



Fall-Nr.: IV 2025/149
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 01.05.2026
Entscheiddatum: 17.03.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 17.03.2026

Art. 44 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV. Eintreten auf eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug und Bestätigung des Rentenentscheids der Beschwerdegegnerin. Das polydisziplinäre Gutachten beruht auf einem umfassenden Aktenstudium sowie auf ausführlichen Befragungen und umfangreichen klinischen Untersuchungen. Auf das polydisziplinäre Gutachten darf daher abgestellt werden. Mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrads erfolgte die Abweisung des Leistungsbegehrens zu Recht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2026, IV 2025/149).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung III

Entscheidung vom 17. März 2026

Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Beatrice Borio

Geschäftsnr. IV 2025/149

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Benjamin Nüesch, Gmür Galbier
Nüesch Rechtsanwälte, Obere Bahnhofstrasse 11, Postfach 253,
9501 Wil SG 1,

gegen

IV - Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368,
9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Rente**



Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich erstmals im Januar 2017 bei der Invalidenversicherung des Kantons B.____ (nachfolgend: IV-Stelle B.____) zum Bezug von Leistungen an. Er gab an, eine Lehre als Autolackierer begonnen (1981-1983) und zuletzt (seit 1983) als Chauffeur im 100%-Pensum gearbeitet zu haben. Seit Juli 2016 sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide unter Rückenschmerzen, könne nur sehr schlecht Aufstehen sowie Absitzen und verspüre Schmerzen beim Laufen (IV-act. 7). Der Anmeldung legte er mehrere Berichte bei, darunter eine MRI-Untersuchung vom 12. August 2016, bei der eine schwere Wirbelgelenksarthrose im Segment LWK 4/5 beidseits mit beidseitiger Einengung der Neuroforamina und möglicher Irritation der austretenden Nervenwurzel L4 sowie eine paramedian links liegende breitbasige Diskushernie im Segment LWK 5 / SWK 1 erhoben worden waren (IV-act. 8). Die IV-Stelle B.____ veranlasste eine rheumatologische und psychiatrische Abklärung bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) sowie eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in der Klinik Z.____ (IV-act. 22 ff.). Der RAD kam am 17. November 2017 interdisziplinär zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 85 % bestehe. Da dem Versicherten der Fahrzeugausweis entzogen worden sei, sei diese jedoch nicht umsetzbar. In einer ideal adaptierten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, die in Wechselbelastung und ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule durchgeführt werden können) bestehe (ebenfalls) eine 85%ige Gesamtarbeitsfähigkeit (IV-act. 33). Die EFL vom 20. September 2017 hatte eine erhebliche Symptorausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz gezeigt (IV-act. 28). Dem Vorbescheid entsprechend (IV-act. 34) verfügte die IV-Stelle B.____ am 27. Februar 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % die Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 38). Dagegen erhob der Versicherte am 27. März 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons B.____ (IV-act. 42-2 ff.). Nach Eingang der Beschwerdeantwort vom 27. April 2018 (IV-act. 44) reichte der Versicherte einen Austrittsbericht des Kantonsspitals C.____ ein, wonach am 23. November 2018 bei chronischer Lumboischialgie rechtsbetont eine «Dekompression L4-S1 mit TLF von monoportal rechts und dorsaler Spondylodese L4-S1» durchgeführt worden war (IV-act. 49-2 f.). Am 19. März 2019 wies das Verwaltungsgericht des Kantons B.____ die Beschwerde ab (IV-act. 50). Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.b Am 25. Februar 2022 fand eine Erstkonsultation in der Psychiatrie D.____ statt. Die Oberärztin diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode und Cannabinoide (jeweils Abhängigkeitssyndrom [ICD-10: F11.2, ICD-10: F12.2]; IV-act. 69). Vom 1. bis 4. März 2021 wurde der Versicherte aufgrund von Thoraxschmerzen, die schliesslich auf eine koronare 3-Gefässerkrankung mit



Verschluss des zweiten Posterolateralastes zurückgeführt werden konnten, im Spital E.____ hospitalisiert (IV-act. 84).

A.c Am 27. März 2022 kam es beim Versicherten zu einem erneuten Herzinfarkt (IV-act. 79, 60, 77). Im April 2022 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen an. Er gab an, zuletzt im 20%-Pensum beim F.____ in G.____ Kaffeemaschinen repariert zu haben. In gesundheitlicher Hinsicht führte er aus, zwei künstliche Bandscheiben und drei versteifte Wirbel zu haben sowie einen Hirnschlag (vgl. hierzu IV-act. 59-2 oben) und einen Herzinfarkt erlitten zu haben (IV-act. 57; vgl. auch IV-act. 59). Die RAD-Ärztin kam am 20. Mai 2022 zum Schluss, dass mit der aktuellen Wiederanmeldung neue Diagnosen vorliegen würden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Die medizinisch begründete Veränderung bestünde seit März 2021. Medizinisch-theoretisch könne nach Stabilisierung des Gesundheitszustands eine noch etwa 40 bis 50%ige Arbeitsfähigkeit für rückenadaptierte Tätigkeiten angenommen werden. Durch die Herzerkrankung hätten sich die körperliche Belastbarkeit und auch die Prognose signifikant verschlechtert (IV-act. 87).

A.d Mit den MRI-Untersuchungen vom 15. Juni 2022 (Neurocranium; IV-act. 97) und vom 17. Juni 2022 (Halswirbelsäule; IV-act. 103) konnten eine Ischämie und eine Myelopathie ausgeschlossen werden. Erhoben wurden unter anderem eine wahrscheinlich mikroangiopathisch bedingte Leukenzephalopathie sowie fortgeschrittene degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit multisegmentalen Unkovertebralarthrosen und Facettengelenksarthrosen. Die RAD-Ärztin hielt am 19. Oktober 2022 fest, dass ein ischämischer Hirninfarkt ausgeschlossen und eine residuelle Armschwäche rechts neurologisch bestätigt worden seien. Als weitere arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen nannte er die chronischen lumbalen Rückenschmerzen bei Spinalkanalstenose und Status nach dorsaler Spondylodese L4 bis S1 (November 2018) sowie die verminderte kardiale Belastbarkeit bei koronarer Herzkrankheit und Status nach Myokardinfarkten (März 2021 und März 2022). Der Versicherte habe kaum Ressourcen und sei nicht in der Lage, konstante therapeutische Beziehungen aufrecht zu erhalten und eine angemessene Selbstfürsorge zu betreiben. Die Schmerzstörung sei langjährig chronifiziert. Der Versicherte setze Opioide, CBD und Cannabis zur Analgesie ein. Der Gesundheitszustand sei stabil, so dass ein beruflicher Reintegrationsversuch mit halbtägiger Präsenz unternommen werden könne. Versicherungsmedizinisch sei der Versicherte als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsunfähig und für körperlich leichte und rückenadaptierte Tätigkeiten zu maximal 50 % arbeitsfähig (IV-act. 106; bestätigt auch in IV-act. 127). Nachdem die IV-Stelle dem Versicherten am 20. Oktober 2022 mitgeteilt hatte, dass er keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe (IV-act. 108), erliess sie am 16. März 2023 einen Vorbescheid, worin sie dem Versicherten die Zusprache einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 55 % in Aussicht stellte (IV-act. 130). Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Nüesch, am 9. Juni 2023 Einwand erheben.



Er beantragte die Aufhebung des Vorbescheids und die Zusprache einer ganzen Rente. Eventualiter verlangte er die Durchführung weiterer Abklärungen. Zudem beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (IV-act. 138). Dem Einwand legte er ein Überweisungsschreiben des Kantonsspitals C.____ an die Schmerzklinik des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 6. März 2023 bei, worin unter anderem eine Abhängigkeitsproblematik für Tramadol und chronische lumbale Schmerzen diagnostiziert worden waren (IV-act. 138-35 ff.), sowie einen neurologischen Bericht, gemäss dem ein mittelgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseits, linksbetont, erhoben worden war (IV-act. 138-33 f.). Der Rechtsvertreter informierte am 15. Juni 2023 die IV-Stelle darüber, dass der Versicherte am 12. Juni 2023 erneut einen Herzinfarkt erlitten habe (IV-act. 140; vgl. auch IV-act. 141, 150). Nach Prüfung der Unterlagen empfahl die RAD-Ärztin am 7. Juli 2023, die medizinische Sachlage in zwei bis drei Monaten erneut zu prüfen (IV-act. 142).

A.e Am 14. Dezember 2023 wurde der Versicherte bei der Diagnose «[u]nklarer vorbestehender Tumor mit neuer zystischer Raumforderung neben dem Tumor im vorderen Mediastinum» am KSSG operiert (thoroskopische Tumor-Exzision mediastinal; IV-act. 184). Die RAD-Ärztin notierte am 9. Januar 2024, dass zur Beurteilung des komplexen Sachverhalts wahrscheinlich eine Begutachtung erforderlich sein werde (IV-act. 170). Am 25. Januar 2024 liess der Versicherte den dazugehörigen Untersuchungsbericht des KSSG vom 22. Januar 2024 einreichen und anmerken, dass die Operation an der rechten Hand haben verschoben werden müssen (IV-act. 172). Dem genannten Untersuchungsbericht des KSSG lässt sich entnehmen, dass ein Thymom hatte ausgeschlossen werden können und am ehesten von einer erworbenen multilokulären Thymuszyste auszugehen sei (IV-act. 173, 187).

A.f Nachdem der Fall erneut dem RAD vorgelegt worden war (IV-act. 202), gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie) an die videmus AG in Auftrag (IV-act. 205). Die Gutachterstelle erachtete eine zusätzliche Untersuchung im Bereich der Kardiologie als notwendig (IV-act. 218). Die videmus AG erstattete das Gutachten am 27. August 2024. Interdisziplinär kamen die Gutachter zum Schluss, dass es seit dem 19. März 2019 zu einer Veränderung des Gesundheitszustands gekommen sei. In der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig, dies seit spätestens 2018. Für eine ideal angepasste Tätigkeit bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Präsenzzeit von 100 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei kardiologisch und orthopädisch bedingt (IV-act. 225-51 ff.). Die RAD-Ärztin erachtete das Gutachten am 27. September 2024 als beweiskräftig (IV-act. 228).

A.g Mit Vorbescheid vom 30. September 2024 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Begehrens um Ausrichtung einer Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 231). Dagegen liess der Versicherte am 31. Oktober 2024 Einwand erheben (IV-act. 238; zur nachgereichten Einwandsbegründung vgl. IV-act. 240). Der Einwandsbegründung vom 5. Dezember 2024 legte er



Stellungnahmen des KSSG-Schmerzzentrums vom 28. November 2024 (IV-act. 240-8 f.), seines Hausarztes vom 18. November 2024 (IV-act. 240-10) und seiner Tochter (undatiert; IV-act. 240-11) bei. Am 24. Februar 2025 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtsverteidigung im Vorbescheidverfahren (IV-act. 249).

A.h Nachdem die Unterlagen der RAD-Ärztin vorgelegt (IV-act. 242), den Gutachtern eine Ergänzungsfrage gestellt (IV-act. 253) und deren Antwort erneut der RAD-Ärztin unterbreitet worden waren (IV-act. 254), verfügte die IV-Stelle am 3. Juni 2025 nach erneuter Anhörung des Versicherten (IV-act. 255, 260) die Abweisung des Begehrens um Ausrichtung einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 28 % (IV-act. 262).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Nüesch, am 19. Juni 2025 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. «Die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen vom 3. Juni 2025 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten und/oder ein EFL-Gutachten einzuholen.
4. Subeventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
5. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen, unter Einsetzung des Unterzeichneten als unentgeltlichen Rechtsvertreter.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. M[w]St[.]) zu Lasten der Vorinstanz.»

Mit der Beschwerde reichte er weitere medizinische Akten ein (act. G1.3 ff.).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2025 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G7). Der Beschwerdeantwort legte sie eine Stellungnahme des RAD vom 19. September 2025 bei (act. G7.2).

B.c Replikweise hielt der Beschwerdeführer am 12. Januar 2026 an seinen Rechtsbegehren fest (act. G13). Der Replik legte er einen Fragenkatalog an den behandelnden Arzt des KSSG-Schmerzzentrums (act. G13.1) und dessen Antworten darauf (act. G13.2) bei. Der Rechtsvertreter reichte eine Honorarnote ein (act. G13.3).



B.d Am 23. Oktober 2025 entsprach die verfahrensleitende Richterin dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Rechtsanwalt Nüesch; act. G8).

B.e Mit Schreiben vom 19. Januar 2026 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und verzichtete auf die Einreichung einer (umfassenden) Duplik (act. G16).

B.f Am 4. März 2026 beantragte das Versicherungsgericht die Tonaufnahmen des polydisziplinären Gutachtens. Diese wurden von der Beschwerdegegnerin gleichentags zur Verfügung gestellt (act. G18).

B.g Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den (medizinischen) Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Juni 2025, mit welcher diese das gestellte Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom April 2022 um eine Rente abgelehnt hat.

1.2 Aktenkundig und unbestritten ist, dass es sich bei der vorliegend zu beurteilenden Anmeldung vom April 2022 (IV-act. 58) um eine sogenannte Neuanmeldung handelt, auf welche die Beschwerdegegnerin angesichts der neu hinzugekommenen Gesundheitsbeeinträchtigungen (unter anderem die hyperintensive und koronare 3-Gefässerkrankung) zu Recht eingetreten ist (für die entsprechenden Voraussetzungen vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Rahmen dieser Anmeldung Anspruch auf eine Rente der IV hat. Dies wäre dann der Fall, wenn sich sein Gesundheitszustand seit dem Erlass der abweisenden Verfügung vom 27. Februar 2018 (Invaliditätsgrad von 15 %; IV-act. 38, bestätigt durch Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons B. ___ in IV-act. 50) rentenwirksam verändert hätte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2019, 8C_467/2019, E. 3.2). Der Vergleichszeitraum erstreckt sich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung (BGE 130 V 71 E. 2.3 und E. 3.2.4 und 130 V 64 E. 2 und 3) vom 3. Juni 2025, mit welcher der Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 28 % erneut abgewiesen worden ist (IV-act. 262). Am 1. Januar 2022 ist die Gesetzesrevision «Weiterentwicklung der IV» (WEIV) in Kraft getreten. Mit der Neuanmeldung im April 2022 und dem Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20; keine Änderung durch die WEIV) liegt ein Anspruch auf Rentenleistungen ab dem Oktober 2022 und folglich nach Inkrafttreten der WEIV im Streit, weshalb die



am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im IVG sowie in der IVV Anwendung finden (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Im Folgenden werden die Bestimmungen des IVG und der IVV in der ab 1. Januar 2022 geltenden und vorliegend anwendbaren Fassung zitiert. Aufgrund der neuerlichen Änderung der IVV per 1. Januar 2024 (Pauschalabzug; vgl. nachfolgende E. 5.3.2) finden ab 1. Januar 2024 zusätzlich die Bestimmungen der IVV in der ab diesem Zeitpunkt gültigen Fassung Anwendung (BGE 150 V 323 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2024, 8C_243/2023, E. 3 mit Hinweisen).

1.3 Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Februar 2025, mit welcher diese das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung im Vorbescheidverfahren abgewiesen hat (IV-act. 249), bildet einen eigenständigen Anfechtungsgegenstand, gegen den der Rechtsmittelweg hätte beschränkt werden können bzw. müssen. Indem die fragliche Verfügung unangefochten geblieben ist, ist sie in Rechtskraft erwachsen. Über diesen Anspruch des Beschwerdeführers ist dementsprechend nicht im vorliegenden Verfahren zu befinden (vgl. act. G1-16).

2.

2.1 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Als Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG der durch eine 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 definiert (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Der Invaliditätsgrad ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).



2.2 Um den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, sind 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Rechtsprechungsgemäss ist bei der Würdigung der Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach solche nicht nur in der Funktion als Hausärzte und Hausärztinnen, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 465 E. 4.5). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 9C_86/2018, E. 5.1 mit Hinweisen).

3.

Die Beschwerdegegnerin geht in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der videmus AG vom 27. August 2024 beim Beschwerdeführer von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 28 % aus. Nachfolgend zu prüfen ist, ob das polydisziplinäre Gutachten beweiskräftig ist und darauf abgestützt werden kann.

3.1 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass aus allgemeininternistischer sowie kardiologischer Sicht seit 2021 und aus orthopädischer Sicht seit dem 23. November 2018 von einer Veränderung des Gesundheitszustands auszugehen sei. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht hätten sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben (IV-act. 225-54). Ressourcen seien teilweise vorhanden (IV-act. 225-50). Bezüglich Suchtleiden habe eine Cannabisabhängigkeit erhoben werden können, die jedoch nicht zu einer irreversiblen Gesundheitsstörung geführt habe (IV-act. 225-48). Es bestünden Diskrepanzen zwischen der



geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden, den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchung sowie dem Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Demnach stünden die beklagten Beschwerden aus interdisziplinär-medizinischer Sicht wohl nicht durchgehend im Einklang mit den Akten und der Anamnese. Die Art und das Ausmass der Beschwerden seien durch die objektivierbaren Diagnosen nicht vollständig erklärt, so dass eine vorliegende Plausibilität zu hinterfragen sei (IV-act. 225-49). Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur spätestens seit 2018 nicht mehr arbeitsfähig (IV-act. 225-51 f.). In einer ideal angepassten Tätigkeit sei medizinisch-theoretisch von einer Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen (Rendement von 80 % bei Präsenzzeit von 100 %), begründet durch Ausführungen im kardiologischen Gutachten. Als ideal angepasste Tätigkeit gelte eine sitzende, stressfreie Tätigkeit mit ausreichenden Pausenoptionen, ohne Schicht- und Nachtdienst, ohne Arbeiten in der Höhe und ohne repetitives Verschieben von Gegenständen von mehr als 10 kg. Möglich seien körperlich leichte Arbeiten, wechselbelastend ohne besondere Anforderungen an die Wirbelsäulenbelastbarkeit. Diese Gesamtarbeitsfähigkeit gelte spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung (IV-act. 225-52 f.).

3.1.1 Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konnte auf internistischem Fachgebiet keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erheben (IV-act. 225-82). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Adipositas Grad 1, einen erhöhten Blutdruck, eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, ein (aktenkundiges) leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine Dyslipidämie, einen Diabetes mellitus Typ 2 und einen Eisenmangel (IV-act. 225-83). Mit dem diagnostizierten Eisenmangel wurde – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers (act. G1-9) – auch die beklagte Müdigkeit bzw. «Fatigue» bereits geklärt bzw. im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt. Der Sachverständige erklärte weiter, was medizinisch schon zur Behandlung dieser Diagnosen unternommen worden sei und was noch unternommen werden könne (IV-act. 225-83). Hinsichtlich Kausalität und Plausibilität notierte er, dass die geäusserten massiven Schmerzen bei der aktuellen Beurteilung im Widerspruch zum fehlenden Nachweis von adäquaten Spiegeln der Schmerzmedikamente im Blut stehen würden und kein Schmerzkalendar vorliege. Es bestünden jedoch keine Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten. Die Anamnese spreche für eine erhaltene Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität, was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit mithin stütze. Aus internistischer Sicht sei deshalb für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kein ausreichender Anhalt gegeben. Zum Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit erachtete er eine Gewichtsabnahme, einen Rauchstopp und die Optimierung der medikamentösen Therapie (Bluthochdruck und Diabetes mellitus) als sinnvoll (IV-act. 225-84).



3.1.2 Im kardiologischen Teilgutachten legte Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, dar, dass kardiologischerseits invaliditätsbegründende Krankheitsbilder vorliegen würden, welche eine reduzierte körperliche Belastbarkeit bzw. Ausdauer des Beschwerdeführers zur Folge hätten. Konkret liege eine koronare 3-Gefässerkrankung (ICD-10: I25.13) mit/bei «St. n. Myokardinfarkt am 01.03.2021 (Bericht Kantonsspital G.____ vom 05.03.2022, Koronarangiographie am 02.03.2021, PICA- und Stent-Implantation in den RCX, RM1, RD2, RCA) (ICD-10: I25.2)», «St. n. Ultraschall (IVUS) gesteuerter PTCA und einfache Implantation eines medikamentenbeschichteten Sten[t]s in die Bifurkation RCX/RM1 am 27.03.2022», «St. n. ST-Hebungsinfarkt am 27.03.2022, Koronarangiographie: funktioneller Verschluss bei hochgradiger In-Stent-Restenose der Bifurkation RCX/RM1 St. n. erfolgreicher IVUS gesteuerter PICA- und Stent-Implantation in die Bilurkation RCX/RM1» und «St. n. subakutem ST-Hebungsinfarkt am 13.06.2023, Koronarangiographie vom 13.06.2023, Angioplastie mit Stent-Implantation in den RCX/RM1. Aktuell Ausschluss einer kardiopulmonalen Dekompensation, mittelgradig reduzierte linksventrikuläre Pumpfunktion» vor (IV-act. 225-105). In der bisherigen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei der Versicherte zu 60 % arbeitsfähig (Rendement von 60 % bei Präsenzzeit von 100 %), dies bedingt durch eine reduzierte Belastbarkeit bzw. Ausdauer bei einer reduzierten linksventrikulären Pumpfunktion. Diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung gelte spätestens seit der aktuellen Begutachtung. Für die Zeiträume der Herzinfarktereignisse könne für bis sechs Monate nach der jeweils erfolgten Koronarintervention mindestens eine Teilarbeitsunfähigkeit angenommen werden (IV-act. 225-107). In einer ideal angepassten Tätigkeit (aus kardiologischer Sicht eine sitzende, stressfreie Tätigkeit mit ausreichenden Pausenoptionen, ohne Schicht- und Nachtdienst, ohne Arbeiten in der Höhe und ohne repetitives Verschieben von Gegenständen von mehr als 10 kg) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei einer Präsenzzeit von 100 %, dies bedingt durch zusätzliche Pausenoptionen. Diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung gelte ebenfalls spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung, wobei für bis zu drei Monate nach der jeweils erfolgten Koronarintervention mindestens eine Teilarbeitsunfähigkeit anzunehmen sei (IV-act. 225-108).

3.1.3 PD Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Neurologie, konnte aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden ein Lendenwirbelsäulen-Syndrom mit Verdacht auf pseudoradikuläre Ausstrahlung ins rechte Bein (und mit Status nach Spondylodese LWK 4-SWK 1 im November 2018; ICD-10: M54.4) sowie ein Halswirbelsäulen-Syndrom (ICD-10: M52.4) vorliegen. Hinweise auf eine Radikulopathie bestünden jeweils keine, und ein zerebrovaskulärer Insult habe nicht nachgewiesen werden können (IV-act. 225-127). Die fehlende Radikulopathie war denn auch im Rahmen der Konsultation im KSSG-Schmerzzentrum vom 30. Mai 2023 so dokumentiert worden (vgl. IV-act. 149-3). In seiner angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 225-129). Gegenüber dem neurologischen Sachverständigen berichtete der



Beschwerdeführer nicht von Ohnmachtsanfällen. Da die Epilepsie-Sprechstunde vom 6. Mai 2025 am KSSG (bzw. HOCH) im Nachgang zur Begutachtung keine Hinweise auf eine epileptische Genese ergeben und die zuständigen Ärzte eine internistische/kardiologische Abklärung empfohlen haben (act. G1.8), erübrigen sich neurologische Ausführungen hierzu (vgl. aber nachstehende E. 3.1.9).

3.1.4 Der orthopädische Sachverständige, Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchte den Beschwerdeführer ausführlich. Unter anderem erhob er ein langsames, schwerfälliges Gangbild. Klinisch sei der Eindruck schmerzgeplagt gewesen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei bei der In- und Reklination sowie bei der Seitenneigung und der Rechts- und Linksrotation eingeschränkt gewesen. Die Inklination der Brust- und Lendenwirbelsäule sei mühevoll und auf Oberschenkelhöhe eingeschränkt ausführbar. Die Iliosakralfugen seien druckdolent. Die Beweglichkeit des Rumpfes sei ebenfalls eingeschränkt. Auch das Aufrichten aus der Rückenlage in den Langsitz mit Assistenz sei massiv eingeschränkt und nur mit Ausweichbewegungen zu erhalten. Im Stand und beim Aufrichten aus der Rückenlage in den Langsitz bestehe eine funktionelle Beinlängendifferenz bei stark eingeschränkter Untersuchungsmöglichkeit. Die spinale Beweglichkeit sei in der spontanen Mobilität eingeschränkt. Weitere Einschränkungen konnten nicht erhoben werden (IV-act. 225-146 ff.). Zur Konsistenz und Plausibilität führte der Sachverständige aus, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und der demonstrierte Untersuchungsbefund widersprüchlich zum ärztlichen Untersuchungsbericht des Wirbelsäulenzentrums des KSSG vom 2. Oktober 2023 (vgl. IV-act. 179) seien, gemäss dem seit der Operation eine verbesserte Beschwerdesituation eingetreten sei und keine sensomotorischen Defizite beschrieben worden seien. Dies decke sich auch mit den bildgebenden Befunden (IV-act. 225-156). Der im Bericht vom 14. September 2023 des KSSG-Schmerzzentrums geäusserte Verdacht auf einen Fehlgebrauch und eine chronische Überdosierung des opioidhaltigen Analgetikums Tramadol (vgl. IV-act. 165) habe nicht bestätigt werden können, da die anlässlich der Begutachtung durchgeführte Wirkstoffspiegelbestimmung einen Tramadolspiegel unterhalb des therapeutisch wirksamen Referenzbereichs gezeigt habe (IV-act. 225-156). Der Sachverständige schloss daraus, dass deshalb erhebliche Zweifel am Schweregrad des Schmerzsyndroms und am Leidensdruck des Beschwerdeführers bestünden (IV-act. 225-156, 225-158). Zudem merkte der Sachverständige an, dass sich der anlässlich der Begutachtung erhobene klinisch funktionelle Untersuchungsbefund einer Bewegungs- und Entfaltungsstörung der Brust- und vor allem der Lendenwirbelsäule bildgebend nicht erklären lasse, da die Bildgebung eine technisch einwandfrei durchgeführte interkorporelle und dorsale bisegmentale instrumentierte Versteifung LWK 4-SWK 1 gezeigt habe. Demnach bestünde klinisch funktionell und bildgebend ein weitestgehend stationärer Befund der technisch einwandfrei durchgeführten Versteifungsoperation aus dem Jahre 2018 (IV-act. 225-156). Die bildgebend beschriebene Spondylarthrose LWK 3/LWK 4 stelle keine zu Beschwerden führende erhebliche Anschlussdegeneration dar, sondern entspreche einer in der Normalpopulation hochprävalenten



altersüblichen Degeneration. Dies entspricht im Übrigen dem nachgereichten Bericht des KSSG-Wirbelsäulenzentrums zur Untersuchung vom 8. Oktober 2024, worin die Anschlusssegmentdegeneration als «diskret» bezeichnet worden ist (act. G1.5-2). Der Sachverständige führte weiter an, dass die vom Wirbelsäulenzentrum angebotene probatorische Infiltration der Facettengelenke LWK 3/LWK 4 vom Beschwerdeführer nicht angenommen worden sei, was die angeführten Zweifel an der Schwere des Leidensdrucks stütze (IV-act. 225-157). In der Gesamtschau bestehe ein spinaler Endzustand. Wegen der spinalen Limitation sei die berufliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt für alle schweren und mittelschweren Tätigkeiten. Körperlich leichte Tätigkeiten ohne besonderen Leistungsanspruch an die Wirbelsäule seien jedoch nach den hier erhobenen Befunden medizinisch-theoretisch möglich (IV-act. 225-157). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Orthopäde einen Status nach dorsaler und interkorporeller Spondylodese LWK 4-SWK 1 (23. November 2018; ICD-10: M43.06) und ein Lumbalsyndrom mit bildgebendem Nachweis einer Spondylarthrose LWK 3/LWK 4 (ICD-10: M47.86). Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entfalte der Status nach Dekompression eines Karpaltunnelsyndroms rechts (17. Mai 2023; ICD-10: G56.0). In seiner angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig, dies spätestens seit dem jetzigen Untersuchungszeitpunkt. In einer ideal adaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Arbeiten wechselbelastend ohne besondere Anforderungen an die Wirbelsäulenbelastbarkeit) sei er hingegen vollschichtig arbeitsfähig, dies ebenfalls spätestens seit dem jetzigen Untersuchungszeitpunkt (IV-act. 225-162 ff).

3.1.5 Im psychiatrischen Teilgutachten führte med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass der Beschwerdeführer keine psychiatrischen Beschwerden angegeben habe. Der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber geäußert, dass er die psychiatrische Behandlung nach zweieinhalb Jahren abgebrochen habe, da vor allem Suchtprobleme thematisiert worden seien, die er seiner Meinung nach nicht habe (IV-act. 225-187). Der Gutachter konnte seinerseits keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erheben, jedoch nicht arbeitsfähigkeitsrelevante psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (Abhängigkeit; ICD-10: F12.2). Er führte aus, dass eine Tramadolabhängigkeit, wie sie aus den Akten hervorgehe, fraglich sei. Die Aussage des Beschwerdeführers, dass er dieses nur noch bei Bedarf nehme, stimme mit dem in den Laborbefunden vorhandenen, jedoch sehr niedrigen Wirkspiegel des Tramadol überein (IV-act. 225-188). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig (IV-act. 225-190). Der psychiatrische Sachverständige merkte an, dass eine erneute psychiatrische Behandlung zur besseren Verarbeitung der Schmerzsymptomatik hilfreich sein könne (IV-act. 225-189). Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers (act. G1-10) war sich der psychiatrische Sachverständige demnach durchaus der chronischen Schmerzstörung bewusst, weshalb davon auszugehen ist, dass er diese berücksichtigt hat.



3.1.6 Nicht ersichtlich ist, weshalb sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, das Gutachten der videmus AG habe die «schwierige Wechselwirkungsproblematik von Schmerz- und Suchtleiden (insb. Tramadolabhängigkeit) offenkundig nicht wie dringend erfasst, geschweige denn thematisiert» (act. G1-5). Die Gutachter der betroffenen Fachdisziplinen (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie) haben – wie vorstehend dargelegt – die Frage nach einer potentiellen Tramadolabhängigkeit thematisiert und dazu Stellung genommen. Dem Beschwerdeführer ist einzig darin zuzustimmen, dass der Schluss des Orthopäden, der niedrige Tramadolspiegel spreche gegen einen Leidensdruck (IV-act. 225-156, 225-158), zu kurz greift. Diese Schlussfolgerung blendet aus, dass die Reduktion des Tramadol auf Empfehlung mehrerer Ärzte erfolgt ist. Insbesondere vor dem Hintergrund der vom Beschwerdeführer vor vielen Jahren erlittenen Suchtproblematik ist es unangemessen, einen tiefen Tramadolspiegel zu seinem Nachteil auszulegen. Es ist umso verständlicher, dass er nicht als «Tramadolabhängiger» wahrgenommen werden möchte (vgl. auch die Aussagen im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens [IV-act. 225-187 und ca. Minuten 59:59 bis 65:00 der Tonaufnahme]). Nichtsdestotrotz erfüllt das orthopädische Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen (vgl. nachstehende E. 3.1.10). Insbesondere vermag es im Ergebnis (Arbeitsfähigkeitseinschätzung) zu überzeugen. Denn das vom Orthopäden formulierte Zumutbarkeitsprofil trägt den orthopädischen Beschwerden an der Wirbelsäule Rechnung.

3.1.7 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Gutachter hätten entgegen dem klaren Auftrag keine individuelle Ressourcenprüfung vorgenommen (act. G1-6). Hinsichtlich der Ressourcen hielten die Gutachter interdisziplinär fest, dass solche «teilweise» vorhanden seien (gute Kommunikationsfähigkeit, keine Motivation, eingeschränkte Compliance bei Therapieadhärenz, Hunde als ausserberufliche Fertigkeiten, Tochter als soziales Umfeld, zumindest teilweise geordnete Tagesstruktur; IV-act. 225-50; Hinweis: Der neurologische Sachverständige hat die Ressourcenprüfung gemäss Tonaufnahme vorgenommen, die Ergebnisse jedoch nicht notiert). Dem Beschwerdeführer ist insofern zuzustimmen, als ausführlichere Informationen hierzu wünschenswert gewesen wären. So ist nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer keine Motivation aufweisen sollte, da er grundsätzlich betont hat, er sei offen, zu arbeiten, wenn es irgendwie gehe. Bezüglich Therapieadhärenz stellt sich die Frage, welche Aspekte die Gutachter wie stark gewichtet haben. Gleichzeitig ist an den Sinn und Zweck der Ressourcenprüfung zu erinnern. Die Prüfung dient dazu, den ermittelten Funktionseinschränkungen die vorhandenen Ressourcen gegenüberzustellen. Im Rahmen der Würdigung von Funktionseinschränkungen soll auch das positive Leistungsbild untersucht und nicht nur aufgezeigt werden, welche Defizite vorhanden sind, sondern das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen beschrieben werden. Die Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). Vorliegend steht fest, dass die beim Beschwerdeführer ermittelten Funktionseinschränkungen nicht durch Ressourcen kompensiert werden können. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht anführt, wurden



die Ressourcen mangels Kompensationspotential bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht leistungserhöhend berücksichtigt (act. G7-4). Demnach spielt es keine Rolle, wie die Ressourcen genau zu bewerten sind, weil sie für die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Ergebnis irrelevant sind.

3.1.8 Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer monierten Verletzung der Abklärungspflicht durch die Beschwerdegegnerin ist vorerst darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin in regelmässigen Abständen von den behandelnden Ärzten Berichte einverlangt hat. Der Beschwerdeführer hat die von ihm angeführten Berichte erst mit Beschwerde oder gar im Nachgang dazu eingereicht. Den Beschwerdeführer trifft jedoch bei der Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin eine Mitwirkungspflicht (vgl. BGE 143 II 425 E. 5.1, 117 V 261 E. 3b). Ob die Beschwerdegegnerin die ihr obliegende Abklärungspflicht verletzt hat, kann vorliegend letztlich offenbleiben. Denn die Berichte, auf welche sich der Beschwerdeführer bezieht (Berichte des KSSG-Wirbelsäulenzentrums vom 15. Juli 2024 [act. G1.3], vom 6. September 2024 [act. G1.4] und vom 11. Oktober 2024 [act. G1.5]; Berichte des HOCH-Wirbelsäulenzentrums vom 24. Januar 2025 [act. G1.6], des HOCH-Schmerzzentrums vom 14. Februar 2025 [act. G1.7] und der Klinik für Neurologie des HOCH vom 14. Mai 2025 [act. G1.8]), enthalten keine neuen Gesichtspunkte. Zudem hat die Beschwerdegegnerin diese nach Erhalt ihrer RAD-Ärztin zur Beurteilung vorgelegt (vgl. act. G7.2).

3.1.9 Zum undifferenzierten und pauschalen Vorwurf des Rechtsvertreters, die geklagten Beschwerden seien «in den Disziplinen Kardiologie und Neurologie, allenfalls auch Psychiatrie» (act. G1-9, insbesondere Fn. 7) nicht vollständig aufgenommen worden, weshalb die Tonaufnahmen zu konsultieren seien, ist Folgendes anzumerken: Das Gericht hat sich alle drei Tonaufnahmen angehört, obwohl der Rechtsvertreter es unterlassen hat, die geltend gemachten Punkte zu konkretisieren. Dies geht nicht an; eine gewisse Rügepflicht besteht im Beschwerdeverfahren nämlich trotz Untersuchungsgrundsatz. Inhaltlich ist darauf hinzuweisen, dass gerade die als einziges Beispiel vom Rechtsvertreter genannten Bewusstseinsstörungen im Rahmen der kardiologischen Begutachtung vom Beschwerdeführer nicht erwähnt wurden. Sofern der Rechtsvertreter damit die Ohnmachtsfälle meinte, so wurden diese dokumentiert (vgl. ca. Minuten 37:20 bis 39:53 der Tonaufnahme). Der Beschwerdeführer hatte dem Kardiologen gegenüber berichtet, dass ihm aufgrund dieser Anfälle der Führerausweis entzogen worden sei und er nicht mehr allein die öffentlichen Verkehrsmittel benutze (IV-act. 225-101; vgl. auch die von Dr. I. ___ veranlasste transthorakale Echokardiographie [IV-act. 225-103 f.]). Ansonsten hat der Beschwerdeführer über keine Beschwerden berichtet, die nicht dokumentiert worden sind. Gleiches gilt auch für das psychiatrische Teilgutachten (zum Kollaps bzw. zur Bewusstlosigkeit vgl. IV-act. 225-77 sowie ca. Minuten 50:11 bis 51:36 der Tonaufnahme). Weder diese schriftlichen Teilgutachten noch die im Rahmen der Explorationen erstellten Tonaufnahmen lassen einen Mangel erkennen. Einzig der Neurologe hat die vom Beschwerdeführer erwähnte



Ohnmachtsepisode am Bahnhof M. ___ 2021 nicht notiert, diese aber gemäss Tonaufnahme durchaus zur Kenntnis genommen (vgl. ca. Minuten 06:15 bis 06:35 der Tonaufnahme). Koordinationsstörungen (vgl. act. G1-9) wurden im Übrigen nie erwähnt.

3.1.10 Die Expertise in der Gesamtbeurteilung und ihre Teilgutachten beruhen auf einem umfassenden Aktenstudium sowie auf ausführlichen Befragungen und umfangreichen klinischen Untersuchungen. Die Gutachter setzten sich mit den bisherigen fachärztlichen Berichten auseinander, begründeten divergierende Einschätzungen schlüssig und beantworteten eingehend und nachvollziehbar die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen, namentlich auch jene zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit und der Veränderung des Gesundheitszustands. Die Beurteilungen im Konsens und in den Teilgutachten erfüllen vollends die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen und bilden eine beweistaugliche Grundlage für die Beurteilung der streitigen Belange; ihnen kommt volle Beweiskraft zu. Das Zumutbarkeitsprofil ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G1-14 f.) – nachvollziehbar und berücksichtigt die vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere wird damit auch weiteren bzw. erneuten kardiologischen Problemen vorgebeugt. Es bestehen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens. Dementsprechend durfte auch die RAD-Ärztin in ihren Beurteilungen vom 27. September 2024 (IV-act. 228) und 22. April 2025 (IV-act. 254) vollumfänglich auf dieses abstützen. Dass die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 9. März 2023 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer ideal adaptierten Tätigkeit ausgegangen war, ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G1-6) – nicht massgebend, da das Gutachten mehr als ein Jahr später erstellt worden ist und die Gutachter den Beschwerdeführer im Gegensatz zur RAD-Ärztin persönlich untersucht haben. Keine abweichende Arbeitsfähigkeitseinschätzung ergibt sich sodann aus dem vom Beschwerdeführer mit Replik eingereichten Fragenkatalog und der von den zuständigen Ärztinnen des KSSG-Schmerzzentrums am 28. November 2025 abgegebenen Antworten. Insbesondere gibt es keine konkreten Hinweise, dass sich etwas an der Arbeitsfähigkeitseinschätzung ändern könnte (act. G13.1 f.), zumal – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angemerkt hat (act. G7-3) – die angeführte differentialdiagnostisch abzuklärende Nebennierenrindeninsuffizienz durch medikamentöse Substitution behandelt werden könnte und einer möglichst stressfreien Ausgestaltung der Tätigkeit, wie sie im Falle einer Nebennierenrindeninsuffizienz indiziert wäre, bereits aufgrund der kardiologischen Probleme bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen worden ist. Auszugehen ist demnach von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab 2021 (mit kurzzeitigen Unterbrüchen von drei bis sechs Monaten aufgrund der Eingriffe am Herzen).

4.

Als Nächstes ist die vom Beschwerdeführer bestrittene Verwertbarkeit seiner medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit (vgl. act. G1-15 f.) zu prüfen.



4.1 Massgeblich für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer und abstrakter Begriff. Er berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage nicht, umfasst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten auch tatsächlich nicht vorhandene Stellenangebote und sieht von den fehlenden oder verringerten Chancen gesundheitlich beeinträchtigter Personen ab, tatsächlich eine zumutbare und geeignete Arbeitsstelle zu finden. Das Abstellen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss Art. 16 ATSG dient auch dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Als theoretische Grösse ist er durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. An der Massgeblichkeit dieses ausgeglichenen Arbeitsmarkts vermag gemäss Bundesgericht auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2011, 8C_237/2011, E. 2.3). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2022, 8C_55/2022, E. 4.3). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2021, 8C_202/2021, E. 5.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 21. August 2006, I 831/05, E. 4.1.1 mit Hinweisen).

4.2 Zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit stellt das Bundesgericht im Einzelfall auf verschiedene Kriterien ab, die sich in den letzten Jahrzehnten in der Praxis herausgebildet haben. Zu diesen Kriterien gehören unter anderem das (fortgeschrittene) Alter, die arbeitsmarktrechtliche Desintegration, gesundheitliche Einschränkungen, Arbeitsabsenzen oder die vergebliche Stellensuche. Bei diesen Kriterien handelt es sich um die gleichen, die – sofern die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit angenommen wird – auch zur Beurteilung der Angemessenheit eines allfälligen Tabellenlohnabzugs Anwendung finden (PHILIPP EGLI/MARTINA FILIPPO/THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, 2021, S. 40 ff., abrufbar unter <https://eizpublishing.ch/publikationen/grundprobleme-der-invaliditaetsbemessung-in-der-invalidenversicherung/>).



4.3 Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt, als die medizinische Zumutbarkeit feststand (vgl. dazu BGE 138 V 457 E. 3.3), in seinem 59. Lebensjahr und medizinisch-theoretisch in einer ideal adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Das Bundesgericht geht bei unter 60-jährigen Versicherten in der Regel von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus. Das Finden einer Arbeitsstelle auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt sei in solchen Fällen nicht verunmöglicht (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2016, 8C_354/2016, E. 7, vom 11. Januar 2018, 9C_621/2017, E. 2.4, und vom 10. Mai 2013, 9C_954/2012, E. 3.2; Urteile des EVG vom 15. Dezember 2004, I 496/04, E. 2.4, und vom 20. Juli 2004, I 39/04, E. 2.4). Gemäss bundesgerichtlicher Praxis bildet damit die Verneinung der Verwertbarkeit bei unter 60-Jährigen die absolute Ausnahme und sie kommt nur vor, wenn qualifizierende Begleitumstände hinzutreten, die auch für sich alleine betrachtet die Verwertbarkeit bereits als höchst zweifelhaft erscheinen lassen (EGLI/FILIPPO/GÄCHTER/MEIER, a.a.O., S. 61). Im zu beurteilenden Fall sind keine Gründe ersichtlich, die es erlauben würden, von dieser Praxis abzuweichen. Auch bei über 60-jährigen Versicherten ist das Bundesgericht äusserst zurückhaltend (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2025, 8C_222/2024, E. 3.2 [knapp 61-jährige Reinigungskraft, leidensangepasst zu 80 % arbeitsfähig], vom 23. August 2018, 8C_892/2017, E. 5 [62-jähriger Barpianist, leidensangepasst zu 80 % arbeitsfähig], und vom 19. Mai 2016, 8C_910/2015, E. 4.3 [61-jähriger Strassenbauer, leidensangepasst zu 80 % arbeitsfähig]). Angesichts der dem Beschwerdeführer offenstehenden Hilfsarbeitertätigkeiten ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auch nicht infolge möglicher arbeitsmarktrechtlicher Desintegration zu verneinen. Mit Blick auf die zitierte bundesgerichtliche Rechtsprechung ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer das ihm attestierte Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte. Nachfolgend ist daher bei der Berechnung des Invalideneinkommens (vgl. nachstehende E. 5.3) auf eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % abzustellen.

5.

5.1 Basierend auf der ermittelten Arbeitsfähigkeit sind allfällige erwerbliche Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. vorstehende E. 2.1).

5.2

5.2.1 Massgebend für das Valideneinkommen ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel am zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht,



dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C_590/2014, E. 5.1). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar, war die versicherte Person zur Zeit des Eintritts des Gesundheitsschadens arbeitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle auch ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung in der Zeit bis zum Rentenbeginn verloren, können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2017, 8C_382/2017, E. 2.3.1).

5.2.2 Der Beschwerdeführer hatte nach dem Schulabschluss zwar eine Lehre als Autolackierer begonnen, diese jedoch aufgrund von Problemen mit der Lunge abbrechen müssen (IV-act. 225-187; entsprechend liegt auch kein Diplom vor [IV-act. 1]). Danach war er bis zum Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen 2014 als Lastwagenchauffeur tätig (IV-act. 225-187). Bis zum Rentenbeginn vergingen sieben Jahre, in denen er den Beruf (gesundheitsbedingt) nicht mehr ausgeübt hat. Es steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsbeeinträchtigung auch im Zeitpunkt des Rentenbeginns als Lastwagenchauffeur tätig gewesen wäre. Auch verfügt der Beschwerdeführer keine Ausbildung zum Strassentransportfachmann EFZ. Zu Recht hat daher die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens auf die LSE, TA1_skill-level, abgestellt. Massgebend sind die Werte der LSE-Tabelle, die bezogen auf den Rentenbeginn (2021) im Zeitpunkt der Verfügung (3. Juni 2025) publiziert waren. Die massgebende Tabelle ist die LSE-Tabelle 2020. Ob die Beschwerdegegnerin die Tabelle aus dem richtigen Jahr genommen hat, ist unklar («LSE 2023»; IV-act. 230). Dies ist jedoch nicht massgebend, da sie für beide Vergleichseinkommen die Tabelle aus demselben Jahr genommen hat und – wie sich nachfolgend zeigen wird (vgl. nachfolgende E. 5.3 f.) – ein Prozentvergleich vorzunehmen ist. Die Beschwerdegegnerin hat auf das Total aller Wirtschaftszweige im Kompetenzniveau 1 für Männer abgestellt. Dieses Vorgehen ist korrekt. Der Wert der LSE-Tabelle wäre an die durchschnittliche betriebliche wöchentliche Arbeitszeit und an die Nominallohnentwicklung gegenüber 2021 anzupassen. Darauf kann vorliegend verzichtet werden, da die Ermittlung des Invaliditätsgrads anhand des Prozentvergleichs erfolgt (vgl. nachfolgende E. 5.4).

5.3 Da der Beschwerdeführer nach wie vor keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf den Hilfsarbeiterlohn für Männer gemäss LSE abzustellen. Da die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021, E. 6.2 mit Hinweisen; sogenannter Prozentvergleich).



5.3.1 Wird das Invalideneinkommen – wie vorliegend – auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss bisheriger Rechtsprechung allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Dem Abzug kommt als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens laut Bundesgericht überragende Bedeutung zu (BGE 148 V 174 E. 9.2.2, mit Verweisen). Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzugs darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, die seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6).

5.3.2 Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer einen Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10 % (IV-act. 230-3, 262-2). Dieser Abzug bewegt sich im Rahmen dessen, was die Rechtsprechung als angemessen anerkennt, und entspricht dem seit 1. Januar 2024 geltenden Pauschalabzug (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV). Ein darüberhinausgehender Abzug wird denn auch nicht geltend gemacht. Ein Eingreifen in das Ermessen der Beschwerdegegnerin rechtfertigt sich nicht.

5.4 Das in zumutbarer Weise erzielbare Invalideneinkommen beläuft sich damit auf 80 % von 90 % des statistischen Zentralwerts der Hilfsarbeiterlöhne, was einen Invaliditätsgrad von 28 % ($100\% - 80\% [AF] \times 90\% [T\text{abellenlohnabzug}]$) ergibt. Dies entspricht dem von der Beschwerdegegnerin ermittelten Invaliditätsgrad. Infolge rentenausschliessenden Invaliditätsgrads hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

6.

6.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.– erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.



6.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Entschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.– bis Fr. 15'000.–. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf die eingereichte Honorarnote in Höhe von Fr. 3'631.30 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer; act. G13.3) und dem daraus ersichtlichen Aufwand eine Entschädigung in derselben Höhe angemessen. Eine Kürzung um einen Fünftel (vgl. Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes; sGS 963.70) ist hier nicht nötig, da der Rechtsvertreter bereits den reduzierten Satz von Fr. 200.– (anstatt Fr. 250.–) verwendet hat. Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 3'631.30 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.4 Eine Partei, welcher die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.– zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'631.30 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).