

GR_GERICHTE SV1 2025 7 vom 25. August 2025

GR Gerichte, 2025-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_7

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 7 du 25 août 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 7 del 25 agosto 2025

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | 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 27. Januar 2025 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer davon berührt und er weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten. 2.1. Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Ein solcher Anspruch könnte angesichts der Anmeldung vom

E. 2

März 2023 wegen der seit dem 18. August 2022 bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Case Report [IV-act. 127 S. 13]) gestützt auf Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG frühestens ab dem 1. September 2023 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entstehen, sofern dazumal ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vorgelegen hat (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Umstritten ist im Allgemeinen, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mangels Vorliegen eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zu Recht verneint hat. Zu prüfen ist namentlich, ob beim Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % auf dem ersten Arbeitsmarkt besteht. Ferner bestreitet der Beschwerdeführer, dass der Invaliditätsgrad korrekt berechnet wurde.

E. 2.2

Soweit der Beschwerdeführer in seinem Eventualbegehren die Erbringung von beruflichen Massnahmen beantragt, ist festzuhalten, dass solche nicht vom vorliegenden Streitgegenstand erfasst sind. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen wurde geprüft. Es fanden diverse Gespräche mit dem Beschwerdeführer sowie seiner behandelnden Psychiaterin Dr. med. D._____ betreffend vorhandene Stabilität für Integrationsmassnahmen statt. Anlässlich des Gesprächs vom 15. November 2023 zwischen

Dr. med. D._____ und dem Eingliederungsberater wurde ein verschlechterter Zustand des Beschwerdeführers dargestellt, worauf die Eingliederungsmassnahmen ohne Massnahmedurchführung mit Mitteilung vom 20. November 2023 beendet bzw. abgewiesen wurden, da sich

E. 7

/ 30 der Beschwerdeführer nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung IM [IV-act. 78]; Mitteilung vom 20. November 2023 [IV-act. 79]). Da vom anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer keine Begründung seines Eventualbegehrens vorliegt und für das streitberufene Gericht keine Anhaltspunkte für das Angezeigtsein von beruflichen Massnahmen irgendwelcher Art ersichtlich sind, ist auf den entsprechenden Eventualantrag nicht einzutreten. 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 (statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.1 f., 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.1), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung frühestens ab dem 1. September 2023 fände (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG), sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025; <<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452>>]). 4.1. Der Beschwerdeführer beantragt in seiner Beschwerde subeventualiter, den vorliegenden Prozess bis zum Abschluss der Unfallstreitigkeit mit der Suva zu sistieren. In diesem Zusammenhang führt er aus, die Suva erbringe gegenwärtig die Leistungen nach UVG. Demnächst werde eine Leistungsabklärung im stationären Rahmen in der G._____ durchgeführt. Gestützt darauf werde sich zeigen, über welche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführer noch verfüge (vgl. act. A.1 S. 2 f.). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich nicht zum Sistierungsantrag. In der Replik wurde das Thema vom Beschwerdeführer nicht nochmals aufgegriffen. 4.2. Dass zwischenzeitlich eine stationäre Leistungsabklärung durchgeführt worden wäre, ist nicht ersichtlich. Ein entsprechender Bericht wurde dem Gericht zumindest nicht eingereicht. Sodann informierte die Suva mit Schreiben vom 21. März 2025, dass der medizinische Endzustand erreicht worden sei und deshalb

E. 8

/ 30 die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. März 2025 eingestellt würden (act. B.10). Der Entscheid der Suva über eine allfällige Rente des Beschwerdeführers nach UVG ist noch ausstehend bzw. liegt nicht bei den Akten. Ungeachtet dessen hat der Entscheid der Unfallversicherung über die Höhe des Invaliditätsgrads für die Beschwerdegegnerin ohnehin keine Bindungswirkung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2024 vom 2. Juni 2025 E. 5 m.H. auf BGE 133 V 549 E. 6). Zudem berücksichtigt die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und

erwerblichen Unfallfolgen. Im Bereich der Invalidenversicherung sind aber nicht lediglich unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen relevant. Eine Rolle spielen können auch krankhafte Vorzustände oder psychische Fehlentwicklungen, für welche der Unfall keine adäquate kausale Ursache darstellt. Abgesehen von der fehlenden Bindung an die Höhe des Invaliditätsgrades ist zu beachten, dass vorliegend nicht nur Unfallfolgen, konkret die Folgen der FSME, sondern auch Krankheitsfolgen, z.B. die Folgen der langjährigen Polytoxikomanie und der ADHS, in Frage stehen. Es dürften daher bei der Unfallversicherung und der Beschwerdegegnerin unterschiedliche Invaliditätsgrade resultieren. Nach dem Ausgeführten ist das Begehren um Verfahrensassistierung abzuweisen.

5.1. 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).

5.2.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Diese richtet sich bei erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG, wobei der Bundesrat die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren umschreibt. Mithin ist in diesem Fall ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener

E. 9

/ 30 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).

5.2.2. Nach Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV bestimmt sich das Einkommen ohne Invalidität (sog. Valideneinkommen) anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Hinsichtlich der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (sog. Invalideneinkommen) sieht Art. 26bis Abs. 1 IVV was folgt vor: Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet. Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor,

so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26bis Abs. 2 Satz 1 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26bis Abs. 3 IVV mit Verweis auf Art. 49 Abs. 1bis IVV in der bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Abs. 3 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1). 5.3. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu

E. 9.1

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 6.2.2 f. hiervor) ist festzustellen, dass das medTandem-Gutachten vom 13. Juni 2024 samt Stellungnahme vom 5. November 2024 in Kenntnis der Vorakten, einschliesslich der Beurteilungen der behandelnden Ärzte (vgl. IV-act. 96 S. 5, S. 13 ff., S. 26, S. 35, S. 44 und S. 51), sowie der vom Beschwerdeführer früher und zum Zeitpunkt der Begutachtung geklagten sowie der aktenkundigen Beschwerden und dem Krankheitsverlauf (vgl. IV-act. 96 S. 5, S. 26 f. und S. 45) ergangen ist. Es basiert sodann auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 96 S. 31 ff. und S. 48 f.) und setzt sich mit vorbefundlichen Diagnosen auseinander (vgl. IV-act. 96 S. 25 ff., S. 35 f., S. 43 und S. 51 ff.). Auch nahmen die Gutachter zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 96 S. 8 ff., S. 39 f. und S. 58 f.). Dabei wiesen sie in der Konsensbeurteilung als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) aus (vgl. IV-act. 96 S. 6). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die Folgenden (vgl. IV-act. 96 S. 6): ■ Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20) ■ Status nach schädlichem Gebrauch von Kokain (ICD-14.9) ■ Status nach schädlichem Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-13.9) ■ Status nach schädlichem Gebrauch von Stimulanzien (ICD-15.9) ■ Status nach schädlichem Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-12.9) ■ Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) ■ Vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1) ■ Diskrete Fazialisparese mit Mundastchwäche, bei Status nach FSME mit Befall mehrerer Hirnnerven (ICD-10: G51.8)

E. 9.2

In ihrer Stellungnahme vom 5. November 2024 zum vom Beschwerdeführer erhobenen Einwand und den zusätzlichen Berichten führten die Gutachter namentlich aus, aus neurologischer Sicht würden die zusätzlichen Berichte im Zusammenhang mit dem eingegangenen Einwand an der neurologischen gutachterlichen Würdigung nichts ändern. Durch den Bericht der neurologischen Klinik des M._____ (M._____) vom 21. August 2024 werde bestätigt, dass die Bewegungsstörungen nicht organischer, sondern funktioneller Natur seien. Für «eine weitere somatische Verschlechterung der körperlichen Funktionen» fänden sich in den Akten keine Hinweise. Es fände sich auch keine erhebliche Divergenz der Befunde der eigenen Untersuchung im Vergleich mit früheren

Untersuchungen. Welche körperlichen Funktionen sich verschlechtert haben sollen, werde hier nicht genannt. Zu einer Visusverschlechterung komme es mit zunehmendem Alter in den meisten Fällen. Diese könne mit einer Brille korrigiert werden. Eine Verschlechterung des Tinnitus sei eine subjektive Aussage des Beschwerdeführers, welche nach den im Gutachten beschriebenen Inkonsistenzen nicht 1:1 übernommen werden könne (vgl. IV-act. 121 S. 1). Aus psychiatrischer Sicht sei es dem Beschwerdeführer gemäss anamnestischer Angaben im eingegangenen Bericht des M._____ psychisch prinzipiell zuletzt recht stabil gegangen. Durch die zunehmenden körperlichen Beschwerden seit der Episode im März sei er jedoch belastet, was grundsätzlich die Aussagen bezüglich negativer Verläufe und mehrerer Symptome von Dr. med. D._____ relativiere. In der gutachterlichen Untersuchung seien vom Beschwerdeführer zudem vordergründig somatische Beschwerden beklagt worden, was sich auch mit der Beschwerdeschilderung im eingegangenen Bericht decke. Nicht übersehen werden dürfe auch, dass das durchgeführte Beschwerdevalidierungsverfahren praktisch einen sicheren Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe offenbare. Da somit nicht von einer authentischen Beschwerdeschilderung in der psychiatrisch- gutachterlichen Untersuchung ausgegangen werden können, könne auch

E. 9.3

Soweit der Beschwerdeführer zunächst vorbringt, eine Gutachterstelle "K._____ St. Gallen" sowie die c/o erwähnte Firma medTandem.ch AG gebe es nicht, ist dem zu entgegnen, dass Gutachter Dr. med. K._____, Facharzt für Neurologie, und Gutachter N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auf der Liste der Sachverständigen-Zweierteams, welche eine Vereinbarung mit dem BSV abgeschlossen haben, aufgeführt sind, wobei als Korrespondenzadresse "Dr. med. K._____, c/o medTandem.ch AG, _____", angegeben ist. Bidisziplinäre Gutachten können bei einer Gutachterstelle oder bei einem Sachverständigen- Zweierteam in Auftrag gegeben werden, welche mit der Beschwerdegegnerin (vertreten durch das BSV) eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen haben, was vorliegend der Fall ist (vgl. <<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/gutachten-iv/medizinische-abklaerungsstellen.html>>). Das diesbezügliche Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist damit nicht zu beanstanden. Gleichermassen zielt der Einwand des Beschwerdeführers ins Leere, wonach der Gutachter Dr. med. K._____ anlässlich der Begutachtung vom 21. Mai 2024 bereits 74 oder 75 Jahre gewesen sein soll, handelt es sich bei diesem nach dem vorstehend Ausgeführten doch um einen aktuell zugelassenen Sachverständigen. Zutreffend ist, dass Gutachter N._____ entgegen der Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2024 (vgl. IV-act. 91) über keinen Dokortitel verfügt. Dies wurde seitens der Beschwerdegegnerin allerdings im Schreiben betreffend Aufgebot zur medizinischen Abklärung vom 15. April 2024 korrigiert (vgl. IV-act. 93). Im Übrigen ist der Dokortitel auch nicht relevant, sondern ist für die Zulassung als medizinischer Sachverständiger, welcher im Auftrag der Beschwerdegegnerin Gutachten erstellt, Voraussetzung, dass die Person über die entsprechende fachärztliche Ausbildung verfügt, im Medizinalberuferegister eingetragen ist, über eine Berufsausübungsbewilligung des zuständigen Kantons und über mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung verfügt (vgl. Art. 7m ATSV [SR 830.11]; <<https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/gutachten-iv/medizinische-abklaerungsstellen.html>>). Diese

E. 9.4

Der Beschwerdeführer bemängelt, dass der neurologische Gutachter Dr. med. K._____ das seit dem 7. März 2024 bzw. seit dem damaligen epileptischen Anfall deutlich schlechtere Gangbild nicht berücksichtigt habe. Dem ist beizupflichten, denn soweit die Gutachter die nicht einordbare Gangunsicherheit in ihrer Konsensbeurteilung damit abtun, dass diese keinem organischen Muster entspreche (vgl. IV-act. 96 S. 5), greift dies zu kurz. Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer infolge einer FSME vom 28. September 2022 bis 12. Oktober 2022 im F._____ hospitalisiert war. Bei Austritt aus dem F._____ zeigten sich infolge der FSME nur leichte Residuen mit Dysarthrie und eine Gangunsicherheit (vgl. IV-act. 69 S. 6 und 8). Nach dem stationären Aufenthalt in der G._____ zur neurologischen Rehabilitation war der Beschwerdeführer bei Austritt am 1. November 2022 sicher und selbständig im und ausser Haus gehfähig (vgl. IV-act. 60 S. 2 = 69 S. 13). In der Folge berichtete auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D._____ am 3. März 2023 davon, dass das Gangbild verbessert werden konnte (vgl. IV-act. 38 S. 2). Aufgrund eines Vorfalls am 7. März 2024 verschlechterte sich das Gangbild wieder. So führte die Physiotherapeutin O._____ in ihrem Bericht vom 27. März 2024 aus, seit dem Epilepsieanfall am 7. März laufe der Beschwerdeführer nun objektiv deutlich unsicherer, breitbasiger

E. 9.5

Ebenso berichtete der Beschwerdeführer gegenüber den Ärzten von einem deutlich verstärkten Tinnitus seit dem Vorfall vom 7. März 2024. So sei er seit dem besagten Ereignis lärmempfindlicher und der Tinnitus sei lauter und greller geworden (vgl. Verlaufsbericht ORL vom 29. April 2024 [IV-act. 96 S. 67]; Bericht Dres. med. R._____ und S._____ vom 21. August 2024 [IV-act. 114 S. 2]). Von einer diesbezüglichen Verschlechterung spricht auch die Ergotherapeutin T._____ in ihrem Bericht vom 28. März 2024. So führte sie namentlich aus, seit Mai 2023 habe der Beschwerdeführer gute Fortschritte gemacht. Die Aufmerksamkeitsspanne habe sich von 20 Minuten auf 45 Minuten gesteigert. Danach träten Ermüdungserscheinungen auf. Zudem habe sich der Beschwerdeführer im Verlauf deutlich besser auf Aufgaben fokussieren können und sei immer weniger durch äussere Faktoren, Gedanken oder Tinnitus abgelenkt gewesen. Seit dem epileptischen Ereignis am 7. März zeige sich der Beschwerdeführer wieder deutlich weniger fokussiert, müsse Pausen während den Aufgaben machen, da ihn der verstärkte Tinnitus sehr störe. Die Aufmerksamkeitsspanne liege nach wie vor bei 45 Minuten, wobei aber wie bereits genannt im Vergleich zu vorher Pausen eingelegt werden müssten. Zudem müsse er aufgrund der wieder reduzierten Fokussierung öfters zurück zur Aufgabe geholt

E. 9.6

Wie der Beschwerdeführer alsdann zutreffend festhält, wurde von der Beschwerdegegnerin keine neuropsychologische Begutachtung in Auftrag gegeben. Gutachter Dr. med. K._____ würdigte in seinem neurologischen Teilgutachten jedoch den Bericht von Dr. phil. J._____ vom 18. April 2023 betreffend die am 13. April 2023 bereits stattgefundenene neuropsychologische Untersuchung, anlässlich welcher Letztere eine mittelschwere neurokognitive Störung bei FSME und langjähriger Polytoxikomanie sowie eine ADHS diagnostizierte und eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellte (vgl. IV-act. 62 S. 1). In ihrer Beurteilung führte Dr. phil. J._____ namentlich aus, im Vordergrund der neuropsychologischen Untersuchung stünden mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen der verbalen Lern- und Gedächtnisfähigkeit (Encodierungs-, Abruf-

und Speicherdefizite inkl. erhöhter Konfabulationsneigung) sowie Minderleistungen in Teilbereichen der Exekutivfunktionen (Planung) und Aufmerksamkeit (fokussierte und selektive Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsteilung), wobei die erhöhte Anzahl Fehler in der Testung zur Aufmerksamkeitsteilung womöglich auf den Tinnitus (Differenzierungsproblematik zwischen auditiven Reizen des Tests und dem Tinnitus) zurückzuführen sei. Anamnestisch stünden Gedächtnisschwierigkeiten, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit (Ablenkbarkeit, Fadenverlieren, Überforderung bei zu

E. 9.7

Im Weiteren diagnostizierte der psychiatrische Gutachter N._____ einzig eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung dieser Diagnose führte er aus, mit euthymer Stimmung, fehlender Interessenslosigkeit, gutem Antrieb und nur rascherer Erschöpfung liege nur ein depressives Hauptsymptom vor, sodass die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt würden. Mit Anwesenheit von körperlichen Symptomen (insbesondere Tinnitus), übermässigen Gedanken, Sorgen und Angst in Bezug auf diese körperlichen Symptome, relevanter Beeinträchtigung im täglichen Leben (beruflicher, sozialer und persönlicher Aktivitäten), aber dem Umstand, dass keine gutachterliche HNO-ärztliche Plausibilisierung des Ausmasses der körperlichen Symptome vorliege, könne keine Diagnosediskussion einer somatischen Belastungsstörung gemäss DSM-5 durchgeführt werden. Der beklagte Tinnitus könne in der aktuellen Untersuchung nicht vollständig plausibilisiert werden. Auch stehe zudem noch ein Cochlea- Implantat an. Da aktuell eine potentielle Psychogenese bzw. ein psychischer Anteil daran nicht sicher beurteilt werden könne, werde er daher als psychosoziale Belastung bewertet, die zu einem relevanten Leidensdruck führe, der aber noch nicht das Ausmass einer klinisch relevanten depressiven Episode angenommen habe. Somit würden gemäss ICD-10 die Kriterien einer Anpassungsstörung erfüllt (vgl. IV-act. 96 S. 36). Angesichts des Umstandes, dass das Ausmass der körperlichen Symptome, insbesondere des Tinnitus, anlässlich der Untersuchung nicht (vollständig) plausibilisiert werden konnte, hätte sich aus psychiatrischer Sicht insbesondere eine Diskussion einer möglichen Somatisierungsstörung aufgedrängt. Denn eine solche zeichnet sich durch anhaltende multiple und unterschiedliche

27 / 30 körperliche Symptome aus, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 225). Wenn nun Gutachter N._____ diesbezüglich festhielt, eine Diagnosediskussion einer somatischen Belastungsstörung könne aufgrund des Fehlens einer HNO-ärztlichen Plausibilisierung des Ausmasses der körperlichen Symptome nicht durchgeführt werden, erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Denn kann aufgrund des Fehlens einer HNO-ärztlichen Untersuchung/Begutachtung keine Diskussion einer möglichen Somatisierungsstörung erfolgen, muss zunächst eine entsprechende HNO-ärztliche Untersuchung/Begutachtung nachgeholt werden und im Anschluss – sofern keine organische Ursache für den Tinnitus gefunden wird – die diesbezügliche Diskussion einer möglichen Somatisierungsstörung erfolgen. Dass der Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist, zeigt sich denn auch angesichts des Umstandes, dass Gutachter N._____ selbst eine Re-Begutachtung nach erfolgter operativer Versorgung mit einem Cochlea-Implantat empfiehlt, und zwar unter Hinzuziehung eines Facharztes HNO. Dies mit der Begründung, dass sich die Störung

psychoreaktiv auf den beklagten Tinnitus auswirke, dieser in der aktuellen Untersuchung nicht habe plausibilisiert werden können und zum jetzigen Zeitpunkt keine valide Einschätzung der Prognose und möglichen Therapiedauer vorgenommen werden könne (vgl. IV-act. 96 S. 7, 36 und 40).

E. 10

/ 30 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 % 6.1. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2025 einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das bidisziplinäre medTandem-Gutachten vom

E. 10.1

Insgesamt betrachtet stellt das medTandem-Gutachten vom 13. Juni 2024 samt Stellungnahme vom 5. November 2024 keine beweiswertige Beurteilung dar, mit welcher das Vorliegen einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer leidensangepassten Tätigkeit nachvollziehbar begründet worden wäre. Darauf kann somit nicht abgestellt werden. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweismwürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4, in: Pra 2014 Nr. 32, und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.).

E. 10.2

Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unzureichend abgeklärt präsentiert und letztlich auf das medTandem-Gutachten vom 13. Juni 2024 samt Stellungnahme vom 5. November 2024 abgestellt wurde, obwohl dieses

E. 13

/ 30 Parteivertreterin stattgefunden hat. Den Ausführungen von Dr. med. D._____ kann deshalb im Vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zukommen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_532/2024 vom 26. Juni 2025 E. 4.2 und 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2). 7. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N. 14 ff. und N. 96 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch

grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4, 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2, 8C_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.1 und 8C_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5). 8. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auf fachärztlich diagnostizierte primäre Abhängigkeitssyndrome ausgedehnt. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. KSIR, Stand 1. Januar 2025, Rz. 1105).

E. 14

/ 30 Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; KSIR, Rz. 1105 bzw. Anhang I [des KSIR]).

E. 15

/ 30 ■ Hochgradiger Hörverlust bei Status nach Meningokranioradikulitis mit multiplem Hirnnervenbefall, starker Tinnitus (ICD-10: H93.3) ■ Rezidivierende Lumbalgien (ICD-10: M54.96): Aktuell ohne Hinweise auf radikuläres Reiz- oder sensomotorisches Ausfallsyndrom einer lumbalen Wurzel ■ Rechts betonte myokloniforme Willkürbewegungen, vorwiegend der Beine, rechts betont, nicht organischer Natur (ICD-10: G25.9) ■ Extremitätenungeschicklichkeit, nichtorganischer Natur (ICD-10; R27.0) ■ Verdacht auf mnestiche Defizite ohne objektivierbare Befunde, ohne objektivierbare Graduierung (ICD-10: U51.0) Dazu führten die Gutachter in der Gesamtbeurteilung aus, sowohl neurologisch wie psychiatrisch seien eine Vielzahl an Diagnosen gestellt worden, aber nur psychiatrisch bestehe aufgrund einer Anpassungsstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 96 S. 7). Die

explizit im Auftrag angeführten Angaben eines verschlechterten Gesundheitszustandes mit Panikattacken und Angstzuständen hätten in der psychiatrischen Untersuchung nicht verifiziert werden können, da der Beschwerdeführer keinerlei Panikattacken und Angstzustände angegeben habe (vgl. IV-act. 96 S. 11). Sodann habe dieser zwar eindrücklich die Einschränkungen durch seinen Tinnitus und seine Konzentrationsprobleme geschildert, ein Leidensdruck diesbezüglich sei aber mindestens während der neurologischen Untersuchungsphase nicht spürbar gewesen. Auch der Verlauf der FSME-Infektion sei divergent zu den Akten deutlich dramatischer (fünf Tage Koma) geschildert worden, als dieser sich zugetragen habe. Bei dem vom Beschwerdeführer geschilderten mannigfaltigen Tagesablauf sei eine Arbeitsunfähigkeit, wie sie Letzterer für sich annehme, weder neurologisch noch psychiatrisch nachvollziehbar. Rein neurologisch seien die Funktionseinbussen insgesamt gering. Am deutlichsten schlage die Hörstörung links zu Buche. Im Übrigen fänden sich aber keine relevanten, eine Arbeitstätigkeit einschränkenden Befunde. Die Befunde bei der Untersuchung seien, abgesehen von der Facialisparese und der Hörminderung, allesamt als funktionell zu bewerten. Bezüglich Sensibilität hätten inkonsistente Angaben bestanden und bezüglich Kraftprüfung des rechten Beines eine verminderte Willensanstrengung. Bei symmetrischen Reflexen, symmetrischem Muskeltonus und symmetrischer muskulärer Trophik habe sich die vom Beschwerdeführer suggerierte Schwäche nicht nachvollziehen lassen. Die beim Finger-Nase-Versuch gezeigte Ataxie entspreche auch nicht einem organischen Muster. Dies gelte auch für den Finger- Finger-Versuch und für die nicht einordbare Gangunsicherheit. Das in der psychiatrischen Untersuchung durchgeführte Beschwerdevalidierungsverfahren

E. 16

/ 30 stelle praktisch einen sicheren Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe dar. Daher könne nicht sicher von einer authentischen Beschwerdenschilderung ausgegangen werden (vgl. IV-act. 96 S. 5). Dass der Beschwerdeführer bislang keine angebotenen Eingliederungsmassnahmen auf dem ersten Arbeitsmarkt angenommen habe, sei rein medizinisch nicht zu erklären. Möglich wäre im Hinblick auf die unauthentische Beschwerdenschilderung und die Inkonsistenzen in der neurologischen Untersuchung auch eine unzureichende Motivation (vgl. IV-act. 96 S. 7). Die Gutachter erachteten die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann aus psychiatrischer Sicht aufgrund der reduzierten psychischen Resilienz und einer möglichen Psychogenese des Tinnitus in Folge der in diesem Beruf vorhandenen Lärmbelastung als aufgehoben. In einer angepassten Tätigkeit schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers demgegenüber auf 70 % und die Arbeitsunfähigkeit demnach auf 30 % (vgl. IV-act. 96 S. 9). Als angepasste Tätigkeit wurden von den Gutachtern einfache Tätigkeiten mit wenig Anforderungen an Multitasking und Ergebnisqualität in eher kleineren Arbeitsteams in ruhigerer Umgebung und flexiblen Arbeitszeiten definiert. Entsprechend der Anamnese mit rezidivierenden Lumbalgien sollte das häufige Tragen von schweren Gegenständen vermieden werden. Gegenstände bis 10 kg könnten jedoch gehoben werden. Das Bedienen von Maschinen bei einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie das Besteigen von Gerüsten oder Leitern sei, solange subjektiv eine grosse Gangunsicherheit bestehe, nicht gestattet. Die Gutachter erachteten in einer angepassten Tätigkeit eine maximale Präsenz von sieben Stunden pro Tag als möglich, wobei während dieser Abwesenheit eine Einschränkung der Leistung von 15 % wegen der Notwendigkeit von flexiblen Pausen bei rascherer Erschöpfung bestehe. Betreffend den zeitlichen Verlauf der Entwicklung der

Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, mangels Vorliegens fachpsychiatrischer Berichte vor August 2022 könnten keine validen Aussagen getätigt werden. Von August 2022 bis September 2022 sei im Rahmen der Hospitalisation von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % auszugehen. Auch im Hinblick auf die FSME im September 2022 sei von einer psychischen Dekompensation und daher gemäss Einschätzung der L._____ von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % vom

E. 18

/ 30 nicht sicher ausgeschlossen werden, dass auch eine negative Antwortverzerrung in der neurologisch-gutachterlichen Untersuchung und auch in den Sitzungen mit Dr. med. D._____ vorgelegen habe. Die empirische Lage zeige nämlich, dass auch Experten sehr schlecht darin seien, Täuschungsversuche aufgrund des klinischen Eindrucks zu entdecken. Somit ergäben sich weder aus neurologischer noch aus psychiatrischer Sicht neue valide Anhaltspunkte, welche zu einer Änderung der gutachterlichen Bewertung führen würden (vgl. IV-act. 121 S. 2).

E. 19

/ 30 Voraussetzungen erfüllt Gutachter N._____ offensichtlich, da er auf der Liste aufgeführt ist. Ferner kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch keine Rede davon sein, dass die Beschwerdegegnerin in unzulässigerweise auf die Gutachter Einfluss genommen haben soll. So sind für einen Rentenanspruch die vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massgebend. Ob zwischen den neuropsychologischen Einschränkungen und der FSME ein Kausalzusammenhang besteht, ist für die Beurteilung eines Rentenanspruchs nach IVG – im Gegensatz zu einem Rentenanspruch nach UVG – demgegenüber nicht relevant. Soweit der Beschwerdeführer alsdann implizit die Begutachtungsdauer rügt, ist dem entgegenzuhalten, dass aus einer verhältnismässig kurzen Dauer der Exploration nicht von vornherein auf mangelnde Sorgfalt geschlossen werden kann. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_738/2024 vom 2. Juni 2025 E. 6, 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.7.3 und 9C_234/2023 vom 4. September 2023 E. 3.2.3). Besondere Problemstellungen, die eine Explorationsdauer von 70 Minuten (psychiatrische Begutachtung) bzw. von 105 Minuten (neurologische Begutachtung) als unangemessen kurz erscheinen lassen könnten, sind vorliegend nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_234/2023 vom 4. September 2023 E. 3.2.3).

E. 20

/ 30 und "federnd" aus der Wade rechts. An den Kraftgeräten könne er seither weniger Gewichte bewältigen. Vor diesem Ereignis berichtete sie im Einklang mit den Ärzten davon, dass der Beschwerdeführer sich deutlich verbessern konnte und er sich wohl fühle (vgl. Bericht des Physiozentrums Ambulante P._____ vom 27. März 2024 [IV- act. 96 S. 64]). In der Folge diagnostizierte Dr. med. Q._____, Facharzt für Neurochirurgie und leitender Arzt am F._____, am 7. Mai 2024 eine Gangstörung unklarer Ätiologie bei vorbestehender Gangstörung (bei) anamnestisch nach Status nach FSME sowie unklarem Bewusstseinsverlust im März 2024. Dr. med. Q._____ konnte zwar im Vergleich zur Voruntersuchung im März 2023 keine signifikante Befundänderung feststellen, allerdings zeigte sich bei der klinischen Untersuchung ein deutlich alteriertes Gangbild mit Minderbelastung des rechten Beines (vgl. Bericht des F._____ vom 22. Mai 2024 [IV-act.

96 S. 78]). Im Einklang mit der gestellten Diagnose ist alsdann dem Physiotherapiebericht vom 15. Mai 2024 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aktuell ein deutlich schlechteres Gangbild im Vergleich zu Anfang des Jahres 2024 zeige. Er knicke häufig ein und zeige verminderte Kraftwerte in den Beinen. Beim zwei Minuten-Gehtest gehe er aktuell 100 Meter, was deutlich unter dem alters- und geschlechtsspezifischen Normwert liege. Ebenso sei die Oberflächensensibilität im Vergleich zu Anfang des Jahres 2024 deutlich reduziert (vgl. IV-act. 96 S. 75). Vor diesem Hintergrund überzeugt die Schlussfolgerung der Gutachter, wonach bezüglich Kraftprüfung des rechten Beines eine verminderte Willensanstrengung vorliege und die diesbezügliche Schwäche deshalb nicht nachvollzogen werden könne (vgl. IV-act. 96 S. 5), nicht, zumal der Beschwerdeführer sowohl von den beiden Gutachtern (vgl. IV-act. 96 S. 29 und 48) als auch in diversen Berichten als kooperativ, motiviert und engagiert beschrieben wird (vgl. Austrittsbericht der C._____ vom 17. November 2022 [IV-act. 40 S. 16]; Austrittsbericht der G._____ vom 1. November 2022 [IV-act. 40 S. 21 = 69 S. 13]; Berichte Dr. med. D._____ vom 3. März 2023 und 4. September 2023 [IV-act. 38 S. 2 und 69 S. 57]; Berichte neuropsychologische Untersuchungen vom 18. April 2023 und 19. Oktober 2024 [IV-act. 62 S. 3 und 119 S. 5 = act. B.6 S. 5]). Dr. med. R._____, Facharzt Neurologie und leitender Arzt Neurologie am M._____, und Dr. med. univ. S._____ stellten in ihrem Bericht vom 21. August 2024 eine sensomotorische Hemisymptomatik rechts sowie eine Gangstörung fest und wiesen diesbezüglich eine funktionelle neurologische Störung mit Symptombeginn nach der Synkope am 7. März 2024 aus (vgl. IV-act. 114 S. 1). Zusammenfassend führten sie aus, bei einer funktionellen neurologischen Störung handle es sich um eine Funktionsstörung ohne strukturelles Korrelat. Es sei davon auszugehen, dass sich die funktionelle Störung auf dem Boden diskreter Residuen nach der FSME- Infektion entwickelt habe. Die Synkope am 7. März 2024 habe möglicherweise als Trigger gedient, ohne dass hierbei ein eigentlicher kausaler Zusammenhang

E. 21

/ 30 angenommen werden dürfe. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit konnten die Ärzte keine quantitative Aussage tätigen, hielten jedoch fest, dass in der aktuellen Situation mit derzeit instabilem Krankheitsverlauf von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. IV-act. 114 S. 4). Damit wurde durch verschiedene Ärzte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit dem Vorfall am 7. März 2024 festgestellt (vgl. ferner auch Einwand von Dr. med. D._____ vom 20. August 2024 [IV-act. 103]). Wie der Beschwerdeführer zu Recht rügt, haben sich die Gutachter mit diesen divergierenden Berichten im ursprünglichen medTandem-Gutachten vom 13. Juni 2024 nicht auseinandergesetzt, obwohl die entsprechenden Berichte dem medTandem-Gutachten angefügt wurden (vgl. IV-act. 69 S. 64, 75 und 78). Soweit der neurologische Gutachter Dr. med. K._____ in Bezug auf den nachgereichten Bericht des M._____ vom 21. August 2024 in der ergänzenden Stellungnahme vom 5. November 2024 lediglich festhielt, darin werde bestätigt, dass die Bewegungsstörungen nicht organischer Natur, sondern funktioneller Art seien (vgl. IV-act. 121 S. 1), und daraus offenbar folgert, dass diese deshalb keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, überzeugt dies nicht. Denn damit setzte er sich – ohne eingehende Begründung – in Widerspruch zur Beurteilung von Dr. med. R._____ und Dr. med. S._____, welche diesbezüglich von relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ausgingen.

E. 22

/ 30 werden. Zusätzlich sei der Beschwerdeführer nach der Therapie sichtbar stärker ermüdet als zuvor (vgl. IV-act. 96 S. 63). Auch mit diesen Berichten setzten sich die Gutachter nicht eingehend auseinander, sondern führten im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer habe zwar eindrücklich die Einschränkungen durch seinen Tinnitus und seine Konzentrationsprobleme geschildert, jedoch sei ein diesbezüglicher Leidensdruck während der Untersuchungsphase nicht spürbar gewesen und könne der Tinnitus nicht vollständig plausibilisiert werden. Aufgrund in der psychiatrischen Untersuchung durchgeführter Beschwerdevalidierungsverfahren gingen die Gutachter von ungültigen Beschwerdeangaben und einer nicht authentischen Beschwerdenschilderung aus (vgl. IV-act. 69 S. 5 und 36), wobei die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 5. November 2024 betreffend den Einwand von Dr. med. D._____ und den Bericht des M._____ vom 21. August 2024 auch eine negative Antwortverzerrung in den Sitzungen von Dr. med. D._____ vermuteten (vgl. IV-act. 121 S. 2). Soweit die Gutachter dem Beschwerdeführer somit eine bewusstseinsnahe Aggravation unterstellten, ist festzuhalten, dass die Frage, ob ein Verhalten (nur) verdeutlichend ist oder die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschreitet, rechtsprechungsgemäss einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht bedarf (Urteile des Bundesgerichts 8C_48/2024 vom 17. September 2024 E. 7.1, 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1, 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 4.2, 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1, 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2, in: SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121). Mithin geht es nicht an, neben den anlässlich der Begutachtung erhobenen klinischen Befunden lediglich auf die Ergebnisse des durchgeführten Zusatzbefundes des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ), der beim Beschwerdeführer auffallend hohe Scores für ein somatoformes Syndrom, für ein Major Depressives Syndrom, für ein Paniksyndrom und für andere Angstsyndrome ergab, abzustellen (vgl. IV-act. 96 S. 32 und 35), um auf einen eine versicherte Gesundheitsschädigung ausschliessenden Grund zu schliessen. Vorliegend bedarf es vielmehr einer sorgfältigen Prüfung des Krankheitsverlaufs des Beschwerdeführers anhand der echtzeitlichen Berichte. Daran ändert auch der von den Gutachtern festgestellte mannigfaltige Tagesablauf nichts (vgl. IV-act. 96 S. 5), ist diese Feststellung doch dahingehend zu relativieren, als der Beschwerdeführer anamnestisch lediglich Kontakt zu seinen drei Schwestern pflege, die Wohnung im Wesentlichen nur für gesundheitliche Termine wie Therapiebesuche sowie den Gang zur Apotheke und zum Sozialamt verlasse und ansonsten nicht in die Stadt gehe, da es ihm draussen zu laut sei (vgl. IV-act. 96 S. 27 und 46 f.). Zudem sei er mittags bereits müde und müsse dann schlafen (vgl. IV-act. 96 S. 27). Hinzu kommt,

E. 23

/ 30 dass die Schwester des Beschwerdeführers eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Beschwerdeführers gegenüber der Neuropsychologin Dr. phil. J._____ am 25. September 2024 bestätigte und ausführte, vor allem psychisch gehe es dem Beschwerdeführer schlechter. Er habe zwar einen grossen Willen, doch seien die fehlenden Erfolge/fehlende positive Entwicklung frustrierend. Die sozialen Kontakte würden weniger werden. Er gehe mittags zu den Eltern oder für den Kaffee zur Schwester, ertrage aber das Draussensein mit Freunden kaum. Auch bei Familienfesten brauche er aufgrund des Lärms nach kurzer Zeit Ruhe und ziehe sich zurück (vgl. IV-act. 119 S. 2 f. = act. B.6 S. 2 f.). Im Übrigen hielten auch beide Gutachter in ihren Verhaltensbeobachtungen fest, der Beschwerdeführer habe kooperativ gewirkt und motiviert an der Untersuchung mitgewirkt

(vgl. IV-act. 96 S. 29 und 48), und ein solch entsprechendes positives Verhalten geht auch aus zahlreichen weiteren Berichten hervor (vgl. Austrittsbericht der C._____ vom 17. November 2022 [IV-act. 40 S. 16]; Austrittsbericht der G._____ vom 1. November 2022 [IV-act. 40 S. 21 = 69 S. 13]; Berichte Dr. med. D._____ vom 3. März 2023 und 4. September 2023 [IV-act. 38 S. 2 und 69 S. 57]; Berichte neuropsychologische Untersuchungen vom 18. April 2023 und 19. Oktober 2024 [IV-act. 62 S. 3 und 119 S. 5 = act. B.6 S. 5]). Diese Anzeichen sprechen gegen das Vorliegen einer bewusstseinsnahen Aggravation.

E. 24

/ 30 vielen Reizen) und erhöhte Reizbarkeit seit der FSME-Erkrankung bei zuvor langjähriger Polytoxikomanie im Vordergrund, wobei der Beschwerdeführer nun trocken sei und therapeutisch begleitet werde. Die neuropsychologischen Beeinträchtigungen stimmten mit den anamnestischen Angaben überein, wobei Hinweise auf eine verminderte Belastbarkeit, unter welcher Patienten nach einer FSME-Infektionen häufig leiden würden, fehlten bzw. vom Beschwerdeführer nicht bemerkt würden. Es sei davon auszugehen, dass die insgesamt mittelschweren neurokognitiven Defizite (Planungsfähigkeit, Gedächtnis, Konfabulationsneigung, Fokussierung) Folgen der langjährigen Polytoxikomanie seien und nun nach der FSME-Erkrankung nicht mehr kompensiert werden könnten (vgl. IV-act. 62 S. 5). Die neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine (nicht-medizinische) "Hilfsdisziplin" dar. Nach der Rechtsprechung handelt es sich um eine Zusatzuntersuchung und es bleibt grundsätzlich Aufgabe des Facharztes oder der Fachärztin der Psychiatrie oder der Neurologie, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4 und 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). Der neurologische Gutachter Dr. med. K._____ hat die Ergebnisse dieser neuropsychologischen Untersuchung insofern mitbeurteilt, als er korrekt festgehalten hat, dass die Befunde nicht durch Beschwerde- und Leistungstests validiert worden seien. Weiter führte er aus, die Resultate würden eine Antwortverzerrung vermuten lassen. Ohne Validierungstests könnten anhand dieser Resultate keine sicheren Aussagen über eine neuropsychologische Beeinträchtigung gemacht werden. Die neuropsychologischen Befunde seien nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen bzw. zu objektivieren. Eine Graduierung möglicher neuropsychologischer Defizite könne nicht vorgenommen werden (vgl. IV-act. 96 S. 54 f. und 56). Der neurologische Gutachter Dr. med. K._____ konnte mit Ausnahme der Fazialisparese und der Hörminderung keine organisch objektivierbaren neurologischen Defizite mehr feststellen. Auf valide ergänzende Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung konnte er nicht abstellen. Das wäre aber erforderlich gewesen. Dass beim Beschwerdeführer auf valide neuropsychologische Ergebnisse verzichtet werden kann, ist nicht anzunehmen. Dies geht denn auch aus der neurologischen Stellungnahme vom Januar 2024 hervor, in welcher festgehalten wurde, dass eine neuropsychologische Verlaufskontrolle mit Symptomvalidierung fehle, womit die diagnostische Abklärung als ungenügend eingeschätzt werden müsse und ein neurologischer Fallabschluss so nicht vollzogen werden könne (vgl. Bericht des F._____ vom 19. Oktober 2024 [IV-act. 119 S. 3 = act. B.6 S. 3]).

E. 25

November 2024 hierzu Stellung und führte aus, die geklagte Verschlechterung ab März 2024 hätten die Gutachter mitumfasst und in ihre Beurteilung miteinbezogen, da die

Explorationen Ende Mai 2024 stattgefunden hätten. Somit enthalte der Bericht keine Befunde, die die gutachterliche Beurteilung verändern

E. 26

/ 30 würden (vgl. Case Report [IV-act. 127 S. 17]). RAD-Ärztin Dr. med. U._____ verkennt dabei allerdings, dass es Sache der psychiatrischen oder neurologischen Facharztperson wäre, diese Ergebnisse mit Blick auf plausible Alternativerklärungen im Sinne entsprechender Störungen in ihrer Beurteilung zu würdigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2 und 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.1; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_566/2024 vom 29. April 2025 E. 4.2.1 und 9C_282/2023 vom

E. 28

/ 30 keine schlüssige Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Folgenabschätzung enthält, weshalb die massgebliche Frage des Umfangs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bisweilen immer noch offen ist und ergänzender fachärztlicher Klärung bedarf. Da sich das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auch nicht gestützt auf die übrige Aktenlage zuverlässig und umfassend einschätzen lässt, erweist sich ein reformatorischer Entscheid im Sinne einer Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung, wie dies vom Beschwerdeführer im Hauptrechtsbegehren beantragt wird, als verfrüht. Im Einklang mit BGE 137 V 210 ist die Sache daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2025 zu weiteren Abklärungen hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, die eine neue sachverständige polydisziplinäre Begutachtung (HNO, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie) zu veranlassen haben wird. Dabei wird auch das vom Beschwerdeführer behauptete, wieder aktivierte Suchtleiden zu prüfen und zu diskutieren sein. 11. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid – gestützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 12.1. 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 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). 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

E. 29

/ 30 Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Satz 1 ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_519/2020 vom 6. Mai 2021 E. 2.2, 9C_64/2019 vom 25. April 2019 E. 4, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2 und 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 HV (Honorarverordnung; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie vom (üblichen) Stundenansatz ausgeht. 12.3. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 25. April 2025 eine Honorarnote für die bis zu diesem Datum angefallenen Aufwendungen ein. Eine aktualisierte Honorarnote wurde nach Eingang der Duplik und Aufforderung durch das Gericht nicht eingereicht. Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 3'249.15 (bestehend aus einem Aufwand von 11.6 Stunden à CHF 240.00 [CHF 2'784.00] zzgl. Spesen von CHF 221.70 und 8.1 % MWST [CHF 243.46]). Der geltend gemachte Aufwand erscheint in zeitlicher Hinsicht als angemessen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Spesen praxismässig im Umfang von 3 % des festgelegten Honorars nach Zeitaufwand zugesprochen werden (vgl. Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 24 8 vom 12. März 2024 E. 8.2, S 23 55 vom 19. September 2023 E. 9.2.2, S 22 106 vom 1. November 2022 E. 4, S 20 52 vom 24. März 2022 E. 11.3, S 21 117 vom 25. Januar 2022 E. 9 und S 20 67 vom 8. Dezember 2020 E. 7). Somit hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer im Umfang von CHF 3'099.80 (11.60 Stunden à CHF 240.00 [CHF 2'784.00] zzgl. 3 % Spesen [CHF 83.50] und 8.1 % MWST [CHF 232.30]) aussergerichtlich zu entschädigen. Bei diesem Verfahrensausgang wird das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung gegenstandslos.

E. 30

/ 30 Es wird erkannt:

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