

# GR\_GERICHTE SV1 2025 59 vom 18. Dezember 2025

GR Gerichte, 2025-12-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_SV1\\_2025\\_59](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_59)

FR: GR\_GERICHTE SV1 2025 59 du 18 décembre 2025

IT: GR\_GERICHTE SV1 2025 59 del 18 dicembre 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 18. 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 einzutreten.

### E. 2

Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers, welcher angesichts der Anmeldung im April 2023 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Oktober 2023 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entstehen kann, sofern bis dahin das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist. Umstritten sind der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, dessen Arbeitsfähigkeit sowie die Bemessung des Validen- und des Invalideneinkommens.

### E. 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 Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung frühestens ab dem 1. Oktober 2023 fände, 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 Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente

in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9100  
[<<http://www.sozialversicherungen.admin.ch>>]).

## **E. 5**

/ 25 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). 4.2. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall 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. nimmt sie 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). 4.2.1. 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,

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

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 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1).

## **E. 6**

/ 25 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 und 8C\_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1). 4.2.2. 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 Spezialärztinnen und -ärzten, 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 jedoch 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. Mai 2025 E. 2.3.2, 9C\_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C\_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E. 4.1.1 und 8C\_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3). Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen

gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich

## **E. 7**

/ 25 eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.2, 8C\_350/2023 vom 5. Juni 2024 E. 4, 8C\_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C\_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4 und 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2). 4.2.3. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (vgl. BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (vgl. BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. 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). 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). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 7 und 143 V 418 E. 7.1; siehe dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.4.2, 9C\_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.6, 9C\_587/2021 vom 31. Januar 2022 E. 4.1 und 9C\_197/2018 vom 5. Juni 2018 E. 7). Hat sich die sachverständige Person bei der Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert und genügt ihr Gutachten den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1), sind die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 und 141 V 281 E. 5.2.3; Urteile des Bundesgerichts 9C\_389/2022 vom 3. Mai 2023 E. 2.3.2, 9C\_293/2021 vom

## **E. 8**

/ 25 23. Dezember 2021 E. 2.3, 9C\_307/2017 vom 11. Januar 2018 E. 5.1.2 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.5; siehe auch BGE 144 V 50 E. 4.3). Eine solche liegt aber nicht vor, wenn der Versicherungsträger und im Beschwerdefall das Gericht anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abhandeln und nachweisen, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.1; SVR 2021 IV Nr. 47 S. 151; Urteile des Bundesgerichts 8C\_773/2023 vom 1. Mai 2024 E. 5.2 f., 9C\_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E. 2.3 und 8C\_407/2020 vom 3. März 2021 E. 5.2). 5. 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. 9**

/ 25 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).

### **E. 9.1**

Mit Bezug auf das neurologische Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, der seit dem Jahr 2023 beklagte Schwindel habe sich Anfang des Jahres 2025 verstärkt. Zum Schwindel lässt sich dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, welcher den Beschwerdeführer am

### **E. 9.2**

Betreffend das orthopädische Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerden in der rechten Schulter, welche aktenanamnestisch seit Oktober 2022 bekannt sind (vgl. dazu Bericht des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 28. Dezember 2022 [IV-act. 69 S. 16 f.]; vgl. auch weitere [ärztliche] Berichte seit dem 4. November 2022 [vgl. IV-act. 53 S. 1 ff., IV-act. 66 S. 1 und IV-act. 145 S. 1]), hätten sich im Juli 2025 immer mehr verstärkt. Eine entsprechende Verschlechterung des Gesundheitszustands aus orthopädischer Sicht ist aktenmässig indessen nicht erstellt und erscheint angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer den in

der Beschwerde in Aussicht gestellten Untersuchungsbericht von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, welcher eine allfällige Verschlechterung aus orthopädischer Sicht dokumentieren sollte, nicht nachreichte, auch nicht überwiegend wahrscheinlich. Insofern ist das orthopädische Teilgutachten somit nicht unvollständig. Es ist aber deshalb ergänzungsbedürftig, weil sich Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, darin nicht mit der im MRI vom

### **E. 9.3**

Demgegenüber verfängt die Kritik des Beschwerdeführers, wonach die Beschwerdegegnerin auch noch eine urologische Begutachtung hätte vornehmen (lassen) müssen, nicht. So ist aktenmässig nicht erstellt, dass er seit November 2024 an urologischen Beschwerden leide, welche medikamentös behandelt würden, jedoch kaum hätten verbessert werden können. Insbesondere anlässlich der estimed-Begutachtung beklagte er soweit ersichtlich keine urologischen Beschwerden. Gegenüber der internistischen Teilgutachterin erwähnte er im Zusammenhang mit dem Urogenitalsystem anlässlich der Exploration am 11. Februar 2025 einzig, dass die Miktion regelrecht sei, wobei er zweimal eine Blasenentzündung und zweimal Nykturie gehabt habe (vgl. IV-act. 181 S. 74). Auch gegenüber dem kardiologischen Teilgutachter erwähnte er anlässlich der Exploration am 3. Januar 2025 lediglich ein Brennen beim Wasserlösen, weswegen er Medikamente haben nehmen müssen. Es bestehe aber "keine" urologische Betreuung (vgl. IV-act. 181 S. 100). Zwar lässt sich den Akten entnehmen, dass ein Ende Juli 2025 [recte wohl: Anfang August] durchgeführter PSA-Test (= Test zur Früherkennung von Prostatakrebs) einen PSA-Wert zwischen vier und fünf ergab, was im unteren Bereich der Grauzone liegt (vgl. act. B.2). Dies allein bzw. auch der Umstand, dass ein Anfang Juli 2025 durchgeführter Test noch einen tieferen PSA- Wert ergab und der PSA-Wert bei Prostatakrebs auch im Normbereich liegen kann, verpflichtete die Beschwerdegegnerin mangels Hinweisen für einen erheblichen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschaden indessen noch nicht dazu, weitere Abklärungen bzw. eine urologische Begutachtung vornehmen zu lassen. Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer am 4. Dezember 2025 auf die Einreichung einer Replik verzichtete und trotz der erwähnten spezialärztlichen Untersuchung am 14. November 2025 keine weiteren Unterlagen einreichte, ist sodann nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand aus urologischer Sicht verschlechtert hat.

### **E. 9.4**

Schliesslich macht der Beschwerdeführer auch im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der psychiatrischen Untersuchung am 5. Februar 2025 geltend. Dabei stellt er auf eine E-Mail von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2025 (vgl. IV-act. 198 S. 3), welche

16 / 25 jedoch als provisorisch zu taxieren sei (vgl. act. A.1 S. 12), sowie einen Bericht desselben vom 18. August 2025 ab (vgl. IV-act. 200 S. 2 f.).

#### **E. 9.4.1**

In ihrem psychiatrischen Teilgutachten gelangte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zum Schluss, es könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (vgl. IV-act. 181 S. 213). Die ICD-10 definiere dazu was folgt: Im Vordergrund des klinischen Bildes stünden seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren

anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben; psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn; und der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Diese diagnostischen Kriterien der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) würden vom Beschwerdeführer vollständig erfüllt (vgl. IV-act. 181 S. 215). Im psychopathologischen Befund nach AMDP komme diesbezüglich was folgt vor (vgl. IV-act. 181 S. 215 f.; vgl. auch IV-act. 181 S. 194 ff. [Befragung] und S. 206 ff. [Befund]): "Im Kontakt zeigt er [der Beschwerdeführer; Anmerkung des Obergerichts] sich freundlich. Er weint, wirkt bedrückt und traurig, ist selbst aber im psychiatrischen Fachgebiet nicht krankheitseinsichtig. In Psychotherapie sieht er keinen Sinn. Das Gangbild ist langsam und hinkend, das Aufstehen wirkt schmerzgequält. Während der Untersuchung zuckt er teilweise aufgrund von Schmerzen in der Leiste zusammen. Er steht immer wieder auf und geht ein paar Schritte, bleibt dabei jedoch schmerzgekrümmt. Er wirkt während der Befragung durchgehend schmerzgequält. Taubheitsgefühl im rechten Arm, Unvermögen zum Faustschluss, Schmerzen in beiden Daumen, Arm kann nur bis Schulter gehoben werden, Nackenschmerzen, Schwindel, Fussbeschwerden beidseits, Ziehen in beiden Leisten, Schmerzen im Unterbauch beidseits, Rückenschmerzen in der LWS mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Zwicken im Sitzen, Impulse im Liegen werden angegeben. Trockener Mund und Zugschnüren der Speiseröhre und des Magens durch Medikamente mit Unlust, Medikamente einzunehmen. Die Schmerzen werden bei 7 von 10 auf der Schmerzskala VAS empfunden. Die Schmerzen und Einschränkungen wirken sich auf die Psyche aus, in dem er [der Beschwerdeführer; Anmerkung des Obergerichts] vor allem genervt und traurig wird. Es kommt die Frage auf, warum er betroffen ist, obwohl er niemandem etwas angetan hat und die Strafe nicht verdient hat. Beim Exploranden besteht keine psychiatrische Krankheitseinsicht, obwohl ein psychischer Leidensdruck von

17 / 25 aussen erkennbar ist. Es wird durchgehend alles grau empfunden. Traurigkeit liegt vor, Freude kann nicht mehr empfunden werden. Die Schwingungsfähigkeit ist vermindert. Kraftverlust ist vorhanden. Nichts schmeckt oder interessiert mehr. Appetit und Libido sind nicht mehr vorhanden. Müdigkeit und Erschöpfung sind vorhanden. Sein Selbstwertgefühl ist vermindert, er fühlt sich unnötig und wertlos. Selbstentwertung kommt vor. Er hat Schuldgefühle. Hoffnung und Perspektive sind noch vorhanden, aber vermindert. Ein- und Durchschlafstörungen sind vorhanden."

#### **E. 9.4.2**

Soweit der Beschwerdeführer die Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der psychiatrischen Exploration am 5. Februar 2025 damit begründet, dass sich die Diagnose von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, dessen Praxis er am 9. Juli 2025 zugewiesen wurde (vgl. IV-act. 200 S. 2), wesentlich von der Diagnose von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ unterscheide, kann ihm nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), sondern eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostizierte (vgl. IV-act. 200 S. 2; vgl. auch die E-Mail von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2025, worin er eine schwere depressive Störung als Komorbidität der somatischen Erkrankung auswies [IV-act. 198 S. 3]). Wie nachfolgend

dargelegt wird, benannte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ allerdings keine neuen, von den bereits bekannten und gewürdigten Einschränkungen abweichenden Befunde. Zur Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 fest, der Beschwerdeführer zeige deutliche Symptome einer depressiven Störung, wie gedrückte Stimmung, verminderte Aktivität, (ausgeprägte) Anhedonie, Müdigkeit, (ausgeprägte) Antriebslosigkeit, Gefühle der Wertlosigkeit, (starke) Scham(-gefühle) sowie Ein- und Durchschlafstörungen (vgl. IV-act. 200 S. 2). Diese Symptome entsprechen im Wesentlichen dem bereits von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ anlässlich der Exploration am 5. Februar 2025 erhobenen psychopathologischen Befund nach AMDP, worin unter anderem festgehalten wurde, dass der Beschwerdeführer bedrückt und traurig wirke, ein Kraftverlust vorhanden sei, er durchgehend alles grau empfinde bzw. keine Freude mehr empfinden könne, Müdigkeit und Erschöpfung vorhanden seien, die Schwingungsfähigkeit und das Selbstwertgefühl vermindert seien und der Beschwerdeführer Schuldgefühle sowie Ein- und Durchschlafstörungen habe (vgl. IV-act. 181 S. 207 f. und S. 215 f. sowie vorstehende Erwägung 9.4.1). Der blosse Umstand, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 mitunter von starken Schamgefühlen, einer ausgeprägten Anhedonie sowie einer

18 / 25 ausgeprägten Antriebslosigkeit berichtete, vermag jedenfalls noch keine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu begründen. Gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der psychiatrischen Exploration am 5. Februar 2025 spricht denn auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits bei den psychiatrischen Testungen anlässlich der Exploration am 5. Februar 2025 anlässlich der Selbsttestung schwere depressive Symptome angab (vgl. IV- act. 181 S. 209). Dr. med. I.\_\_\_\_\_ trug den depressiven Symptomen sodann insofern Rechnung, als sie festhielt, diese könnten in das somatoforme Krankheitsbild eingeordnet werden und bedingten keine eigenständige Diagnose (vgl. IV-act. 181 S. 216), was angesichts der von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ beschriebenen Wechselwirkung zwischen den psychischen Faktoren und den Schmerzen des Beschwerdeführers durchaus plausibel erscheint (vgl. IV-act. 181 S. 215 f., wonach den psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen werde, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn, und sich die Schmerzen und Einschränkungen insoweit auf die Psyche des Beschwerdeführers auswirkten, als er vor allem genervt und traurig werde). Eine entsprechende Wechselwirkung zwischen den psychischen Faktoren und den Schmerzen des Beschwerdeführers beschrieb denn auch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025, indem er einerseits festhielt, die Tatsache, dass die somatischen Beschwerden durch medizinische Abklärungen nicht erklärt werden könnten, sei vom Beschwerdeführer sehr emotional wahrgenommen worden, und er andererseits bemerkte, dass die depressive Symptomatik durch das emotionale Erleben zusätzlich zu einer Verstärkung der Schmerzsymptomatik führe (vgl. IV-act. 200 S. 2). Zur Diagnose der Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 fest, es lägen wechselnde körperliche Schmerzen vor, die seit Jahren bestünden (der Beschwerdeführer klagte aktuell über Bein- und Fusschmerzen) und die durch emotionale Belastung verstärkt würden (vgl. IV-act. 200 S. 2 f.). Auch dies ergibt sich bereits aus dem von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ anlässlich der Exploration am 5. Februar 2025 erhobenen psychopathologischen Befund nach AMDP, worin insbesondere festgehalten wurde, dass der Beschwerdeführer während der Befragung durchgehend schmerzgequält gewirkt und unter anderem Fussbeschwerden beidseits sowie Rückenschmerzen in der

LWS mit Ausstrahlung ins rechte Bein angegeben habe (vgl. IV-act. 181 S. 207 und S. 215 f., wobei die Schmerzen bei 7 von 10 auf der Schmerzskala VAS empfunden würden, sowie vorstehende Erwägung 9.4.1). Sodann begründete Dr. med. I.\_\_\_\_\_ die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) gestützt auf die Kriterien der ICD-10 in nachvollziehbarer

### **E. 9.4.3**

Was sodann die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 erwähnte histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) angeht, gilt es darauf hinzuweisen, dass diese lediglich als Differentialdiagnose aufgelistet wurde, es sich mithin noch nicht um eine definitive Diagnose handelt (vgl. IV-act. 200 S. 2: "DD F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung"). Dementsprechend sprach Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 denn auch von einer "sehr wahrscheinlichen" Persönlichkeitsstörung (vgl. IV-act. 200 S. 3). Im Übrigen leitete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die Diagnose nicht lege artis her. Stattdessen hielt er einzig fest, dass der Beschwerdeführer in den Konsultationen ein deutlich histrionisches Verhalten zeige und er gemäss biographischer Untersuchung eine sehr schwierige Kindheit mit mangelnder Wertschätzung und fehlender Anerkennung erlebt habe (vgl. IV-act. 200 S. 3). Letzteres lässt sich der persönlichen Anamnese im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ indessen nicht entnehmen (vgl. IV-act. 181 S. 197 f.). Stattdessen wurde darin festgehalten, physische, psychische und sexuelle Gewalterfahrungen würden verneint (vgl. IV-act. 181 S. 198; vgl. auch IV-act. 181 S. 208, wonach es keine Hinweise auf Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Fremdbeeinflussungserleben oder Traumafolgesymptome gebe). Damit vermag auch die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. August 2025 erstmals

### **E. 9.4.4**

Nach dem Gesagten ist somit nicht ersichtlich, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der psychiatrischen Untersuchung am 5. Februar 2025 verschlechtert hätte. Insofern war die Beschwerdegegnerin denn auch nicht dazu verpflichtet, vor Erlass der angefochtenen Verfügung weitere medizinische Abklärungen zu tätigen. Hieran ändert der Umstand, dass der Beschwerdeführer anfänglich zwei- bis dreimal im Monat und seit September 2025 wöchentlich bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung gewesen sein soll, nichts, hatte doch bereits Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Februar 2025 eine regelmässige ambulante störungsspezifische psychologische oder psychiatrische Therapie im ein- bis zweiwöchentlichen Rhythmus empfohlen (vgl. IV-act. 181 S. 218).

### **E. 9.5**

Nachfolgend gilt es nun, auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im estimed-Gutachten einzugehen.

#### **E. 9.5.1**

Während die übrigen Teilgutachterinnen und -gutachter dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeiten attestierten (vgl. IV-act. 181 S. 51), gelangte die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zum Schluss, aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD- 10 F45.41) sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser/Magaziner sowie in jeder anderen Tätigkeit noch zu 65 % arbeitsfähig; die Einschränkungen gälten aus psychiatrischer Sicht für alle Tätigkeiten (vgl. IV-act. 181 S. 51 und S. 223 f.). Zum zeitlichen Verlauf hielt sie fest, es

lägen keine psychiatrischen Akten vor, daher könne der retrospektive Verlauf nicht adäquat beurteilt werden. Die Arbeitsunfähigkeit von 35 % bestehe somit mindestens ab dem Begutachtungszeitpunkt (vgl. IV-act. 181 S. 223 f.). Soweit der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit geltend macht, die Beschwerdegegnerin hätte vor Erlass der angefochtenen Verfügung beim Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nachfragen müssen, ob aus seiner Sicht in der Zeit vom 1. November 2022 bis zum 4. Februar 2025 eine psychiatrische Problematik bestanden habe und ob sich diese auf seine Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe, kann ihm nicht gefolgt werden. Denn zum einen lässt sich den Akten nicht entnehmen, dass bereits vor der psychiatrischen Begutachtung am 5. Februar 2025 psychiatrische Diagnosen diskutiert worden

#### **E. 9.5.2**

In der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachterinnen und Gutachter sodann zum Schluss, dass sich aus interdisziplinärer Sicht eine (Gesamt-)Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit, d.h. sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Gipsler/Magaziner als auch in einer Verweistätigkeit, von 35 % ergebe. Diese Arbeitsunfähigkeitsbemessung stehe im Einklang mit der EFL-Abklärung (vgl. IV-act. 181 S. 51). Abgesehen davon, dass die Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ – wie in vorstehender Erwägung 9.5.1 dargelegt – nicht nachvollziehbar ist, erscheint auch die Feststellung der Gutachterinnen und Gutachter, wonach die dem Beschwerdeführer attestierte Gesamtarbeitsfähigkeit in jedweder Tätigkeit von 65 % im Einklang mit der EFL-Abklärung stehe, nicht schlüssig. So gelangte die verantwortliche EFL-Therapeutin K.\_\_\_\_\_ in ihrem

#### **E. 10**

März 2025 ab (vgl. IV-act. 201 S. 2). Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. ob dieses von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen wird. Während die Beschwerdegegnerin das estimed-Gutachten im Ergebnis für beweiswertig erachtet (vgl. IV-act. 201 S. 3 f.), ist der Beschwerdeführer der Ansicht, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung verschlechtert, weshalb die Beschwerdegegnerin vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung weitere medizinische Abklärungen hätte vornehmen müssen.

#### **E. 11**

/ 25 8. Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. vorstehende Erwägungen 4.2.1 ff.) ist festzustellen, dass das estimed-Gutachten vom 10. März 2025 in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 181 S. 5 ff., IV-act. 181 S. 71 [internistisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 99 [kardiologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 127 [neurologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 157 ff. [orthopädisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 192 f. [psychiatrisches Teilgutachten]), der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 181 S. 71 ff. [internistisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 99 ff. [kardiologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 127 ff. [neurologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 161 ff. [orthopädisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 194 ff. [psychiatrisches Teilgutachten]). Es basiert auf eigenen klinischen, bildgebenden, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 181 S. 79 ff. [internistisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 106 ff. [kardiologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 135 ff. [neurologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 168 ff. [orthopädisches

Gutachten], IV-act. 181 S. 206 ff. [psychiatrisches Teilgutachten]) und die Gutachterinnen und Gutachter nahmen zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 181 S. 82 ff. und S. 87 ff. [internistisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 109 ff. und S. 114 ff. [kardiologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 138 ff. und S. 143 ff. [neurologisches Teilgutachten], IV-act. 181 S. 171 ff. und S. 177 ff. [orthopädisches Gutachten], IV-act. 181 S. 210 ff. und S. 223 ff. [psychiatrisches Teilgutachten]). Dabei wiesen sie folgende Diagnosen aus (vgl. IV-act. 181 S. 46 f.): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ Gastroösophageale Refluxkrankheit bei Hiatushernie (ICD-10 K21.9) o Ösophago-Gastro-Duodenoskopie vom 07.09.2023: Hiatushernie mit deutlichen postentzündlichen Veränderungen am gastroösophagealen Übergang, fleckförmige Schleimhauterythem im Antrumbereich, histologisch kein Barrett-Ösophagus-Nachweis o Dauertherapie mit einem Protonenpumpenblocker und einem Antazidum ■ Polypektomie Colon descendens 07/2023 (ICD-10 K63.5) ■ Anhaltende Leistenschmerzen beidseits (ICD-10 R10.30) mit/bei o St. p. laparoskopischer Adhäsiolyse alloplastisches Material am rechten Unterbauch am 30.06.2014 bei o Netzhäsion rechter Unterbauch – Status nach TAPP-Operation bds. am 17.02.2014 bei indirektem Inguinalhernien-Rezidiv rechts und direkter Inguinalhernie links o St. p. TEP-Operation rechts 2009 bei Inguinalhernie rechts o Aktuell klinisch kein Anhalt für ein Leistenhernienrezidiv ■ St. p. Herpes Zoster Th8/9 links 02/2023 (ICD-10 B02.9Z)

## **E. 12**

/ 25 ■ Arterielle Hypertonie ohne Angaben einer hypertensiven Krise, aktuell nicht medikamentös eingestellt (ICD-10 I10.90) ■ Hypertensive Herzerkrankung ohne Angaben einer Herzinsuffizienz (ICD-10 I11.90) ■ Arteriosklerose der Aorta ascendens (ICD-10 I71.0) ■ Kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell nicht medikamentös therapiert (ICD-10 E78.5) ■ Präadipositas nach WHO 2000 (ICD-10 E66.99) ■ St. p. Karpaltunnelsyndrom rechts mit Neurolyse am 13.01.2023 (ICD-10 G56.0) o Anhaltende neuropathische Schmerzen o Aktuell keine sensomotorischen Defizite objektivierbar o Keine elektrodiagnostischen oder sonographischen Hinweise auf eine Läsion/Kompression des N. medianus rechts (fecit Dr. D.\_\_\_\_\_, [...] 03/2024) o Ohne funktionelle Einschränkung der rechten Hand ■ Chronische Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2) ■ Chronische Insomnie (ICD-10 G47.0) ■ Ringbandspaltung rechter Daumen am 04.07.2023, ohne funktionelle Einschränkung (ICD-10 M65.3) ■ MRI HWS vom 12.03.2024: Forameneinengung C5/6 links mit C6-Tangierung links, kein Nachweis einer foraminalen Einengung rechtsseitig, ohne Hinweise auf eine rechtsseitige Radikulopathie (ICD-10 M48.0) ■ Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2), kum ca. 40 py Zu den funktionellen Auswirkungen hielten sie fest, aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Gesamtarbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit von 35 %, d.h. sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Gipsler/Magaziner als auch in einer Verweistätigkeit. Diese Arbeitsunfähigkeits-Bemessung stehe im Einklang mit der EFL-Abklärung (vgl. IV-act. 181 S. 51). 9. Bevor nachfolgend auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingegangen wird (vgl. dazu nachstehende Erwägungen 9.5.1 f.), ist in den nachstehenden Erwägungen 9.1 ff. zunächst auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der estimed-Begutachtung einzugehen.

### **E. 12.1**

Gemäss 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 CHF 700.00 fest. Die Rückweisung zu weiteren Abklärungen gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei bezüglich der Verteilung der Gerichtskosten und der Zusprache einer Parteientschädigung (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.2). Infolge des Ausgangs des

### **E. 12.2**

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 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2, 9C\_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1 und 9C\_688/2009 vom 19. November 2009 E. 3.1.1 f.). 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 (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat trotz entsprechender Aufforderung von Seiten des Gerichts (vgl. act. D.2) keine Honorarnote eingereicht. Die Parteientschädigung wird daher angesichts der Bedeutung und des Umfangs der Streitsache ermessensweise auf CHF 4'000.00 festgelegt (pauschal). Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer somit aussergerichtlich mit CHF 4'000.00 (inkl. Barauslagen und MWST) zu entschädigen.

### **E. 12.3**

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos.

### **E. 14**

/ 25 Untersuchungsbericht nicht mehr nach, sondern verzichtete am 4. Dezember 2025 auf die Einreichung einer Replik.

### **E. 19**

/ 25 Weise wie folgt (vgl. IV-act. 181 S. 215): "Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben (trifft zu). Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn (trifft zu). Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen (trifft zu)." Auch insofern ist somit nicht ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der psychiatrischen Exploration am 5. Februar 2025 verschlechtert hat, wenngleich Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nicht auf eine

anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bzw. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), sondern eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) schloss, welche Diagnose angesichts der nach wie vor vorherrschenden Beschwerde eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes wenig nachvollziehbar ist (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014, S. 233 f. und S. 225 ff.; vgl. auch IV-act. 181 S. 214).

#### **E. 20**

/ 25 erwähnte histrionische Persönlichkeitsstörung noch keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der psychiatrischen Exploration am 5. Februar 2025 zu begründen.

#### **E. 21**

/ 25 wären, und zum anderen überwies der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer erst im Juni/Juli 2025 an einen Psychiater zur psychiatrischen Behandlung (vgl. act. A.1 S. 9; vgl. auch IV-act. 200 S. 2). Der blosse Umstand, dass der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer im Jahr 2024 eine Behandlung in der Schmerzlinik des Spitals J.\_\_\_\_\_ empfohlen haben soll, ändert hieran nichts. Insofern ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin (und die psychiatrische Teilgutachterin) keine weiteren Abklärungen hinsichtlich des retrospektiven Verlaufs der Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers beim Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ getätigt hat/haben. Die Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD- 10 F45.41) mindestens ab dem Begutachtungszeitpunkt in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser/Magaziner sowie in jeder anderen Tätigkeit noch zu 65 % arbeitsfähig sei, ist indessen nicht nachvollziehbar. Abgesehen davon, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ keinerlei Ausführungen dazu machte, weshalb sie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf insgesamt 65 % schätzte (vgl. IV-act. 181 S. 223 f.), setzte sie sich in ihrem psychiatrischen Teilgutachten auch nicht rechtsgenüßlich mit den Indikatoren bzw. den normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 auseinander (vgl. dazu vorstehende Erwägung 4.2.3). Der Umstand, dass sie ein Mini-ICF-APP durchführte (vgl. IV-act. 181 S. 218 ff.; vgl. auch IV-act. 181 S. 47 ff.), ändert hieran nichts, zumal dieses rechtsprechungsgemäss bloss eine Ergänzung darstellt; die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage sind im Einzelfall anhand von Standardindikatoren zu prüfen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.3; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2019 vom 8. April 2020 E. 4.3.1 und 9C\_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 4.3).

#### **E. 22**

/ 25 Bericht vom 2. März 2025 (Testdaten: 27. und 28. Februar 2025) zum Schluss, die beim Beschwerdeführer beobachtete Belastbarkeit liege unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Tätigkeit als Gipser (vgl. IV-act. 181 S. 231; vgl. auch den Bericht Ergonomietrainingsprogramm vom 4. Januar 2024 [IV- act. 95]). Sie entspreche zwischen einer leichten und einer leichten bis mittelschweren Arbeit. Der Beschwerdeführer hantiere Gewichte bis max. 12.5 kg, was ihm selten (das heisst insgesamt bis ca. eine halbe Stunde) zuzumuten wäre. Gewichte, welche ihm oft (das heisst insgesamt drei bis sechs Stunden) zugemutet werden könnten, lägen bei 2.5 kg bis 7.5 kg. Zudem bestünden funktionelle Limiten: Manchmal möglich seien Arbeiten über Schulterhöhe, vorgeneigtes Stehen und

Sitzen, Hockstellung, Stossen, Ziehen, Knien sowie wiederholte Kniebeugen. Zeitlich sollte jedoch eine ganztägige Belastung möglich sein (vgl. IV-act. 181 S. 230). Demgegenüber lässt sich dem Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. Juni 2023 entnehmen, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser des Öfteren (d.h. drei bis rund 5.25 Stunden pro Tag) dem Heben oder Tragen leichter (d.h. 0-10 kg), mittelschwerer (d.h. 10-25 kg) und schwerer (d.h. über 25 kg) Lasten ausgesetzt war bzw. wäre (vgl. IV-act. 74 S. 3). Zwar hielt die verantwortliche EFL-Therapeutin K.\_\_\_\_\_ fest, es habe anlässlich der EFL- Untersuchung eine mässige Symptomausweitung mit Selbstlimitierung beobachtet werden können (vgl. IV-act. 181 S. 229 f.; siehe ferner Bericht Ergonomietrainingsprogramm vom 4. Januar 2024 [IV-act. 95 S. 6 f.]). In ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachterinnen und Gutachter letztlich zum Schluss, aus interdisziplinärer Sicht habe der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtungen (d.h. der allgemein-internistischen, kardiologischen, neurologischen und orthopädischen, psychiatrischen Begutachtung sowie der EFL- Abklärung; vgl. dazu IV-act. 181 S. 43 ff.) (lediglich) Verdeutlichungstendenzen gezeigt, welche in das somatoforme Störungsbild eingeordnet werden könnten. Es gebe keine sicheren Hinweise auf ein Aggravationsverhalten oder eine Simulation (vgl. IV-act. 181 S. 45 f.). Dass der Beschwerdeführer trotz der Ergebnisse in der EFL-Abklärung in jedweder Tätigkeit zu 65 % arbeitsfähig sein soll, ist somit erklärungsbedürftig. 10. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mehrere Indizien gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des estimated-Gutachtens sprechen. Zwar ist nicht ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung verschlechtert hat und die Beschwerdegegnerin somit vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung weitere medizinische Abklärungen hätte vornehmen müssen. Das Gutachten ist aber insofern ergänzungsbedürftig, als der orthopädische Teilgutachter ohne Auseinandersetzung mit der im MRI vom

## **E. 23**

/ 25 19. Dezember 2022 ausgewiesenen AC-Gelenkarthrose zum Schluss gekommen ist, für die geklagten Beschwerden habe auf orthopädischem Gebiet kein Korrelat gefunden werden können (vgl. dazu vorstehende Erwägung 9.2). Darüber hinaus erweist sich das Gutachten auch insofern als unvollständig, als sich die psychiatrische Teilgutachterin bei der Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens des Beschwerdeführers nicht an den massgeblichen Standardindikatoren orientiert und sie die dem Beschwerdeführer attestierte Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet hat (vgl. dazu vorstehende Erwägung 9.5.1). Im Einklang mit BGE 137 V 210 ist die Angelegenheit daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere sachverständige bzw. fachärztliche Abklärungen vornimmt, um die in den vorstehenden Erwägungen beschriebenen Mängel zu beheben. Dazu gehört auch die Einholung einer neuen, konsensualen Einschätzung der Gesamtarbeits(un)fähigkeit aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht, welche sich insbesondere mit den Ergebnissen der EFL- Abklärung vom 27. und 28. Februar 2025 (vgl. IV-act. 181 S. 229 ff.) sowie den Belastungsanforderungen der bisherigen Tätigkeit als Gipser in schlüssiger Weise auseinandersetzt (vgl. dazu vorstehende Erwägung 9.5.2). Abgesehen davon wird die Beschwerdegegnerin bei den behandelnden Ärzten Verlaufsberichte einholen und gestützt auf die dazumal vollständigen medizinischen Unterlagen den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu prüfen haben. Damit erübrigt es sich, bereits im vorliegenden Verfahren auf die Ermittlung des Validen- und des Invalideneinkommens einzugehen. 11.

Im Ergebnis ist die Beschwerde somit gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 18. September 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

**E. 24**

/ 25 Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten von CHF 700.00 demnach der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

**E. 25**

/ 25 Es wird erkannt:

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