterien könnten im vorliegenden Fall als erfüllt betrachtet werden (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 204 f.]). Insofern wurden im Rahmen der neuropsychologischen Diagnose auch die kognitiven Defizite des Beschwerdeführers berücksichtigt. 9.5. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass die von der Gutachterin und den Gutachtern ausgewiesene volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit mit der neuropsychologischen Einschätzung des I._____ divergiere, in welcher theoretisch auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % bis 30 % erkannt worden sei, ist darauf hinzuweisen, dass dem neuropsychologischen Gutachter Dr. phil. H._____ die im I._____ am 24. April 2023 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung und die dabei erfolgte Einschätzung einer 10 bis 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bekannt waren (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 178 f. und S. 206 f.]; siehe auch Bericht des I._____ vom 25. April 2023 [IV-act. 157 S. 2 ff.]). Zudem ging der neuropsychologische Gutachter Dr. phil. H._____ aufgrund der von ihm diagnostizierten leichten

E. 18

/ 35 kognitiven Störung in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers von einer Leistungsminderung von 30 % aus (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 205 f.]; siehe auch die im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung betreffend die Neuropsychologie ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit von 30 % [IV-act. 241 S. 72]). Insofern ist zwischen dieser neuropsychologischen Einschätzung und jener gemäss Bericht des I._____ vom April 2023 entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine Divergenz auszumachen. Ähnliches gilt mit Blick auf den im vorliegenden Verfahren neu eingereichten neuropsychologischen Bericht des E._____ vom 12. November 2025 (vgl. act. B.2). Soweit der Beschwerdeführer gestützt darauf geltend macht, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bis 50 % ausgewiesen sei (vgl. act. D.7), ist ihm vorab entgegenzuhalten, dass fachmedizinische Einschätzungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit naturgemäss Ermessenszüge aufweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 4.4). Eine andere Beurteilung vermag den Beweiswert eines Gutachtens nicht in Frage zu stellen, solange keine vom Gutachter unberücksichtigten oder ungewürdigten Aspekte genannt werden (vgl. Erwägung 5.2.3 hiervor; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_153/2025 vom 7. Oktober 2025 E. 3 und 8C_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 5.2.1). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass der neuropsychologische Gutachter Dr. phil. H._____ seine Testergebnisse (ebenfalls) denjenigen der neuropsychologischen Untersuchung vom April 2023 gegenübergestellt und dabei – wie die Neuropsychologinnen S._____ und T._____ des E._____ in ihrem Bericht vom 12. November 2025 (vgl. act. B.2) – in Bezug auf attentionale Funktionen, das verbale Lernen und das verbale Langzeitgedächtnis ein leicht bzw. deutlich vermindertes Leistungsniveau ausgewiesen hat (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 206 f.]). Insofern berücksichtigte Dr. phil. H._____ die sich seither in den Bereichen Aufmerksamkeit und Gedächtnis verschlechterte Befundlage, weshalb der neu eingereichte Bericht des E._____ vom 12. November 2025 die Beweiskraft des neuropsychologischen Teilgutachtens nicht zu erschüttern vermag. 9.6. Des Weiteren

bringt der Beschwerdeführer betreffend nicht erklärbarer Divergenzen vor, dass sich der psychiatrische Gutachter nicht mit seinen Schmerzen auseinandergesetzt habe. Auch dieser Einwand verfängt nicht. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. J._____ führte in befundlicher Hinsicht insbesondere aus, dass der Beschwerdeführer seine Sitzhaltung während der Untersuchung durchgehend halten können. Es seien keine Positionswechsel

E. 19

/ 35 oder Entlastungsbewegungen erfolgt (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 262]). Zudem hielt er im Rahmen seiner Beurteilung unter anderem fest, dass sich Schmerzzeichen während der Exploration nicht hätten objektivieren lassen. Die Art und das Ausmass der Beschwerden seien durch psychiatrische Diagnosen nicht erklärbar bzw. nicht plausibel (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 267]; siehe auch interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 68]). Insofern achtete Dr. med. J._____ anlässlich seiner psychiatrischen Exploration auf allfällige Schmerzzeichen, konnte solche aber nicht objektivieren. Auch setzte er sich im Rahmen seiner Diagnoseherleitung mit somatoformen Störungen auseinander. Dazu führte er insbesondere aus, es liessen sich keine relevanten Konflikte feststellen, sodass eine Störung aus dem somatoformen Spektrum nicht konstatierbar sei (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 268]; siehe betreffend somatoforme Störungen: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 224 ff.). Nach dem Gesagten geht der Beschwerdeführer fehl, wenn er vorbringt, der psychiatrische Gutachter habe seine Schmerzen ungenügend berücksichtigt bzw. sich damit nicht auseinandergesetzt. 10.1. Ferner kritisiert der Beschwerdeführer das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. G._____. Darin wies Letzterer folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 241 S. 238): ■ Persistierende HWS-Schmerzen und -Bewegungseinschränkungen bei Status nach Diskektomie C6/7 bzw. C7/Th1, ventraler interkorporeller Spondylodese C6-Th1 (Vectra-Platte, DePuy/Synthes, Beckenkammspäne) und Beckenkammspanentnahme ventral rechts am 5. September 2019 sowie ■ Zustand nach Verlängerungsspondylodese C5/6 (September 2021, F._____) bei Polytrauma nach Sturz aus zwei Metern am 3. September 2019 mit o Flexion-Distraktionsverletzung C6/7 mit Fraktur des Processus articularis C7 links unter Beteiligung beider Gelenke C6/7 bzw. C7/Th1 o Fraktur des Processus costalis am BWK1 ■ Rezidivierender und belastungsabhängiger Schulterschmerz rechts bei Omarthrose rechts mit/bei: o Status nach Schulterarthroskopie und Gelenkskörperentfernung sowie Knorpelshaving und Mikrofrakturierung am 4. Juli 2018 (extern) o Status nach Schulter-Distorsionstrauma am 18. Mai 2018 ■ Operation: 12. August 2019 (Schulterarthroskopie, Bizepstenotomie, Debridement und Gelenkskörperentfernung Schulter rechts)

E. 20

/ 35 Dazu führte Dr. med. G._____ aus, diese Diagnosen entstammten dem vorausgegangenen Aktenstudium sowie einer eigens durchgeführten Begutachtung des Beschwerdeführers auf orthopädischem Fachgebiet. Auf diesem Fachgebiet lägen damit zwei versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen vor, die eine reduzierte körperliche Einsatzfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen seiner angestammten Tätigkeit begründeten (vgl. IV-act. 241 S. 239). 10.2. Angesichts dieser sehr pauschalen und nicht näher begründeten Ausführungen erweist sich die Herleitung der Diagnosen als nicht

nachvollziehbar. Insofern kann dem Beschwerdeführer darin beigeplichtet werden, dass eine schlüssige Erklärung für die von Dr. med. G._____ trotz dieser Diagnosen ausgewiesene volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit fehlt. Insbesondere nahm der orthopädische Gutachter auch nicht zur Art und zum Ausmass der aktenkundigen und angegebenen Funktionseinschränkungen am Bewegungsapparat sowie zu deren Folgen auf das Leistungsvermögen Stellung. Auch stützte er sich bei seiner Einschätzung auf eine sehr knappe Befunderhebung (vgl. insbesondere betreffend Halswirbelsäule und Schulter: IV-act. 241 S. 232 f.). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass in Bezug auf die linke Schulter kein Befund erhoben wurde, obwohl der Beschwerdeführer anlässlich der orthopädischen Exploration angab, zeitweise auch an Belastungsschmerzen im Bereich der linken Schulter zu leiden (vgl. IV-act. 241 S. 222 und die Tonaufnahme des orthopädischen Explorationsgesprächs ab dem Tonaufnahmezeitpunkt 35 Minuten; siehe auch kieferchirurgisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 122]). Der Beschwerdeführer bringt in diesem Zusammenhang somit zu Recht vor, dass die von ihm geklagten Beschwerden an der linken Schulter vom orthopädischen Gutachter nicht diskutiert worden seien. Insofern präsentiert sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 10.3. Sodann setzte sich der orthopädische Gutachter nicht mit den vorbefundlichen Diagnosen sowie den abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärzte auseinander (vgl. insbesondere Berichte von PD Dr. med. K._____, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie, F._____, vom 19. Mai 2021 [IV-act. 78 S. 1 ff.], vom 2. September 2021 [IV-act. 82 S. 9 f.], vom 10. September 2021 [IV-act. 82 S. 15 ff.], vom 2. Dezember 2021 [IV-act. 90 S. 5 f.], vom 8. März 2022 [IV-act. 102 S. 19 f.], vom 8. September 2022 [IV-act. 125 S. 8 ff.], vom 20. September 2022 [IV-act. 125 S. 13 f.], vom 15. Dezember 2022 [IV-act. 145 S. 11 ff.], vom 9. Juni 2023 [IV-act. 160 S. 8 f.], vom 23. Oktober 2023 [IV-act. 194] und vom 28. August 2024 [IV-act. 220 S. 6 ff.], Berichte von Dr. med. L._____, Leitender Arzt Neurologie, F._____, vom 21. Juni 2021 [IV-act. 78 S. 5 f.], vom

E. 21

/ 35 28. Juni 2021 [IV-act. 82 S. 1 f.], vom 17. August 2021 [IV-act. 82 S. 6 f.], vom 8. November 2022 [IV-act. 137] und vom 14. November 2022 [IV-act. 145 S. 1 f.], Berichte von Dr. med. M._____, Fachärztin für Neurologie, vom 28. April 2021 [IV-act. 73 S. 13 f.] und vom 7. April 2022 [IV-act. 102 S. 22 ff.]; siehe auch Gesuch von Dr. med. M._____ vom 28. Januar 2022 [IV-act. 99 S. 1 ff.] und Schreiben von PD Dr. med. K._____ an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 19. September 2024 [IV-act. 223]). So ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass sich der orthopädische Gutachter zu den ärztlicherseits ausgewiesenen Anschlusssegmentdegenerationen im Bereich der Halswirbelsäule nicht geäussert hat (vgl. Berichte von PD Dr. med. K._____ vom 19. Mai 2021 [IV-act. 78 S. 1 f.], vom 17. August 2021 [IV-act. 82 S. 3 f.], vom 2. September 2021 [IV-act. 82 S. 9 f.], vom 3. September 2021 [IV-act. 82 S. 12 ff.], vom 25. Oktober 2021 [IV-act. 90 S. 1 f.], vom 2. Dezember 2021 [IV-act. 90 S. 5 f.], vom 8. März 2022 [IV-act. 102 S. 19 f.], vom 8. September 2022 [IV-act. 125 S. 8 ff.], vom 20. September 2022 [IV-act. 125 S. 13 f.], vom 15. Dezember 2022 [IV-act. 145 S. 11 ff.], vom 9. Juni 2023 [IV-act. 160 S. 8 f.], vom 23. Oktober 2023 [IV-act. 194] und vom 28. August 2024 [IV-act. 220 S. 6 ff.], Berichte von Dr. med. L._____ vom 28. Juni 2021 [IV-act. 82 S. 1 f.] und vom 17. August 2021 [IV-act. 82 S. 6 f.]; siehe auch Bericht des C._____ vom 5. Oktober 2023 [IV-act. 186]). Ferner ging die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 14. August 2024 aus medizinischer Sicht in Berücksichtigung der Unfallfolgen und der krankheitsbedingten Einschränkungen noch von einer Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten von 80

% aus (vgl. IV-act. 216 S. 2), welche sodann von PD Dr. med. K._____ mit Stellungnahme vom 19. September 2024 angesichts der multiplen Pathologien als etwas zu hoch eingeschätzt wurde (vgl. IV-act. 223). Insofern erscheint erklärungsbedürftig, inwiefern die mit der ausgewiesenen Halswirbelsäulen- sowie Schulterproblematik einhergehenden Funktionseinschränkungen durch das im estimated-Gutachten definierte adaptierte Zumutbarkeitsprofil vollständig kompensiert werden sollten (vgl. IV-act. 241 S. 74; siehe ferner das orthopädische Teilgutachten, in welchem kein Zumutbarkeitsprofil definiert wurde [IV-act. 241 S. 243 ff.]). 10.4. Des Weiteren diagnostizierte PD Dr. med. K._____ in seinem Bericht vom 19. Mai 2021 insbesondere chronische posttraumatische zervikospondylogene Schmerzen bei namentlich einem Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose ohne Implantatlockerung C7/Th1. Dabei verwies er auf die CT-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 11. Mai 2021 und führte dazu in befundlicher Hinsicht was folgt aus: "Spondylodese C6/7 erscheint konsolidiert. C6/7 mit fehlender knöcherner Durchbauung. Keine Lockerungszeichen. Schwere

E. 22

/ 35 Anschlusssegmentdegeneration C5/6 mit leichter foraminale Einengung". In seiner Beurteilung hielt PD Dr. med. K._____ insbesondere fest, die Nackenbeschwerden könnten möglicherweise mit der Anschlusssegmentdegeneration C5/6 gegebenenfalls auch mit der Pseudarthrose erklärt werden (vgl. IV-act. 78 S. 1 ff.). Zudem stellte Dr. med. L._____ in seinem Bericht vom 28. Juni 2021 insbesondere ein chronisches belastungsbetontes zerviko-vertebrales bis -zepales Schmerzsyndrom bei namentlich einer CT-Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule im Jahr 2021 (Segmentdegeneration mit Osteochondrosen und Spondylosen C5/6, fragliche Pseudarthrose bei Spondylodese C6/Th1 2019) fest (vgl. IV-act. 82 S. 1 f.; siehe ferner Bericht von Dr. med. L._____ vom 17. August 2021 [IV-act. 82 S. 6 f.]). Sodann wies PD Dr. med. K._____ in seinem Bericht vom 20. September 2022 insbesondere einen Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose C5/5 (recte wohl: C5/6) aus. Im Rahmen der Radiologiebefunde verwies er auf die MRI- sowie CT-Untersuchungen vom 13. September 2022 und führte dazu aus, dass sich im MRI regelrechte Verhältnisse und unveränderte, gut erhaltene Nachbarsegmente zeigten. Auf der Höhe der Spondylodese bestehe eine ausreichend weite Neuroforamina. Im CT C5/6 zeige sich eine deutliche intersomatische Knochenbildung mit allerdings noch fehlender Überbrückung und es bestünden keine Lockerungszeichen. In Bezug auf C6/7 zeige sich die bekannte Durchbauung und betreffend C7/Th1 bestehe – wie bereits bekannt – eine partielle Resorption des im Jahr 2019 eingebrachten Knochenspanes. In seiner Beurteilung hielt PD Dr. med. K._____ insbesondere fest, dass beim Beschwerdeführer starke Nackenschmerzen vor allem muskulärer Art nach initial gutem Verlauf nach zervikaler Verlängerungsspondylodese C5/6 bestünden. In der Bildgebung zeige sich der Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose bei insgesamt guter intersomatischer Knochenbildung mit allerdings inkompletter Durchbauung (vgl. IV-act. 125 S. 13 f.). Des Weiteren wies Dr. med. L._____ in seinem Bericht vom 8. November 2022 insbesondere erneut ein chronisches belastungsbetontes zerviko-vertebrales bis -zepales Schmerzsyndrom bei namentlich einer CT- Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule im Jahr 2021 mit unter anderem fraglicher Pseudarthrose bei Spondylodese C6/Th1 2019 aus (vgl. IV-act. 137; siehe ferner Bericht von Dr. med. L._____ vom 14. November 2022 [IV-act. 145 S. 1 f.]). Ferner diagnostizierte PD Dr. med. K._____ in seinem Bericht vom 15. Dezember 2022 unter anderem anhaltende zervikospondylogene Schmerzen, DD myofaszial, bei namentlich einem Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose C5/6 sowie C7/Th1. In befundlicher Hinsicht

verwies er insbesondere auf die MRI- und CT- Untersuchungen der Halswirbelsäule vom 13. September 2022, wonach sich im CT C5/6 namentlich eine deutliche intersomatische Knochenbildung bei noch fehlender Durchbauung zeige. Im Rahmen seiner Beurteilung führte er insbesondere aus,

E. 23

/ 35 dass beim Beschwerdeführer multiple Beschwerden des Bewegungsapparats, insbesondere der Halswirbelsäule, bestünden. In der Bildgebung zeige sich der Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose im Bereich der Halswirbelsäule ohne Instabilität. Im Segment C5/6 zeige sich eine zunehmende Knochenbildung (vgl. IV-act. 145 S. 11 ff.). Sodann wies PD Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom 9. Juni 2023 dieselbe Diagnose aus und hielt in Bezug auf die Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule vom selben Tag fest, dass sich im Bereich der oberen Spondylodese C5/6 eine deutliche intersomatische Knochenbildung zeige, wobei die Fusion nicht sicher beurteilt werden könne. Im Segment C7/Th1 zeige sich weiterhin die bekannte Pseudarthrose. In seiner Beurteilung führte er insbesondere aus, beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin Restbeschwerden nach zervikaler Stabilisation im Jahr 2019 und zervikaler Verlängerungsspondylodese im Jahr 2021. In der CT-Bildgebung habe sich im Dezember 2022 eine Pseudarthrose des oberen und unteren Segments gezeigt. Konventionell radiologisch bestehe keine wesentliche Lockerung. Sollten die Beschwerden zunehmen, müsste allenfalls eine Revision der Pseudarthrose mit Beckenspan diskutiert werden (vgl. IV-act. 160 S. 8 f.). Des Weiteren führten Dr. med. N. _____, Leitender Arzt Nuklearmedizin, und Dipl. med. O. _____, Assistenzarzt Nuklearmedizin, in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2023 über die im C. _____ erfolgte 3-Phasen- Skelettszintigraphie und SPECT-CT-Untersuchung bei anhaltenden zervikospondylogenen Schmerzen, DD myofaszial, und namentlich einem Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose C5/6 sowie C7/Th1 im Rahmen ihrer Beurteilung aus, es bestünden keine Hinweise für eine Entzündung oder Lockerung der HWS- Spondylodese. Zudem zeige sich eine nicht adäquate Durchbauung der Spondylodese HWK 5/6 bei relevant verbleibender knöcherner Aktivierung ventral, was mit einer Pseudarthrose zwischen HWK 5/6 vereinbar sei (vgl. IV-act. 186). Ferner stellte PD Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom 23. Oktober 2023 insbesondere anhaltende zervikospondylogene Schmerzen bei namentlich einem Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose C5/6 sowie C7/Th1 fest und führte in seiner Beurteilung unter anderem aus, beim Beschwerdeführer bestünden anhaltende zervikale Beschwerden, welche höchstwahrscheinlich auf die Pseudarthrose der Segmente C5/6 und C7/Th1 zurückzuführen seien. Der Beschwerdeführer wünsche eine erneute Operation (vgl. IV-act. 194). Sodann wies PD Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom 28. August 2024 dieselbe Diagnose aus und hielt in Bezug auf die gleichentags erfolgte Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule fest, es zeige sich eine deutliche intersomatische Knochenbildung im Bereich der Spondylodese. Ob diese komplett verheilt sei, könne anhand der konventionellen Röntgenaufnahmen nicht gesagt werden (vgl. IV-act. 220 S. 6 ff.).

E. 24

/ 35 Dass sich der orthopädische Gutachter Dr. med. G. _____ mit der aktenkundigen Diagnose einer Pseudarthrose im Bereich der Halswirbelsäule und der damit zusammenhängenden bildgebenden Befunde auseinandergesetzt hätte, ist nicht ersichtlich (vgl. Aktenzusammenfassung im estimated-Gutachten [IV-act. 241 S. 22 ff.] mit Nennung der Berichte von Dr. med. L. _____ vom 28. Juni 2021, vom 8. November 2022 und vom

14. November 2022, von PD Dr. med. K._____ vom 15. Dezember 2022, vom 9. Juni 2023, vom 23. Oktober 2023 und vom 28. August 2024 sowie von Dr. med. N._____ und Dipl. med. O._____ vom 5. Oktober 2023). Vielmehr wurden im orthopädischen Teilgutachten im Rahmen der persönlichen Anamnese lediglich das erlittene Distorsionstrauma an der rechten Schulter, die diesbezüglich erfolgten bildgebenden Untersuchungen samt Befunden sowie die damit zusammenhängenden Operationen thematisiert (IV-act. 241 S. 222 ff.). Insofern lagen dem orthopädischen Gutachter die bildgebende Abklärungen betreffenden Vorakten entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers zwar vor, allerdings berücksichtigte er diese im Rahmen seiner Begutachtung nicht. Dies wird nachzuholen sein.

10.5. Ferner ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass PD Dr. med. K._____ im weiteren Verlauf im Juni 2025 bei anhaltenden zervikospodylogenen Schmerzen insbesondere einen Verdacht auf eine straffe Pseudarthrose C5/6 sowie C7/Th1 auswies und in Bezug auf die Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule vom 17. Juni 2025 ausführte, betreffend C5/6 zeige sich eine deutliche intersomatische Knochenbildung. Zudem bestünden keine Lockerungszeichen. Bezüglich C7/Th1 zeige sich ein einsehbarer Spondylodesespalt. Im Rahmen seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin starke Nackenschmerzen und die Arbeitsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Die Ursache der Beschwerden sei möglicherweise die bekannte Pseudarthrose und auch eine Degeneration des Segments. Die Beschwerden seien allerdings eher im distalen Bereich. Es sei mit Blick auf die Frage nach einer fortbestehenden Pseudarthrose eine CT-Untersuchung geplant. Der Beschwerdeführer wünsche prinzipiell ein operatives Vorgehen (vgl. Bericht von PD Dr. med. K._____ vom 18. Juni 2025 [IV-act. 251]). Sodann führte PD Dr. med. K._____ in seinem Bericht vom 17. Juli 2025 bei gleichgebliebener Diagnose bezüglich der tags zuvor erfolgten CT-Untersuchung der Halswirbelsäule in befundlicher Hinsicht aus, es zeige sich weiterhin eine fehlende intersomatische Durchbauung C5/6 mit deutlicher Knochenbildung, allerdings mit abgrenzbarem Pseudarthrosespalt und deutlichem Pseudarthrosespalt mit Resorption des Knochenspans C7/Th1. Zudem bestünden leichtgradige degenerative Veränderungen der Nachbarsegmente. In seiner

E. 25

/ 35 Beurteilung hielt er insbesondere fest, beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin mechanische zervikale Schmerzen bei einem Status nach ventraler Fusionsoperation einschliesslich Verlängerungsspondylodese. In der Bildgebung zeige sich eine Pseudarthrose des proximalen und distalen Segments. Die konservativen Massnahmen erschienen ausgeschöpft. Der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig und weise einen hohen Schmerzmittelkonsum auf. Daher sei eine Operation indiziert, wobei eine dorsale Stabilisation C5-Th1 unter Einsatz autologer Beckenspongiosa für den 2. September 2025 geplant sei (vgl. IV-act. 252). In der Folge wurde am 2. September 2025 in der F._____ eine dorsale Spondylodese C5- Th1 durchgeführt (vgl. Austrittsbericht der F._____ vom 7. September 2025 [IV-act. 266 ff.]). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers stellte der Beschwerdegegnerin mit E-Mail vom 4. August 2025 den Bericht von PD Dr. med. K._____ vom 17. Juli 2025 zu (vgl. IV-act. 253). Insofern ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass der Beschwerdegegnerin die Operationsindikation und der Termin für den geplanten operativen Eingriff (2. September 2025) bereits vor dem Verfügungszeitpunkt am 10. September 2025 bekannt waren. Ausserdem ist mit dem Beschwerdeführer festzuhalten, dass diese neuen medizinischen Erkenntnisse weder der estimed AG noch dem RAD unterbreitet wurden. Vielmehr nahm dazu lediglich der

Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin nach Verfügungserlass am 11. September 2025 Stellung, wobei dieser insbesondere ausführte, der orthopädische Gutachter Dr. med. G._____ habe die persistierenden HWS-Schmerzen, welche zur Operation am 2. September 2025 geführt hätten, insgesamt genügend schlüssig gewürdigt. Insbesondere bestehe eine Übereinstimmung mit der damaligen Beurteilung durch den Kreisarzt der Unfallversicherung. Allenfalls habe sich der Gesundheitszustand in der Folge etwas verschlechtert, wobei die Operationsindikation aufgrund der chronischen Schmerzen in der unteren Halswirbelsäule gestellt worden sei, mithin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund des dem Gutachter bekannten Gesundheitszustandes. Die Operation vom 2. September 2025 sollte zu einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands beitragen, könnte aber auch zu einer erheblichen sowie andauernden gesundheitlichen Verschlechterung führen. Diesfalls könnte sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin neu anmelden (vgl. E-Mail des Rechtsdienstes vom 11. September 2025 [IV-act. 264 ff.]). Vor diesem Hintergrund erhellt, dass eine medizinische Beurteilung der Befunde genauso wie eine Einschätzung der Auswirkungen der im Bereich der Halswirbelsäule durchgeführten Operation auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, einschliesslich einer zuzugestehenden Rekonvaleszenzphase,

E. 26

/ 35 fehlt (vgl. dazu die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung mit den in der Vergangenheit berücksichtigten nachoperativen Rekonvaleszenzphasen [IV-act. 241 S. 75]). Zudem lässt der Austrittsbericht der F._____ vom 7. September 2025 über die durchgeführte Operation mit einer ausgewiesenen vollen Arbeitsunfähigkeit entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands schliessen (vgl. IV-act. 269), da diese auch für adaptierte Tätigkeiten Geltung beansprucht und somit wesentlich von der gutachterlicherseits ab Februar 2020 ausgewiesenen 100%igen Arbeitsfähigkeit abweicht (vgl. IV-act. 241 S. 74 ff.). Abgesehen davon wiesen bereits die Gutachterin und Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung nach der Operation vom September 2021 (vgl. IV-act. 82 S. 12 ff.) für adaptierte Tätigkeiten eine postoperative volle Arbeitsunfähigkeit für vier Monate aus (vgl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 75]; siehe auch RAD-Beurteilung gemäss Case Report [IV-act. 261 S. 43]; siehe ferner der zeitliche Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus polydisziplinärer Sicht, wo die Rekonvaleszenzphase von vier Monaten nicht berücksichtigt wurde [IV-act. 241 S. 75 f.]). Insofern ist diesbezüglich nicht nur von einer vorübergehenden, sondern von einer rentenrelevanten Gesundheitsverschlechterung auszugehen (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV; siehe auch angefochtene Verfügung vom 10. September 2025, in welcher dies nicht berücksichtigt wurde [act. B.1 = IV-act. 260]), welche jedoch unberücksichtigt blieb. Nach dem Gesagten ist mit dem Beschwerdeführer festzuhalten, dass sich der rechterhebliche Sachverhalt in orthopädischer Hinsicht als unvollständig untersucht präsentiert und die Beschwerdegegnerin somit ihre Abklärungspflicht verletzt hat. Im Rahmen der noch vorzunehmenden Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin auch den neu eingereichten Bericht von PD Dr. med. K._____ vom 17. Dezember 2025, wonach sich in Bezug auf die Halswirbelsäule nach der dorsalen Spondylodese C5-Th1 am 2. September 2025 keine Verbesserung der Symptomatik zeige und die Ursache der anhaltenden Beschwerden möglicherweise eine vorbestehende Anschlusssegmentdegeneration sei (vgl. act. B.3; siehe zur Anschlusssegmentdegeneration Erwägung 10.3 hiervor), zu berücksichtigen haben. 11.1. Schliesslich kritisiert der Beschwerdeführer das neurologische Teilgutachten von PD Dr. med. P._____. Letzterer

wies folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 161 f.]): ■ Status nach Schädelhirntrauma im Rahmen eines Polytraumas nach Sturz aus zwei Metern Höhe am 3. September 2019 (ICD-10: S06.0) o Initial fünfminütige Bewusstlosigkeit, antero-/retrograde Amnesie (ICD-10: S06.70!)

E. 27

/ 35 o Kalottenfraktur links temporal ins Fersenbein ziehend mit kleinem Epiduralhämatom 2 mm (ICD-10: S06.4) o Subdural- und Subarachnoidalblutung temporal rechts 8 mm (ICD-10: S06.5 / S.06.6) o Jochbeinfraktur und Orbitabodenfraktur sowie Kalottenfraktur links 2019 (ICD-10: S02.60) o Fraktur des Processus articularis C7 und Avulsion der dorsalen Spondylophyten C6 sowie Fraktur Processus costalis BWK1 ■ Status nach ventraler interkorporeller Spondylodese C6/7 und C7/Th1 (5. September 2019) ■ Status nach Verlängerungsspondylodese C5/6 (September 2021) ■ Rezidivierender Schwindel, getriggert vor allem durch Kopfreklination (ICD-10: H81.9) o DD: zervikogener, DD: posttraumatischer Lagerungsschwindel o Aktuell unauffälliger neuro-vestibulärer Untersuchungsbefund ■ Verdacht auf ein radikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom C6 rechts (ICD-10: G55.1) o Hypästhesie Dig. I + II rechts o Chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom seit Polytrauma vom 3. September 2019 ■ HWS-MRI 13. September 2022: Status nach ventraler Spondylodese C5/6 und C7/Th1 ohne Nachweis einer kompletten ossären Durchbauung. Regelrechte Durchbauung C6/7 bei Status nach OSME. Leichte residuelle Foramenstenosen C5/6 und C6/7 rechts > links. Sodann führte PD Dr. med. P. _____ folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 162]): ■ Chronische Insomnie (ICD-10: G47.0) ■ Episodischer posttraumatischer Spannungskopfschmerz (ICD-10: G44.2 / G.44.3) o Zervikogene Teilursache (ICD-10: G44.8) ■ Persistierendes Taubheitsgefühl im Bereich V2 links (ICD-10: G50.8) o Status nach Jochbeinfraktur und Orbitabodenfraktur sowie Kalottenfraktur links 2019 (ICD-10: S02.60) ■ Status nach Neuralgie Nervus alveolaris rechts nach Zahnextraktion 2019 (ICD-10: G50.8)

E. 28

/ 35 ■ Radiologisch isoliertes Syndrom (ICD-10: Z03.3) o Anamnestisch keine schubverdächtigen Ereignisse eruierbar o MRI Schädel Mai 2019: 30 Marklagerläsionen, DD: posttraumatisch o MRI Schädel Kontrolle 2022: im Vergleich zu 2021 grössenprogrediente FLAIR Läsion subkortikal rechts, frontal; restliche Läsionen unverändert o MRI November 2022 verglichen zur externen MR-Voruntersuchung vom 23. März 2022: stationäre supratentorielle zahlreiche T2/FLAIR Signalhyperintensitäten vor allem im tiefen Marklager frontoparietal beidseits, vereinzelt in subkortikaler Lokalisation; DD: mikrovaskulär, DD: chronisch entzündlich demyelinisierend weniger wahrscheinlich; keine neuen Läsionen o Lumbalpunktion (Chur): keine oligoklonalen Banden Zur Herleitung der Diagnosen führte PD Dr. med. P. _____ aus, nach einem vorausgegangenen Aktenstudium sowie aufgrund der heutigen Anamnese und klinisch-neurologischen Untersuchung sei von somatisch-neurologischer Seite festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen geltend gemacht werden könnten. Als Folge des Schädelhirntraumas, welches der Beschwerdeführer im Rahmen des Polytraumas vom 3. September 2019 erlitten habe, bestünden anhaltende Einschränkungen der Konzentration sowie eine chronische Tagesmüdigkeit mit erhöhter Erschöpfbarkeit. Im neuropsychologischen Teilgutachten habe eine leichtgradige kognitive Störung

nachgewiesen werden können. Zusätzlich klagt der Beschwerdeführer seit dem Polytrauma über einen rezidivierenden Schwindel, welcher durch rasche Kopfbewegungen, insbesondere Kopfreklination, ausgelöst werden könne. Trotz suggestiver Anamnese habe im aktuellen Neurostatus kein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel nachgewiesen werden können, obwohl ein solcher nach Schädelhirntraumata besonders häufig auftritt. Differentialdiagnostisch seien die Schwindelbeschwerden im Rahmen des zervikozephalen Schmerzsyndroms mit eingeschränkter HWS-Beweglichkeit zu erklären. Die chronischen zervikozephalen Schmerzen seien primär orthopädisch zu erklären. Allerdings scheine zumindest klinisch auch eine radikuläre Schmerzkomponente möglich (Verdacht auf ein radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C6 rechts; vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 163]). 11.2. Die Herleitung der Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erachtet der Beschwerdeführer für nachvollziehbar (vgl. act. A.1 S. 8 f.). Allerdings macht er in Bezug auf die festgestellten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geltend, es fehle eine Erklärung, weshalb diese keine

E. 29

/ 35 Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben sollten. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang angeführte Insomnie ist festzuhalten, dass der neurologische Gutachter im Rahmen der Herleitung der Diagnosen eine chronische Tagesmüdigkeit mit erhöhter Erschöpfbarkeit auswies (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 163]). Zudem hielt er in seinem Teilgutachten fest, dass der Beschwerdeführer namentlich aufgrund der vermehrten Erschöpfbarkeit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei (vgl. IV-act. 241 S. 164). Soweit die Schlafprobleme des Beschwerdeführers mit einer Tagesmüdigkeit bzw. einer erhöhten Erschöpfbarkeit einhergehen, wurden sie somit im Rahmen der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Sodann ist in Bezug auf die vom Beschwerdeführer erwähnten Kopfschmerzen darauf hinzuweisen, dass er anlässlich der neurologischen Exploration selber angab, eigentliche Kopfschmerzen nur selten zu haben (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 148]). Insofern ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nachvollziehbar, wenn PD Dr. med. P._____ diese im Rahmen der Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswies. Dasselbe gilt in Bezug auf die bei den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführte Neuralgie. Denn die kieferchirurgische Gutachterin Dr. med. Q._____ führte in ihrer medizinischen Beurteilung insbesondere aus, das Taubheitsgefühl an der linken Wange stehe nicht im Vordergrund und der Beschwerdeführer betone, dass dies in Bezug auf die Arbeit kein Problem darstelle (vgl. kieferchirurgisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 128 f.]). Ferner ist hinsichtlich der vom Beschwerdeführer erwähnten Marklagerläsionen festzuhalten, dass sich der neurologische Gutachter damit auseinandergesetzt hat. So führte PD Dr. med. P._____ in seiner medizinischen Beurteilung aus, dass angesichts von ca. 30 Marklagerläsionen gemäss Schädel-MRI vom Mai 2019 der Verdacht auf Multiple Sklerose bestanden habe. Diese Verdachtsdiagnose habe im Verlauf bei stabilen MRI-Befunden (November 2022), negativen evozierten Potentialen und unauffälliger Liquorpunktion (negative oligoklonale Banden) nicht bestätigt werden können. Es sei bei der Diagnose eines radiologisch isolierten Syndroms geblieben (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 159]). Abgesehen davon wird vom Beschwerdeführer nicht dargetan, inwiefern er dadurch relevant in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. Nach dem Gesagten zielt der beschwerdeführerische Einwand, wonach das neurologische Teilgutachten in Bezug auf die darin ausgewiesenen Diagnosen ohne Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei, ins Leere. 11.3. Soweit der Beschwerdeführer sodann auf den Bericht des E._____ vom

E. 31

/ 35 Tätigkeiten gegeben sein sollte. PD Dr. med. P._____ ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Überkopfarbeiten bzw. Arbeiten in potenziell gefährlichen Positionen [z.B. Gerüst und Leiter] und ohne grössere Anforderungen an die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit [z.B. keine oder nur einfache administrative Tätigkeiten]) aus (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 166 f.]). Insofern erachtete er auch körperlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten als zu 100 % zumutbar. Inwiefern die mit den chronischen Nackenbeschwerden, der vermehrten Erschöpfbarkeit und den Schwindelbeschwerden einhergehenden Funktionseinschränkungen (vgl. neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 164]) durch das definierte adaptierte Zumutbarkeitsprofil mit auch körperlich mittelschweren, wechselbelastenden Arbeiten vollständig kompensiert werden sollten, begründete PD Dr. med. P._____ – wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt – nicht näher. Dies wird nachzuholen sein. 12.1. 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. Ein solches ist in der Regel namentlich dann einzuholen, wenn ein (im Verwaltungsverfahren anderweitig) erhobener medizinischer Sachverhalt überhaupt für "gutachterlich abklärungsbedürftig" gehalten wird oder eine Administrativexpertise in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig ist und dieser Mangel nicht alleine durch eine Klarstellung, Präzisierung oder Gutachtensergänzung behoben werden kann (vgl. FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 1/2019 S. 4 f.; BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.). Eine Rückweisung an den Versicherungsträger steht dem Versicherungsgericht aber weiterhin in den Fällen offen, in denen die Rückweisung in der Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; KIESER, a.a.O., Art. 44 Rz. 75). 12.2. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sie den medizinischen Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt und letztlich auf das estimed-Gutachten vom 9. April 2025 abgestellt hat,

E. 32

/ 35 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 mangels genügender Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts auch nicht gestützt auf die übrige Aktenlage zuverlässig und umfassend einschätzen lässt, erweist sich ein reformatorischer Entscheid im Sinne der Zusprache einer Invalidenrente, 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 10. September 2025 zu weiteren Abklärungen hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die dazumal vollständigen medizinischen Unterlagen wird die Beschwerdegegnerin eine neue sachverständige Abklärung zu veranlassen haben, welche sich mitunter auch zu den Eingliederungsmassnahmen unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen äussert (vgl. insb. Partnerauftrag Eingliederung [IV-act. 206], Beratungs- und Integrationsbericht vom 3. Mai 2024 [IV-act. 207] sowie Verlaufsprotokoll Eingliederung [IV-act. 208]; siehe betreffend Ressourcen insb. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [IV-act. 241 S. 71], allgemeininternistisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 94 ff. und S. 104], kieferchirurgisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 123 ff. und S. 132 f.], neurologisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 154 f. und S. 164 f.], neuropsychologisches Teilgutachten [IV-act. S. 180 f. und S. 183], orthopädisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 229 ff. und S. 241] und psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 241 S. 259 f. und S. 270 f.]). Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers neu zu prüfen haben. 13. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 10. September 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 33

/ 35 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).

E. 34

/ 35 CHF 3'000.00 (inkl. Spesen und MWST) festzusetzen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen.

E. 35

/ 35 Es wird erkannt:

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