

NW_GERICHTE NW-41638 vom 17. April 2026

NW Gerichte, 2026-04-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_NW-41638

FR: NW_GERICHTE NW-41638 du 17 avril 2026

IT: NW_GERICHTE NW-41638 del 17 aprile 2026

Erwägungen

E. 1

Verfügungen der kantonalen IV-Stellen können direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 6. Juni 2025 (IV-act. 230), womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 Abs. 1 GerG [NG 261.1]), die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Abs. 1 Ziff. 2 GerG). Der Beschwerdeführer hat als Adressat der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich – mit der nachfolgenden Einschränkung (vgl. E. 6.6) – einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG samt entsprechendem Verordnungsrecht in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535; BGE 150 V 323 E. 4.1). Nach den allgemeinen Grundsätzen des materiellen intertemporalen Rechts sind bei einer Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 149 II 320 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_559/2024 vom 11. März 2025 E. 2.2.1 m.w.V.). Demnach ist bei einem dauerhaften Sachverhalt, der teilweise vor und teilweise nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung eingetreten ist, der Anspruch auf eine Invalidenrente für die erste Periode nach den altrechtlichen Bestimmungen und für die zweite Periode nach den neuen Normen zu prüfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_559/2024 vom 11. März 2025 E. 2.2.1; 8C_770/2023 vom 11. Juli 2024 E. 2.1). Besondere übergangsrechtliche Regelungen bleiben vorbehalten (BGE 150 V 323 E. 4.2 m.w.H.; Urteile des Bundesgerichts 9C_559/2024 vom 11. März 2025; 9C_43/2024 vom 7. November 2024 E. 2.1). Zwar erging die angefochtene Verfügung erst nach dem 1. Januar 2022 (IV-act. 230). Der Beschwerdeführer hat allerdings in seiner vorliegend relevanten IV-Anmeldung vom 2. März 2021 angegeben, aufgrund einer Knieschädigung am 5. November 2018 seit dem 8. Juni 2020 vollständig arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 33). Damit sind Leistungen mit Anspruchsbeginn frühestens per 1. September 2021 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Für

E. 6

■ 26 deren Beurteilung ist damit vorab die bis zum 31. Dezember 2021 in Kraft gestandene Rechtslage massgebend. Da der 1978 geborene Beschwerdeführer bei Inkrafttreten der

WEIV auf 1. Januar 2022 zwar das 30., aber noch nicht das 55. Altersjahr vollendet hatte, würde ein allfälliger Rentenanspruch überdies bestehen bleiben, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG änderte (vgl. lit. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [WEIV]; Urteile des Bundesgerichts 9C_559/2024 vom 11. März 2025 E. 2.2.2; 9C_540/2022 vom 5. Juni 2023 E. 3.1). Im Folgenden wird deshalb, soweit nicht anders vermerkt, die Rechtslage in ihrer bisherigen Fassung wiedergegeben, zitiert und angewendet. 3. Der Beschwerdeführer rügt zusammengefasst, der orthopädische Teilgutachter der estimed AG, Dr. med. D. __, habe ihn sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit als voll arbeitsunfähig erachtet. Diese Beurteilung hätten alle fünf Teilgutachter und der Leiter der Gutachterstelle unterzeichnet. Der RAD – der vom estimed-Gutachten nicht überzeugt gewesen sei – habe eine konsiliarische Prüfung durch einen Facharzt Psychiatrie und Orthopädie angeregt. Dem sei die IV-Stelle nur teilweise nachgekommen, indem sie das Dossier bloss einem Facharzt Psychiatrie, nicht aber einem Facharzt Orthopädie unterbreite habe. Die Ergänzungsfragen der IV-Stelle seien erst nach diversen Mahnungen mit der Stellungnahme vom 21. Mai 2024 beantwortet worden, wobei – auf Druck der IV-Stelle – eine 180°-Kehrtwende vollzogen worden sei. Die Stellungnahme sei von Dr. med. B. __ (Fallführer) und Prof. Dr. med. C. __ (Ärztlicher Leiter estimed AG) unterzeichnet worden, wobei letzterer gar nicht exploriert habe. Die beiden Unterzeichnenden seien betreffend Orthopädie fachfremd und es bleibe unklar, ob der orthopädische Teilgutachter in die Stellungnahme einbezogen worden sei. Es werde überdies nur die neurologische, psychologische und psychiatrische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit relativieren, womit dem orthopädischen Teilgutachten volle Beweiskraft zukomme. Bei diesem Beweisergebnis sei es nicht zulässig gewesen, eine erneute polydisziplinäre Begutachtung inklusive Orthopädie anzuordnen. Das ABI-Gutachten stelle eine unzulässige Zweitmeinung («second opinion») dar und sei nicht verwertbar. Sein Invalideneinkommen sei gestützt auf das orthopädische Teilgutachten der estimed AG mit null zu beziffern, womit ihm eine ganze Rente zustehe (amtl. Bel. 1 Rz. 7 ff.).

E. 6.1

Im am 9. Januar 2025 durch das ABI erstatteten Zweitgutachten stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (IV-act. 200): Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Kniebeschwerden beidseits (ICD-10 M79.66/M17.0/M23.32/298.8) o St. n. arthroskopischer Teilmeniskektomie medial und lateral, Fixation des Innenmeniskushinterhornes, Entfernung freier Gelenkskörper, Knorpeldebridement medial femoral sowie Mikrofrakturierung in der Notch am 17.06.2020 rechts (Dr. E. __ und Dr. F. __, Spital Nidwalden) o St. n. arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie, Hinterhornfixation des Innenmeniskus, Knorpel- plastik mit Debridement und Mikrofrakturierung trochlear, Entfernung chondraler Flakes und Plica-Re- sektion rechts am 20.01.2021 (Dr. F. __, Spital Nidwalden) o St. n. arthroskopischer medialer und lateraler Teilmeniskektomie, Entfernung freier Gelenkskörper, Plica-Resektion und Knorpelabrasio am medialen und lateralen Femurkondylus sowie trochlear links am 15.03.2023 (Dr. F. __, Spital Nidwalden) o radiologisch mehrkompartimentäre Knorpelveränderungen und Läsionen des Innenmeniskus beidseits sowie Knochenmarksödem femoral lateral rechts (MRI 25.09.2024) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:
- Schmerzausweitung (ICD-10 F45.9) o chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) • Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80) o radiologisch mögliche Affektionen der Nervenwurzeln C4 links, C5 beidseits

sowie C6 beidseits, lumbal weitgehend regelrechte Verhältnisse und Reizzustand der Iliosakralgelenke (MRI 08.08.2022 und 29.08.2024) o kein Anhaltspunkt für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung der Nacken- und Rückenschmerzen • Karpaltunnelsyndrom beidseits (ICD-10 656.0) • Anamnestisch beidseits Sulcus ulnaris-Syndrom (ICD-10 G56.1)

E. 6.2

Unter dem Titel «Gesamtmedizinischen Beurteilung» wird zunächst ausgeführt, bei der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule und der Extremitäten habe sich eine weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte gezeigt. Es hätten Inkonsistenzen mit unterschiedlichen Befunden in verschiedenen Untersuchungssituationen bestanden.

Radiologisch seien lumbal weitgehend regelrechte Verhältnisse und an den Iliosakralgelenken ein Reizzustand vorgefunden worden. An den Knien seien mehrkompartimentäre Knorpelveränderungen und Läsionen des Innenmeniskus beidseits sowie ein Knochenmarksödem femoral lateral rechts und am rechten oberen Sprung- und Handgelenk praktisch unauffällige Befunde dokumentiert worden. Insgesamt liessen sich die völlig diffus beklagten Beschwerden auf rein orthopädischer Ebene durch die klinischen und radiologischen Befunde nur zu einem geringen Teil begründen. Es bestünden Hinweise für eine massive nichtorganische Beschwerdekomponekte. Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der Knieproblematik keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit. Für angepasste, körperlich leichte Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine neurale Beteiligung der Nacken- und Lumbalbeschwerden ergeben. Festgestellt worden sei eine beidseitige, rechts stärker ausgeprägte Hypästhesie im Bereich der Finger 3 bis 5 sowohl volar als auch dorsalseitig. Dies sei weder typisch für ein Karpaltunnelsyndrom noch für ein Sulcus-ulnaris-Syndrom, sondern spreche eher für eine Wurzelaffektion C7 oder C8. Allerdings komme dies aufgrund der sehr gut erhaltenen TSR [=Trizepssehnenreflex] sowie unauffälliger Trophik und Motorik nicht in Frage. Der Tastbefund über dem Sulcus ulnaris spreche für ein leichtes Sulcus-ulnaris-Syndrom links, wobei bei negativem Froment-Zeichen keine funktionellen Ausfälle festgestellt worden seien. Es hätten Hinweise für eine Schmerzfehlerverarbeitung bestanden. Insgesamt habe auf neurologischem Gebiet keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Erkrankung diagnostiziert werden können, und aus neurologischer Sicht bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

E. 6.3

Die Gutachter kamen somit zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aus allgemeinmedizinischer, neurologischer, angiologischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus orthopädischer Sicht wurde dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit seit Juni 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In einer optimal angepassten Tätigkeit, d.h. in einer körperlich sehr leichten, überwiegend sitzend zu verrichtenden, wechselbelastenden Tätigkeit, in der das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, das langdauernde Stehen und Gehen, das häufige Überwinden von Treppen und Gehen auf

E. 6.4

Das ABI-Gutachten berücksichtigt alle Vorakten und die geklagten Beschwerden, beruht auf umfassenden Untersuchungen und ist nachvollziehbar und schlüssig begründet. Es entspricht den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine versicherungsmedizinische Expertise (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a je mit Hinweis), womit ihm Beweiswert zukommt. Der Beschwerdeführer bringt denn auch keine inhaltliche Kritik am ABI-Gutachten vor, sondern rügt bloss – wie zuvor dargelegt und widerlegt (vgl. vorstehend E. 5) – es handle sich dabei um eine unzulässige «second opinion».

E. 6.5

Die IV-Stelle handelte korrekt, indem sie für die Berechnung des IV-Grades (einzig) auf die Ausführungen im ABI-Gutachten zur Arbeits(un-)fähigkeit abstützte. Entsprechend ging sie in der angefochtenen rentenablehnenden Verfügung vom 6. Juni 2025 (IV-act. 230) von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus und errechnete einen IV-Grad von 9% (bis 31. Dezember 2023) respektive 17% (ab 1. Januar 2024), was beides einen Rentenanspruch ausschliesst (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG). Die den IV-Graden zugrundeliegenden Berechnungen werden vom Beschwerdeführer weder kritisiert, noch sind sie zu beanstanden. Die IV-Stelle hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die beschwerdeführerischen Hauptanträge (vgl. amtl. Bel. 1 Antragsziffer 1 und 2) erweisen sich somit als unbegründet und sind abzuweisen.

E. 6.6

Auf den Eventualantrag des Beschwerdeführers, die IV-Stelle habe ihm eine Umschulung zu bezahlen (vgl. amtl. Bel. 1 Antragsziffer 3) kann nicht eingetreten werden. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand (BGE 131 V 164 E. 2.1). Mit der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2025 wurde einzig der Anspruch auf eine IV-Rente verneint.

E. 7

■ 26 Eventualiter beantragt der Beschwerdeführer die Zeugenbefragung der Teilgutachter der estimed AG (unter Wahrheitspflicht) dazu, ob und inwiefern sie in die Stellungnahme vom 21. Mai 2024 einbezogen worden seien und die darin vorgenommene 180°-Kehrtwende mittragen würden. Führe die Zeugenbefragung des orthopädischen Teilgutachters zu einer lediglich 10-prozentigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, so sei ein Invaliditätsgrad von 20% im Bereich des Möglichen, womit er Anspruch auf eine Umschulung hätte (amtl. Bel. 1 Rz. 45 ff.). In weiteren Eingaben verlangt der Beschwerdeführer die Edition sämtlicher Unterlagen zur behaupteten Konsensbesprechung und die Klärung, ob ein interdisziplinärer Konsens die Stellungnahme trägt (amtl. Bel. 6 und 10). Schliesslich führt der Beschwerdeführer in einer zusätzlichen Eingabe aus, durch Abklärungen sei der Verdacht verstärkt worden, dass etwas nicht korrekt gelaufen sei. Es bestünde konkreter Hinweis, dass diese Kehrtwende allein vom Beschwerdeführer Dr. med. B. ___ und vom Leiter der estimed AG, Prof. Dr. med. C. ___, ohne Miteinbezug der Teilgutachter angeordnet worden sei. Das Gericht habe dies abzuklären (amtl. Bel. 13). 4. 4.1 Streitig und zu prüfen sind somit der Rentenanspruch (vgl. amtl. Bel. 1 Antragsziffern 1 und 2) sowie eventualiter der Umschulungsanspruch (vgl. amtl. Bel. 1 Antragsziffer 3) des Beschwer-

deführers. 4.2 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder- herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unter- bruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 4.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmög- lichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen

E. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilli- gung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kos- tenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt. Die Gerichtskosten werden angesichts des überdurchschnittlichen Verfahrensaufwands auf Fr. 800.■ festgesetzt und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer auferlegt. Sie werden mit seinem Gerichtskostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt.

E. 7.2

Bei diesem Verfahrensausgang ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit g ATSG e contrario).

E. 8

■ 26 der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zu- dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 4.4 Der Versicherungsträger und im Beschwerdefall das Gericht klären den Sachverhalt von Am- tes wegen ab (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Es liegt grundsätzlich in ihrem Ermessen, mit welchen Mitteln dies zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihnen ein grosser Er- messensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizini- schen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der jeweiligen Sach- und Rechts- lage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrchein- lichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_721/2019 vom 27. Mai 2020 E. 3 m.w.V.). Sie würdigen die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisre- geln, sowie umfassend und pflichtgemäss. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbe- sondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). 4.5 Das Gericht kann auf die Abnahme von Beweisen verzichten, wenn es auf Grund bereits ab- genommener Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür annehmen kann, seine Überzeugung werde durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert (antizipierte Be-

weiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3; BGE 131 I 153 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_727/2023 vom 3. Juni 2024 E. 6.2.1). Entsprechend ist es als antizipierte Beweiswürdigung auch zulässig, auf die Einvernahme von Zeugen zu verzichten, wenn der rechtserhebliche Sachverhalt umfassend abgeklärt wurde und davon keine neuen Erkenntnisse erwartet werden können (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_727/2023 vom 3. Juni 2024 E. 6.2.1; 8C_812/2013 vom 10. April 2014 E. 3.2.2; 9C_1032/2010 vom 1. September 2010 E. 4.2

E. 9

■ 26 4.6 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 Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_93/2025 vom 29. August 2025 E. 4.2.1). 4.7 Einer versicherungsmedizinischen Expertise oder einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts 9C_93/2025 vom 29. August 2025 E. 4.2.1; 8C_362/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 4 und 9C_86/2018 vom 20. August 2018 E. 5.1). 4.8 Der Zweck von interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt insbesondere dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 137 V 210 E. 1.2.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.3.1 m.w.V.).

E. 10

■ 26 4.9 Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen (Art. 43 Abs. 1 ATSG) beinhalten nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine «second opinion» zu dem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht (BGE 141 V 330 E. 5.2). Administrativgutachten sind für die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren für das Gericht verbindlich, sofern nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist somit,

inwieweit ein bereits vorliegendes (Administrativ-)Gutachten die von der Rechtsprechung gestellten inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllt (Urteile des Bundesgerichts 9C_93/2025 vom 29. August 2025 E. 4.2.2; 9C_542/2022 vom 15. November 2023 E. 2.3; 8C_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 8; 8C_133/2021 vom 25. August 2021 E. 4.2). Ein Zweitgutachten steht im Vordergrund, wenn ein bestehendes Gutachten für klar unzureichend und kaum verwertbar erachtet wird oder wenn es die Würdigung der vorhandenen, gegensätzlich lautenden gutachterlichen Stellungnahmen nicht erlaubt, auf eine derselben abzustellen, weil die Kenntnis fehlt, eine der beiden vertretenen Auffassungen als schlüssig und nachvollziehbar zu bezeichnen (Urteile des Bundesgerichts 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2.1; 6B_283/2007 vom 5. Oktober 2007 E. 2). 5. 5.1 5.1.1 Im am 15. Dezember 2023 erstatteten Erstgutachten der estimed AG stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (IV-act. 148): Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: • Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei: o Persistierenden belastungsabhängigen Knieschmerzen bds. (rechts mehr als links) (ICD-10: M25.56) mit/bei: ■ rechts: – Chondromalazie IV° an der Trochlea – Chondromalazie 1°-11° retropatellär und fokal am medialen Femurkondylus – St. n. 2-maliger arthroskopischer Meniskusteilresektion medial und lateral – St. n. Innenmeniskushinterhornfixation, Entfernung von freien Gelenkkörpern, einem Knorpel-döbridement und einer Mikrofrakturierung am 17.06.2020 und 20.01.2021

E. 11

■ 26 ■ links: – Innenmeniskushinterhorn: Horizontal- und Lappenriss – Aussenmeniskusvorderhorn: Horizontalriss mit meniskalem Ganglion – Umschriebenem Knorpelschaden II°-IV° zentral am medialen Femurkondylus sowie III° dorsal am lateralen Femurkondylus – Umschriebenem Knorpelschaden IV° am Patellafirst Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: • Arterielle Hypertonie, aktuell nicht medikamentös therapiert, ohne Angaben einer hypertensiven Krise (ICD-10: 110.90) • Hypertensive Herzerkrankung, ohne Angaben einer kongestiven Herzinsuffizienz (ICD-10: 111.90) • Kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell nicht medikamentös therapiert (ICD-10: E78.5) • Vorbestehender Nikotinkonsum (ICD-10: Z72.0) • Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) • Präadipositas nach WHO 2000 (ICD-10: E66.99) • Aktenanamnestisch chronisch venöse Insuffizienz (ICD-10: 187.2) • Inkompletter Rechtschenkelblock (ICD-10: 145.1) • Elongation der Aorta ascendens (ICD-10: 170.0) • Cervikospodylogenes Schmerzsyndrom bds. (ICD-10: M54.82): o Keine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik o MRI HWS vom 08.08.2022: Breitbasiges Diskusbulging HWK 5/6 mit mässiger spinaler Enge, keine Myelopathie. Foraminale Einengung für die C4-Wurzel links, die C5 Wurzel bds. (ossär) sowie die C6 Wurzel bds. (osteodiskal, vorwiegend ossär) • Bilaterales Karpaltunnelsyndrom (ICD-10: G56.0), rechtsbetont • Lumbospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.86) o Keine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik o LWS-MRI 13.09.2023: Bandscheibenprotrusion L5/S1 dorsolateral links mit möglicher Affektion der S1 Wurzel links • Chronische Insomnie (ICD-10: G47.0) o Ätiologisch: am ehesten multifaktoriell, u.a. schmerzbedingt, psychophysiologisch, bei depressiver Verstimmung • Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2) 5.1.2 Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen führten die Gutachter aus, bei den relevanten Knorpelschädigungen in beiden Kniegelenken und beim Status nach Teilresektion der Menisken bilateral in beiden Kniegelenken müsse zusammenfassend eine deutliche

E. 12

■ 26 degenerativ begründete Gonarthrose beidseits diagnostiziert werden. Diese bedeute für den Beschwerdeführer für die Zukunft, dass kniebelastende Tätigkeiten (belastete Arbeiten im Stehen, Gehen, Rotationsbelastungen, Arbeiten in Zwangshaltungen [kniend, gebückt, gehockt] oder auch Arbeiten auf unebenem Gelände, auf Leitern, Gerüsten oder Treppen) nicht oder nur selten/kurzfristig zugemutet werden sollten. Aus psychiatrischer Sicht seien die folgenden Fähigkeiten mittel bis schwer beeinträchtigt: – Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen – Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben – Flexibilität/Umstellungsfähigkeit – Anwendung fachlicher Kompetenzen – Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit – Durchhaltefähigkeit – Selbstbehauptungsfähigkeit – Kontaktfähigkeit zu Dritten – Gruppenfähigkeit – Familiäre bzw. intime Beziehungen – Spontan-Aktivitäten – Verkehrsfähigkeit

5.1.3 Aus allgemeinmedizinischer, neurologischer und neuropsychologischer Sicht beurteilen die Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers weder in der angestammten Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit als eingeschränkt. Hingegen attestierten ihm die Gutachter aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht je eine 100-prozentige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angestammten Tätigkeit. Damit ergab sich eine Gesamtarbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer Verweistätigkeit von 100%. Unter Bezugnahme auf das orthopädische Teilgutachten wurde in der Konsensbeurteilung ausgeführt, es sei nach aktueller Begutachtung und auch medizinteoretisch nicht realistisch, für den Beschwerdeführer in seiner derzeitigen gesundheitlichen (somatischen) Situation eine auch nur halbwegs angepasste, sinnvolle Tätigkeit zu generieren. Seine Kniegelenkschmerzen und auch seine Rückenschmerzen würden sein Leben derartig dominieren, dass unbedingt und vordringlich eine diesbezügliche Behandlung konsequent eingeleitet und durchgeführt werden sollte. Abzuwarten bleibe der Effekt der nächstens geplanten Re-Re-Arthroskopie des rechten Kniegelenkes mit dem Ziel einer «Knorpelsanierung», wobei dieser Eingriff erst nach dem IV-Entscheid terminiert werden solle.

E. 13

■ 26 Aus psychiatrischer Sicht wurde ergänzt, bei lege-artis Therapie bestünden Chancen auf zumindest arbeitsrelevante Besserung der Symptomatik. Eine ambulante psychiatrische oder psychologische Psychotherapie sei dringend indiziert. Diese müsse nicht zwingend in Muttersprache erfolgen, der Beschwerdeführer spreche gut Deutsch, Muttersprache wäre aber sicher vorteilhaft. Eine stationäre Therapie in einer psychiatrischen Klinik mit Schwerpunkt auf somatoforme Störungen sei ebenfalls indiziert. Zudem sei ein Antidepressivum, welches eine schmerzmodulierende Wirkung habe, indiziert.

5.1.4 Bei der Konsistenzprüfung wurde darauf hingewiesen, dass die Diskrepanzen nicht einfach aus den einzelnen Teilgutachten übernommen worden seien, sondern eine von allen Teilgutachtern getragene konsensuelle Beurteilung darstellten. Es seien Diskrepanzen zwischen der geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, zwischen massiven subjektiven Beschwerden und erkennbarer körperlich-psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchung, zwischen berichteten Einschränkungen in verschiedenen Aktivitäten, zwischen Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe und zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen in Selbstbeurteilungsskalen und/oder psychometrischen Tests (einschliesslich

Beschwerdevalidierungstests) festgestellt worden. Es seien aus rein allgemeinmedizinischer Sicht Inkonsistenzen in der Darstellung des Beschwerdeführers bezüglich der Belastbarkeit im privaten und beruflichen Bereich festzustellen. Obwohl sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner multiplen Beschwerden für endgradig eingeschränkt halte, sei er dennoch in der Lage, die mit dem Auslandsaufenthalt und mit der entsprechenden Reise verbundenen Strapazen auf sich zu nehmen. Zudem würden sich nach seiner Darstellung der Tätigkeiten im Haushalt Hinweise für einen vorliegenden sekundären Krankheitsgewinn ergeben. Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, es sei bemerkenswert, dass der Beschwerdeführer erst den IV-Rentenentscheid abwarten möchte, bevor er sich weiteren operativen Massnahmen an seinen Kniegelenken zuwende. Die diesbezüglichen Zusammenhänge blieben dem orthopädischen Gutachter unklar, sehr wahrscheinlich überwiege beim Beschwerdeführer derzeit die Frustration und auch die Angst hinsichtlich der langen Behandlungsdauer und in Erwartung weiterer geplanter operativer Massnahmen, ausserdem bestünden Sorgen hinsichtlich einer zunehmenden finanziellen Notlage. Dazu könnte passen, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2018/19 auch unter relevanten

E. 14

■ 26 Knieschmerzen weitergearbeitet habe, um seinen Arbeitsplatz nicht zu verlieren. Auf orthopädischem Fachgebiet wurden Verdeutlichungstendenzen im Zusammenhang mit den Kniegelenksschmerzen registriert. Aus neurologischer Sicht wurde festgehalten, es bestünden verschiedene, teils deutliche Diskrepanzen zwischen Schweregrad/Intensität der (oft sehr vage) geschilderten Beschwerden und dem weitgehend unauffälligen Neurostatus. Der Beschwerdeführer sei in auffälligem Mass unfähig, seine Beschwerden präzise zu schildern und reagiere auf gezielte Nachfragen des Untersuchers irritiert und beleidigt. Es bestünden sowohl in der Beschwerdeschilderung wie auch in der klinisch- neurologischen Untersuchung deutliche Hinweise für Aggravation. Zu erwähnen sei zudem eine ungenügend (bewusstseinsnahe) Kooperationsbereitschaft bei gewissen klinischen Tests (bspw. bei der Prüfung der Okulomotorik). Anhaltspunkte für eine klare Simulation hätten nicht bemerkt werden können, vielmehr imponiere ein ungünstiges eigenes Krankheitskonzept, der Beschwerdeführer verharre in der Rolle eines hilflosen Opfers und verfüge über keinerlei Copingstrategien. Aus neuropsychologischer Sicht wurde hinzugefügt, in vier durchgeführten formalisierten kognitiven Performanz-/Beschwerdevalidierungsverfahren seien hochgradig auffällige Ergebnisse erzielt worden. Nach mathematischer Berechnung seien Werte erzielt worden, die nachweisen würden, dass falsche Antworten gezielt und bewusst ausgewählt worden seien, um Gedächtnisstörungen und eine schwere Sehbeeinträchtigung vorzutäuschen. In den Akten würden sich keine Hinweise auf schwerste Hirnschädigungen oder gar eine fortgeschrittene Demenz finden. Daher sei die Annahme, dass ein authentischer Kern an Beschwerden vorliege und daraus eine Beschwerdeüberhöhung erfolge, kritisch zu hinterfragen. Die erhaltene Befundlage spreche dafür, dass der Beschwerdeführer gezielt eine falsche Beschwerdeschilderung dargelegt und Symptome absichtlich vorgetäuscht habe. Es liege mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Simulation geltend gemachter Beschwerden vor. In psychiatrischer Hinsicht wurde ergänzt, die Diskrepanz zwischen Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe sei dadurch zu erklären, dass der Beschwerdeführer über ein zu geringes psychiatrisches Krankheitskonzept verfüge. Er gehe sehr viel in somatische Therapien, weil diese seinem Krankheitskonzept entsprechen würden. Dies sei auch im Rahmen der somatoformen Diagnose zu erklären. Es bestehe ein bagatellisierendes

Verhalten hinsichtlich des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, der labortechnisch nachgewiesen worden sei. Dies sei aus psychiatrischer Sicht allerdings als typisch im Rahmen des Krankheitsbildes anzusehen.

E. 15

■ 26 5.2 5.2.1 Der RAD, Facharzt Innere Medizin, nahm auf Anfrage der IV-Stelle am 18. Dezember 2023 zum estimed-Gutachten Stellung (IV-act. 151). Er führte aus, dieses Gutachten vermögen aus allgemein internistischer und versicherungsmedizinischer Sicht bezogen auf die medizinischen Zusammenhänge und die Schlussfolgerungen daraus nicht zu überzeugen. Unstrittig bestehe eine vordergründige, deutliche Minderbelastbarkeit beider Kniegelenke und in deutlich geringerem Ausmass des Achsenskeletts, weshalb denn auch eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dahingehend resultiere, als dass dem Beschwerdeführer lediglich noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit nur gelegentlichem Stehen/Gehen vornehmlich im Sitzen zumutbar seien. Vermieden werden sollten zudem Arbeiten auf unebenem Untergrund (inkl. Besteigen von Leitern/Gerüsten) sowie Tätigkeiten in Zwangshaltungen (kauernd, knieend, belastete Oberkörper-Rotationen bei fixierten Füßen etc.) und/oder mit Schlägen/Vibrationen auf die Kniegelenke/das Achsenskelett. Nicht nachvollziehbar sei die sowohl orthopädischerseits als auch psychiatrischerseits erfolgte quantitative Einschränkung im Sinne einer komplett aufgehobenen Arbeitsunfähigkeit in einer der somatischen Problematik angepassten Tätigkeit gemäss vorstehendem Profil. Dies insbesondere auch wenn man die deutlichen Diskrepanzen von Symptomverdeutlichungen bis Aggravation/Simulation reichende Einschätzung/Beurteilung seitens des neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachtens berücksichtige. Die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden (vordergründige Schmerzen) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe sei gemäss der psychiatrischen Teilgutachterin dadurch zu erklären, dass der Beschwerdeführer über ein zu geringes psychiatrisches Krankheitskonzept verfüge. Mit den zahlreichen weiteren Diskrepanzen inklusive der hochgradig auffälligen Ergebnisse der vier durchgeführten Performanz-/Beschwerdevalidierungsverfahren setzte sich die psychiatrische Teilgutachterin nicht auseinander, während auch der orthopädische Teilgutachter die aufgehobene Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit in unkritischer Art und Weise mit den beklagten Schmerzen begründe. In einem Fazit schloss er damit, er könne das estimed-Gutachten der IV-Stelle nicht als Entscheidungsgrundlage empfehlen. Er schlug vor, in einem nächsten Schritt das psychiatrische und orthopädische Teilgutachten einem Facharzt/einer Fachärztin Psychiatrie und Orthopädie des RAD zur konsiliarischen Stellungnahme vorzulegen, was die IV-Stelle machte (IV-act. 152).

E. 16

■ 26 5.2.2 Ein Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie des RAD empfahl am 26. Januar 2024, vor einer weiteren Beurteilung der psychiatrischen Teilgutachterin Rückfragen zu stellen (IV-act. 153). Die IV-Stelle stellte am 26. Februar 2024 der estimed AG die folgenden Fragen (IV-act. 155): «1. Liegt eine Aggravation oder Simulation vor? Falls ja, bitten wir Sie um Begründung unter Anwendung der Kriterien nach Slick et al. 2. Falls Frage 1 mit ja beantwortet wird, liegt eine bewusstseinsnahe oder bewusstseinsferne Störung vor bzw. lässt sich diese mit einer Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet erklären und falls ja, mit welcher?» Die IV-Stelle musste die estimed AG mehrmals schriftlich und mündlich mahnen, bevor diese am 21. Mai 2024 schliesslich ihre Antworten

übermittelte (IV-act. 165). In der Stellungnahme wurde ausgeführt, die Fragen würden nach Rücksprache und im Konsens mit den involvierten Gutachtern beantwortet, wobei der fallführende Gutachter Dr. med. B. __, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, sowie der ärztliche Leiter der estimed AG, Prof. Dr. med. C. __, Facharzt für Neurologie, die Stellungnahme unterzeichneten. Die Unterzeichneten räumten ein, dass die Aggravation und allenfalls Simulation des Beschwerdeführers in der psychiatrischen Begutachtung zu wenig berücksichtigt worden sei. Nach nochmaliger Rücksprache mit der neuropsychologischen Gutachterin müssten sie insgesamt zum Schluss kommen, dass das neuropsychologisch getestete Aggravationsverhalten die psychiatrische Beurteilung überwiege. Die Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Testung könnten nicht durch eine krankheitswertige psychische Störung oder eine neurologische Symptomatik, aber auch nicht durch die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erklärt werden. Vor diesem Hintergrund könne aufgrund der neuropsychologischen Testergebnisse die psychiatrische Diagnose nicht mehr schlüssig nachvollzogen und die im psychiatrischen Teilgutachten festgehaltenen Funktionseinschränkungen könnten nicht mehr nachvollziehbar eingeschätzt werden. Somit könne auch die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr nachvollziehbar bemessen werden. Es könne somit keine psychiatrische Diagnose, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, gestellt und auch keine psychiatrischen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit begründet werden. Weiter wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe auch bei der somatischen neurologischen Untersuchung eine Aggravation gezeigt. In der orthopädischen Begutachtung hätten sich keine offensichtlichen Hinweise für eine Aggravation oder Simulation gezeigt, doch

E. 17

■ 26 müsse diese sicherlich vor dem Hintergrund der klaren Hinweise für eine Aggravation bzw. allenfalls Simulation hinterfragt werden. In der Stellungnahme wurde abschliessend konstatiert, aufgrund der in mehreren Teilgutachten beschriebenen Inkonsistenzen (vgl. neurologisches, internistisches und neuropsychologisches Teilgutachten) könne beim Beschwerdeführer weder eine bestehende Konsistenz noch Plausibilität festgehalten werden. 5.2.3 Die IV-Stelle teilte dem Beschwerdeführer am 12. Juni 2024 mit, gemäss der Stellungnahme der estimed AG hätten bei der polydisziplinären Begutachtung mehrere konkrete Hinweise auf bewusstseinsnahe Aggravation und Simulation bestanden, weshalb das estimed-Gutachten nicht verwertbar sei und eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden müsse (IV-act. 167). Der Beschwerdeführer erhob keine Einwände gegen die erneute Begutachtung, worauf das ABI am 9. Januar 2025 ein neues polydisziplinäres Gutachten erstattete (IV-act. 200). 5.3 5.3.1 Das RAD hat in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2023 (IV-act. 151) ausführlich und überzeugend begründet, weshalb die im estimed-Gutachten geschilderten medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen nicht zu überzeugen vermögen. Er hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es nicht nachvollziehbar ist, weshalb der psychiatrische und orthopädische Teilgutachter (auch) in einer optimal angepassten Tätigkeit von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. 5.3.2 Das estimed-Gutachten ist voller Hinweise für eine Aggravation und gar Simulation von Beschwerden durch den Beschwerdeführer. Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten wurden Diskrepanzen/Inkonsistenzen in der Darstellung des Beschwerdeführers bezüglich Belastbarkeit im privaten und beruflichen Bereich festgestellt. Obwohl sich der Beschwerdeführer für endgradig eingeschränkt halte, nehme er Auslandsreisen/-aufenthalte

mit entsprechenden Strapazen auf sich. Zudem gebe bezüglich Tätigkeiten im Haushalt Hinweise auf einen sekundären Krankheitsgewinn.

E. 18

■ 26 Im neurologischen Teilgutachten wurden verschiedene, teils deutliche Diskrepanzen zwischen Schweregrad/Intensität der (oft sehr vagen) Beschwerden und dem weitgehend unauffälligen Neurostatus festgestellt. Es wurde konstatiert, der Beschwerdeführer sei in auffälligem Mass unfähig, seine Beschwerden präzise zu schildern und reagiere auf gezielte Nachfragen des Untersuchers irritiert und beleidigt. Aus neurologischer Sicht bestünden deutliche Hinweise für Aggravation, sowohl in der Beschwerdeschilderung als auch in der klinisch-neurologischen Untersuchung, und eine ungenügende, bewusstseinsnahe Kooperationsbereitschaft bei gewissen klinischen Tests, wogegen Anhaltspunkte für eine klare Simulation verneint wurden. Im neuropsychologischen Teilgutachten wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe in den Performanz-/Beschwerdevalidierungsverfahren hochgradig auffällige Ergebnisse erzielt, die dafür sprechen würden, dass er gezielt falsche Beschwerdeschilderungen dargelegt und Symptome absichtlich vorgetäuscht habe. Es liege mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Simulation geltend gemachter Beschwerden vor. Im orthopädischen Teilgutachten werden Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe festgestellt. Weiter wird darauf hingewiesen, es sei bemerkenswert, dass der Beschwerdeführer zuerst den IV-Entscheid abwarten möchte, bevor er sich weiteren operativen Massnahmen an seinen Kniegelenken zuwende. Die diesbezüglichen Zusammenhänge blieben unklar, sehr wahrscheinlich überwiege die Frustration und Angst hinsichtlich der langen Behandlungsdauer und in Erwartung weiterer geplanter operativer Massnahmen, ausserdem die Sorgen vor einer finanziellen Notlage. Aus orthopädischer Sicht könnten keine Hinweise für das Vorliegen einer Aggravation oder Simulation festgestellt werden, Verdeutlichungstendenzen im Zusammenhang mit den Kniegelenksschmerzen seien aber registriert worden. Im psychiatrischen Teilgutachten wird auf Diskrepanzen zwischen dem Ausmass und den geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe hingewiesen, diese aber damit erklärt, dass der Beschwerdeführer über ein zu geringes Krankheitskonzept verfüge.

E. 19

■ 26 5.3.3 Dem RAD ist beizupflichten, dass diese Hinweise im psychiatrischen und orthopädischen Teilgutachten nicht bzw. nur ungenügend berücksichtigt wurden. Die psychiatrische Teilgutachterin setzt sich bloss mit der selbst festgestellten Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und der Intensität der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, nicht aber mit den vielen weiteren Diskrepanzen auseinander, insbesondere nicht mit den hochgradig auffälligen Ergebnissen der Performanz-/Beschwerdevalidierungsverfahren, welche die neuropsychologische Teilgutachterin durchgeführt hat. Auch der orthopädische Teilgutachter geht bloss auf die selbst festgestellte Diskrepanz zwischen Leidensdruck und Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe ein. Obwohl der neurologische Teilgutachter deutliche Hinweise für Aggravation (auch) in der Beschwerdeschilderung sieht und die neuropsychologische Teilgutachterin mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Simulation geltend gemachter Beschwerden ausgeht, kommt der orthopädische Teilgutachter auch gestützt auf die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers zum Schluss, eine angepasste, sinnvolle Tätigkeit sei unrealistisch («Seine Kniegelenkschmerzen und seine Rückenschmerzen

dominieren sein Leben derartig, dass unbedingt und vordringlich eine diesbezügliche Behandlung konsequent eingeleitet und durchgeführt werden sollte»). Überdies begründet er die vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit auch mit dem Hinweis auf seine Rückenschmerzen, wogegen er – im Widerspruch dazu – bloss den persistierende, belastungsabhängige Knieschmerzen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkennt. Es bestehen massgebliche Widersprüche zwischen den einzelnen Teilgutachten untereinander und zwischen der Konsensbeurteilung und einzelnen Teilgutachten. Folglich leuchten die medizinischen Beurteilungen und Schlussfolgerungen im psychiatrischen und orthopädischen Teilgutachten, aber auch in der Konsensbeurteilung des estimated-Gutachtens, nicht ein. Dem estimated-Gutachten kommt somit nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kein Beweiswert zu (vgl. vorstehend E. 4.7). 5.3.4 Damit ist auch gesagt, dass es sich beim ABI-Gutachten nicht – wie vom Beschwerdeführer behauptet – um eine unzulässige «second opinion» handelt. Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2023 (IV-act. 151) ausführlich und plausibel begründet,

E. 20

■ 26 weshalb die Schlussfolgerungen des estimated-Gutachten nicht zu überzeugen vermögen. Die IV-Stelle hat darauf bei der estimated AG – wie es die bundesgerichtliche Rechtsprechung vorsieht – Nachfragen gestellt (IV-act. 155). Dadurch konnten die Unklarheiten allerdings nicht ausgeräumt werden, vielmehr wurden sie von der estimated AG bestätigt (IV-act. 165). Das Erstgutachten der estimated AG blieb damit widersprüchlich folglich nicht verwertbar. Deshalb war die IV-Stelle nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, ein weiteres polydisziplinäres Gutachten einzuholen (vgl. vorstehend E. 4.9 und Urteile des Bundesgerichts 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3.2.1; 9C 416/2013 vom 27. August 2013 E. 4.2.2; 6B_283/2007 vom 5. Oktober 2007 E. 2). 5.3.5 Der Stellungnahme der estimated AG vom 21. Mai 2024 kommt nicht die Bedeutung zu, die ihr der Beschwerdeführer zuerkennen will. Es ist nicht so, dass das estimated-Gutachten aufgrund einer «180°-Kehrtwende» des fallführenden Teilgutachters und des ärztlichen Leiters der estimated AG von der IV-Stelle für unverwertbar befunden wurde. Vielmehr hat schon der RAD in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2023 ausführlich und korrekt dargelegt, weshalb und inwiefern die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar sind (IV-act. 151). Nachdem diese Unklarheiten auch mit einer Nachfrage nicht ausgeräumt werden konnten, musste ein neues polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben werden. Das zweite polydisziplinäre Gutachten wurden somit nicht wegen, sondern trotz der Stellungnahme der estimated AG vom 21. Mai 2024 nötig. Wie zuvor ausgeführt, ist auch das orthopädische Teilgutachten in seinen Begründungen und Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar und kann somit auch keinen selbständigen Beweiswert haben. Zudem wurde die vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in einer Konsensbeurteilung festgelegt, die auch auf einer psychiatrischen Diagnose beruhte (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10: F45.41] bei persistierenden belastungsabhängigen Knieschmerzen bds. [ICD-10: M25.56]). Selbst der Beschwerdeführer behauptet nicht, das psychiatrische Teilgutachten sei beweistauglich. Aus dem Umstand, dass die Stellungnahme der estimated AG vom 21. Mai 2024 zumindest vom fallführenden Gutachter unterzeichnet wurde, erschliesst sich überdies, dass die Konsensbesprechung nicht mehr von allen Gutachtern getragen wird. Bei dieser Ausgangslage kann auf eine Zeugenbefragung der übrigen Teilgutachter in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden. Selbst wenn diese – entgegen ihrem Wortlaut – nicht in die Stellungnahme vom 21. Mai 2024 einbezogen worden wären, würde

E. 21

■ 26 dies nichts daran ändern, dass das estimed-Gutachten vollumfänglich, d.h. auch das orthopädische Teilgutachten, unverwertbar bliebe. 5.4 Im Ergebnis kommt dem estimed-Gutachten kein Beweiswert zu und auf die beantragte Zeugeneinvernahme der Teilgutachter kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden. 6.

E. 22

■ 26 • Chronisch-venöse Insuffizienz CEAP-Stadium C2 beidseits bei Status nach Crossektomie und Stripping der Vena saphena magna links 2001 und rechts 2008 (ICD-10I87.2) o St. n. VNUS Vena saphena parva links 01/2018 o St. n. diversen Schaumsklerosierungen beidseits 2014 bis 2018 sowie 2021 und zuletzt 2024 • Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) • Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)

E. 23

■ 26 Die angiologischen Untersuchungen habe das Vorliegen einer sehr gut behandelbaren chronisch-venösen Insuffizienz im CEAP-Stadium C2 ergeben. Es habe sich lediglich eine minimale Restvarikosis gezeigt. Das tiefe Venensystem sei intakt gewesen, und es hätten keine postthrombotischen Veränderungen oder eine Leitveneninsuffizienz bestanden. Arteriell sei klinisch ein Normalbefund erhoben worden. Aus angiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung habe keine Diagnose gestellt werden können, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, womit aus allgemeininternistischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei der Explorand streckenweise mit einer subdepressiv herabgesetzten Stimmungslage aufgefallen, wobei kein ausgeprägter depressiver Affekt vorhanden gewesen sei. Eine affektive Grunderkrankung habe nicht diagnostiziert werden können. Auffällig sei gewesen, dass für die beklagten körperlichen Beschwerden keine diese in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde erhoben worden seien. Diagnostisch bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Schmerz- ausweitung. Gemäss Angaben des Exploranden liege zudem ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vor. Die psychiatrischen Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Schliesslich sei bei der neuropsychologischen Untersuchung festgestellt worden, dass nicht zu klärende Inkonsistenzen vorlägen. In vier von sieben durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren seien auffällige Resultate erhoben worden. Jedenfalls seien keine Befunde objektivierbar, die eine Einschränkung reproduzierbar nachweisen könnten.

E. 24

■ 26 unebenem Grund sowie die Einnahme von knieenden und kauernden Positionen vermieden werden, sei er hingegen voll arbeitsfähig. Auch in der Vergangenheit habe in einer angepassten Tätigkeit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden.

E. 25

■ 26 («Kein Anspruch auf eine Invalidenrente»; vgl. IV-act. 230). Zu Massnahmen beruflicher Art (Art. 15 ff. IVG) worunter die Übernahme von Umschulungskosten fällt (Art. 17 IVG), äussert sich die angefochtene Verfügung nicht, womit solche Massnahmen auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sein können (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_710/2014 vom 12. Mai 2015 E. 5). Im Übrigen erfordert ein Anspruch auf Umschulung nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich eine Mindestwerbseinbusse von rund 20%, die nicht vorliegt (BGE 124 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 8C_491/2024 vom 15. April 2025 E. 2.3 m.w.V.). 7.

E. 26

■ 26 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.■ werden dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt, mit dem von ihm geleisteten Vorschuss in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4. [Zustellung]. Stans, 5. Januar 2026 VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN Sozialversicherungsabteilung Die Vizepräsidentin lic. iur. Barbara Brodmann Der Gerichtsschreiber MLaw Reto Rickenbacher Versand:
Rechtsmittelbelehrung: Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.

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