



Fall-Nr.:	IV 2025/180
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	04.08.2026
Entscheiddatum:	02.06.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 02.06.2026

Art. 28 IVG. Das ursprüngliche psychiatrische Teilgutachten war nicht beweiskräftig, weshalb das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Obergutachten keine unzulässige second opinion darstellt. Würdigung zweier medizinischer Gutachten. Feststellung der Arbeitsfähigkeit. Prozentvergleich. Kein Rentenanspruch, Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Juni 2026, IV 2025/180).

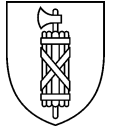
«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung III

Entscheid vom 2. Juni 2026

Besetzung	Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Katja Blättler
Geschäftsnr.	IV 2025/180
Parteien	A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei Daniel Küng, Rorschacher Strasse 150, 9000 St. Gallen, gegen IV - Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin,
Gegenstand	Rente



Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 7. August 2014 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Dem Versicherten war am 20. Mai 2013 eine Trainingshantel auf den rechten Fuss gefallen (Fremdakten 2-24), wobei er sich eine Fraktur des distalen Metatarsale I zugezogen hatte (Fremdakten 2-57). Suva-Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hatte den Versicherten am 30. Juni 2014 untersucht. Er hatte am 3. Juli 2014 befunden, bezüglich des Unfallereignisses vom 20. Mai 2013 bestehe eine Residualsymptomatik mit Bewegungs- und Belastungsschmerzen der Grosszehe rechts. Unfallfremd lägen ein lokales Zervikalsyndrom sowie chronisch rezidivierende Lumboischialgien rechts bei Bandscheibenvorfall L5/S1 vor. Im bisherigen Beruf als Betriebsmechaniker sei ein Pensum von 50 % mit verlängerter Pause zumutbar (IV-act. 13-14 ff.).

A.b Aufgrund eines traumatisierten Hallux rigidus rechts unterzog sich der Versicherte am 16. Oktober 2014 einer Cheilektomie am Grosszehengrundgelenk rechts (IV-act. 13-8 f.). Am 21. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 12).

A.c Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 8. Januar 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Vorfussskontusion im Mai 2013, eine lumbale Discopathie seit 18. Dezember 2013, eine cervicale Discopathie seit 5. Dezember 2014 und eine depressive Verstimmung seit Dezember 2013 fest. In der angestammten Tätigkeit als Maschinenmechaniker habe er seit 23. Oktober 2013 phasenweise Arbeitsunfähigkeiten in verschiedener prozentualer Ausprägung attestiert. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei auch in einem körperlich nur gering belastenden Beruf schlecht und eine Umschulung sei angezeigt. Bei der Komplexität der Beschwerden mit deutlicher psychischer Komponente sei eine stationäre Rehabilitation angezeigt (IV-act. 13-1 ff.).

A.d Im Auftrag der Helsana, Taggeldversicherung des Versicherten, war der Versicherte im Dezember 2014 durch Ärzte der ehemaligen Polydisziplinären Medizinischen Abklärungen (PMEDA) bidisziplinär (psychiatrisch, rheumatologisch) abgeklärt worden. In ihren Gutachten vom 29. Januar 2015 beurteilten diese, in der angestammten Tätigkeit bestehe (aus rheumatologischer Sicht) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer adaptierten Tätigkeit (aus psychiatrischer Sicht) eine solche von 50 % (Fremdakten 6).

A.e Aufgrund persistierender Schmerzen wurde am 4. März 2015 in der Klinik D.____ eine Arthrodesse des Grundgelenks Grosszehe Fuss rechts durchgeführt (Fremdakten 5-3).



A.f Am 8. April 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie gewähre Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten durch ihre Berufsberatung (IV-act. 26).

A.g Aufgrund verzögerter Heilung des rechten Fusses wurde am 3. September 2015 in der Klinik D.____ eine Rearthrodese durchgeführt (Fremdakten 25). RAD-Ärztin Dr. med. E.____ beurteilte am 13. Januar 2016, der Versicherte sei seit 1. Januar 2016 in einer adaptierten Tätigkeit für vier Stunden pro Tag arbeitsfähig (IV-act. 65).

A.h Aufgrund einer starken Lumboischialgie rechtsseitig begab sich der Versicherte am 3. März 2016 auf die zentrale Notaufnahme des Kantonsspitals St. Gallen (Fremdakten 54).

A.i Am 9. Juni 2016 unterzog sich der Versicherte in der Klinik D.____ einer Metallentfernung und einer Re-Arthrodese MTP I am Fuss rechts (Fremdakten 66). Dr. med. F.____, Orthopädie G.____, berichtete am 17. Oktober 2016 über einen sehr erfreulichen Verlauf. Von fusschirurgischer Seite her sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorhanden (IV-act. 104, vgl. auch IV-act. 105). Vom 15. September bis 19. Oktober 2016 befand sich der Versicherte stationär in der Rehaklinik Bellikon (Fremdakten 90).

A.j Am 13. April 2017 erfolgte die Metallentfernung am Fuss rechts in der Orthopädie G.____ (IV-act. 121).

A.k Am 16. Mai 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für die berufsbegleitende Absolvierung der Handelsschule als Umschulung vom 1. Mai 2017 bis 30. Juni 2018 (IV-act. 124). Für die Dauer der Umschulung richtete die IV-Stelle ein Taggeld aus (IV-act. 130).

A.l Am 12. Juli 2017 erfolgte eine Abschlussuntersuchung durch Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Dieser beurteilte gleichentags, der Versicherte sei in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Den Integritätsschaden schätzte er auf 5 % (Fremdakten 122 f.). Mit Verfügung vom 14. Juli 2017 sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % zu (Fremdakten 126).

A.m Am 18. August 2017 sprang der Versicherte von einer Mauer und zog sich dabei eine Fussdistorsion links mit undislozierter Fraktur des Tuber calcanei sowie einem knöchernen, ligamentären Ausriss am dorsalen Talonaviculargelenk zu. Dr. F.____ berichtete am 12. September 2017, der Versicherte werde ab Anfang der folgenden Woche zu 50 % arbeiten (IV-act. 146-5 7 f.). RAD-Ärztin Dr. E.____ beurteilte am 28. November 2017, ab Dezember bestehe in einer adaptierten Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 150).



A.n Am 25. Juni 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für die Weiterführung der Umschulung zum Technischen Kaufmann vom 1. Juli 2018 bis 30. September 2020. Die praktische Ausbildung finde bis zum 31. Dezember 2018 (weiterhin) im Internat I.____ statt (IV-act. 166).

A.o Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 6. März 2019, er behandle den Versicherten bereits seit 2014. Nach einer deutlichen Zustandsverbesserung löse die derzeitige Problematik (innerer Druck, Existenzängste) beim Versicherten wieder verstärkte Symptome aus. Er empfehle, dass die beruflichen Massnahmen wie bisher geplant fortgeführt würden. Der Versicherte werde mit Sicherheit in den nächsten Monaten einen berufsbegleitenden Praktikumsplatz organisieren können. Dr. J.____ halte es für realistisch, dass der Versicherte im weiteren Verlauf als Technischer Kaufmann im Vollzeitpensum tätig sein könnte (IV-act. 181).

A.p Nachdem der Versicherte keinen neuen Praktikumsplatz hatte finden können, teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 3. April 2019 mit, sie übernehme die Kosten für eine berufliche Abklärung vom 1. April bis 30. Juni 2019 (IV-act. 186). Für die Dauer der Massnahme sprach sie ihm ein Taggeld zu (IV-act. 188, 191).

A.q Dr. J.____ attestierte dem Versicherten ab 26. Juni 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 201, 210, 214). Am 22. September 2019 berichtete Dr. J.____ über eine chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.8). Der Versicherte habe sich mittlerweile gut rehabilitieren können, sodass eine Wiederaufnahme der Abklärungsmassnahme aus medizinischer Sicht zu empfehlen wäre (IV-act. 221). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 15. Oktober 2019 mit, sie übernehme die Kosten für die berufliche Abklärung vom 7. Oktober bis 20. Dezember 2019 (IV-act. 226). Für die Dauer der Massnahme sprach sie ihm ein Taggeld zu (IV-act. 227). Dr. J.____ berichtete am 3. November 2019, der Versicherte durchlaufe eine schwierige Phase mit sehr vielen psychosozialen externen Belastungsfaktoren. Zusätzlich sei es im vergangenen Monat zu einer somatischen Erkrankung (grippaler Infekt; vgl. IV-act. 247) gekommen. Die Fortführung der Abklärungsmassnahme sei daher vorübergehend nicht realisierbar gewesen. Er gehe davon aus, dass der Versicherte seine Ausbildung erfolgreich absolvieren und im Anschluss in den ersten Arbeitsmarkt reintegriert werden könne (IV-act. 257, vgl. auch Bericht vom 28. November 2019 [IV-act. 286]).

A.r Am 13. Dezember 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, die Fortführung von beruflichen Massnahmen sei nicht zielführend, weshalb sie die Mitteilungen vom 25. Juni 2018 (vgl. IV-act. 166) und 15. Oktober 2019 (vgl. IV-act. 226) per 29. November 2019 aufhebe (Fremdakten 144-2 f.). Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2019 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des



Begehrens um weitere berufliche Massnahmen in Aussicht (IV-act. 288). Am 14. Februar 2020 verfügte die IV-Stelle entsprechend (IV-act. 298).

A.s Im August 2020 verletzte sich der Versicherte bei einem Sturz auf einer Treppe an der linken Schulter (vgl. IV-act. 322-14). Ein MRT vom 24. November 2020 zeigte einen ossären Ausriss der Infraspinatussehne und der Supraspinatussehne mit Retraktion des Knochenfragments (IV-act. 322-5 ff.). Der Versicherte unterzog sich am 7. Dezember 2020 in der Klinik D.____ einer offenen Tenolyse und transossären Refixation des Tuberculum Majus links (IV-act. 322-9 f.). Aufgrund einer Redislokation und Zunahme der Beschwerden erfolgte am 12. April 2021 ein weiterer operativer Eingriff an der Schulter links (IV-act. 355).

A.t Dr. J.____ berichtete am 12. April 2021 über eine deutliche Verschlechterung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustandes. Derzeit sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 328). Am 1. Dezember 2021 hielt Dr. J.____ fest, es bleibe abzuwarten, wie weit sich der Versicherte langfristig stabilisieren könne (IV-act. 333).

A.u Dr. med. K.____ und Prof. Dr. med. L.____, beides Fachärzte für Neurologie, hatten am 10. Mai 2021 über eine cervikale Spinalstenose mit Schwerpunkt in Höhe HWK 4/5 mit Wurzelirritation/Kompression C7/8 beidseits berichtet (IV-act. 368-7 f.).

A.v Am 19. Juni 2022 befand Dr. J.____, in einer ideal adaptierten Tätigkeit könnte der Versicherte unter idealen Umständen eventuell eine 30 bis 50%ige Arbeitsfähigkeit erzielen. Er empfehle ab Juli weitere IV-Massnahmen bei vorerst einer Arbeitsfähigkeit von 20% (IV-act. 344). Am 20. September 2022 berichtete Dr. J.____ über eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes (IV-act. 352). Dr. K.____ berichtete am 21. September 2022 über eine mehrsegmentale Osteochondrose der Halswirbelsäule (HWS), welche beim Versicherten zu Nackenbeschwerden führe (IV-act. 353).

A.w Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (vgl. IV-act. 359) führte die IV-Stelle mit Schreiben vom 19. Oktober 2022 an Dr. J.____ aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei ein multimodales interdisziplinäres psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungskonzept mit kontrollierten Benzodiazepinen und einer THC-Abstinenz angezeigt. Mit einer solchen stationären Behandlungsmassnahme sei eine gesundheitliche Verbesserung zu erwarten (IV-act. 360). Dr. J.____ befand am 28. Dezember 2022, er sei fest davon überzeugt, dass die Behandlungsoptionen beim Versicherten ausgeschöpft seien. Die Medikation mit THC-Öl habe sich als sehr hilfreich erwiesen, so dass eine Abstinenz nicht angezeigt sei (IV-act. 363).

A.x Dr. J.____ hielt am 27. November 2023 fest, in einer ideal adaptierten Tätigkeit liege eine maximale Arbeitsfähigkeit von ca. 20 bis 40 % vor (IV-act. 381).



A.y Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 389) wurde der Versicherte im April und Mai 2024 durch Ärzte der SMAB AG St. Gallen polydisziplinär (internistisch, neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch, psychiatrisch) abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 1. Juli 2024 listeten diese als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zervikale und lumbale Radikulopathie bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen und Bandscheibenherniationen mit Wurzelirritation C5 und C7 sowie L5/S1, eine beginnende Omarthrose links sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom fest. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, in einer adaptierten Tätigkeit eine solche von 50 % (IV-act. 399). Am 8. Oktober 2024 nahmen die Gutachter der SMAB AG Stellung zu diversen Rückfragen der IV-Stelle (IV-act. 405, vgl. IV-act. 403).

A.z RAD-Ärztin M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychiatrie, befand am 6. Dezember 2024, die gestellten Rückfragen seien leider nicht beantwortet bzw. nicht ausreichend erläutert worden. Es sei ein psychiatrisches Obergutachten nötig (IV-act. 412). Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 413) wurde der Versicherte im Februar 2025 durch Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. O.____, Fachpsychologe, abgeklärt. In seinem Gutachten vom 14. März 2025 befand Dr. N.____, es liege keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vor. In der zuletzt ausgeübten sowie in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 423-1 ff.). Er berücksichtigte dabei auch das neuropsychologische Fachgutachten von lic. phil. O.____ vom 4. März 2025 (IV-act. 423-60 ff.).

A.aa Mit Vorbescheid vom 24. April 2025 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 428). Dagegen erhob der Versicherte am 21. Mai 2025 Einwand und kündigte an, er werde weitere ärztliche Berichte einreichen (IV-act. 429, vgl. auch IV-act. 437). Am 17. Juni 2025 verfügte die IV-Stelle entsprechend ihrem Vorbescheid (IV-act. 438).

B.

B.a Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Fürsprecher lic. iur. D. Küng, am 31. Juli 2025 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 17. Juni 2025 sei vollumfänglich aufzuheben. Es sei ihm eine ganze Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab Februar 2015, zuzusprechen und zu entrichten. In den Zeiten, in denen er ein Taggeld erhalten habe, sei der Rentenanspruch zu unterbrechen. Allenfalls sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und zu anschliessender Neuverfügung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Weiter sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und -verbeiständung zu gewähren (act. G1).



B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. Oktober 2025 die Abweisung der Beschwerde (act. G7).

B.c Am 9. Oktober 2025 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. G8).

B.d Mit Replik vom 20. Februar 2025 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten und Berichte von Dipl. Ärztin P.____, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 3. und 16. September 2025 einreichen (act. G16 ff.).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 26. Februar 2026 auf die Einreichung einer Duplik (act. G18).

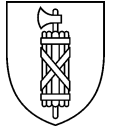
Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Beschwerdegegnerin.

1.1 Am 1. Januar 2022 ist die Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV) in Kraft getreten. Mit der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin im August 2014 (IV-act. 1) 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 frühestens ab 1. Februar 2015 und folglich vor Inkrafttreten der WEIV im Streit. Obwohl die Verfügung über die Abweisung des Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022 erging, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Im Folgenden werden die Bestimmungen des IVG und der IVV in der bis 31. Dezember 2021 geltenden und vorliegend anwendbaren Fassung zitiert.

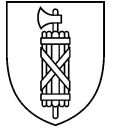
1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der IV haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist 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. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als 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. Gemäss Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente.

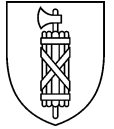
1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).

1.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 Satz 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (MIRIAM LENDFERS, N 111 zu Art. 61, in Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/ Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024 [nachfolgend zitiert: Kommentar ATSG]). Es liegt im Ermessen des Versicherungsträgers, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln die Sachverhaltsabklärung zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich der Notwendigkeit, des Umfangs und der Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu (Urteil des Bundesgerichts vom



29. Mai 2007, U 571/06, E. 4.1). Die medizinische Begutachtung liegt jedoch nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese haben sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten zu lassen, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit ebenso gehört wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung. Insbesondere beinhalten die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine Zweitmeinung (second opinion) zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt. Diese Möglichkeit steht auch der versicherten Person sowie im Beschwerdefall dem kantonalen Gericht nicht offen. Es geht hier namentlich darum, in welchem Umfang und in welcher Tiefe Abklärungen vorzunehmen sind, damit der rechtserhebliche Sachverhalt als mit dem massgebenden Beweisgrad erstellt gelten kann. Dabei ergibt sich die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende (Administrativ-)Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen. Sprechen konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit einer Expertise, so hat sich der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht mit den im betreffenden Fall bei den Akten befindlichen medizinischen Berichten auseinanderzusetzen und zu begründen, weshalb nicht auf ein nach Art. 44 ATSG eingeholtes Administrativgutachten abgestellt werden kann, bevor ein weiteres Gutachten angeordnet wird. Andernfalls setzen sie sich dem Vorwurf aus, mit dem zusätzlichen Gutachten lediglich eine unzulässige second opinion einzuholen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007, U 571/06, E. 4.2, vom 25. August 2021, 8C_133/2021, E. 4.2, vom 25. Januar 2022, 8C_604/2021, E. 8, vom 14. Juli 2023, 8C_60/2023, E. 6.1, und vom 15. November 2023, 9C_542/2022, E. 2.3).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt des Weiteren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 Abs. 1 ATSG [Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2021, 9C_549/2020, E. 3.1; Kommentar ATSG-WIEDERKEHR, N 64 zu Art. 43] und Art. 61 lit. c ATSG) und das Gericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung dürfen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztliche Einschätzung und Schlussfolgerung zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild



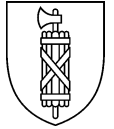
prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteile des Bundesgerichts vom 12. Mai 2020, 9C_171/2020 E. 3, vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 2.3, und vom 17. September 2024, 8C_48/2024, E. 5.4.2.1; BGE 141 V 281, je mit Hinweisen).

2.

Als erstes ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt wurden. Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht auf die somatischen Teilgutachten der SMAB AG (vgl. IV-act. 399) und das psychiatrische Gutachten von Dr. N.____ (vgl. IV-act. 423). Der Beschwerdeführer spricht insbesondere dem Gutachten von Dr. N.____ die Beweiskraft ab und macht unter anderem geltend, es handle sich dabei um eine unzulässige second opinion (act. G1, G16).

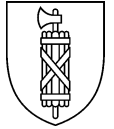
2.1 Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. M.____ vom 6. Dezember 2014 (vgl. IV-act. 412) davon aus, dass die psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachten der SMAB AG mangelhaft seien und deshalb ein psychiatrisches Obergutachten mit den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie in Auftrag zu geben sei (IV-act. 409, 413). Im Folgenden ist daher vorerst zu prüfen, ob das psychiatrische Teilgutachten der SMAB AG von Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, als beweiskräftig zu erachten ist. Dieses verwies teilweise auf das von Dr. phil. R.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie und Fachpsychologe für Psychotherapie, erstellte neuropsychologische Teilgutachten der SMAB AG.

2.1.1 Dr. R.____ führte diverse neuropsychologische Tests sowie eine Beschwerdevalidierung durch. Zusammenfassend beurteilte er, im Hinblick auf die Validität könne gesagt werden, dass sich Auffälligkeiten ergeben hätten, die klar auf eine negative Antwortverzerrung hinwiesen. Die erbrachten Leistungen stimmten überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential überein. Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten ergäben sich aus den Resultaten in den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren sowie den Diskrepanzen zwischen Testleistungen und bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen. Zudem ergäben sich klare Hinweise auf eine nichtauthentische Beschwerdeschilderung. Im Einzelnen zeigten sich auffällige Resultate in zwei von drei eingesetzten Performanzvalidierungstests. Die Leistung liege bei einer der auffälligen Beschwerdevalidierungsaufgaben mit verbalen Inhalten bei allen drei kritischen Parametern in einem Bereich, der auf suboptimales Leistungsverhalten hinweise. Ein Parameter weise auf eine auffällig geringe Konsistenz der Antworten hin. Es sei zu berücksichtigen, dass die Aufgabe so konstruiert sei, dass beispielsweise Personen mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma den Test auf Anstrengungsbereitschaft üblicherweise problemlos bestünden. Die Leistung bezüglich zwei auffälliger kritischer Parameter, darunter die Konsistenz der Antworten, liege sogar unter dem Bereich der zu



erwartenden Leistung einer Referenzpopulation von Menschen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung. Die Leistungen in diesen Parametern entsprächen dem Erwartungswert bei zufälliger Testbearbeitung oder lägen knapp darunter. Eine entsprechend schwere Gedächtnisstörung, wie bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, wäre beim Beschwerdeführer nicht zu erwarten und wäre diskrepant zu Leistungen im Alltag. Dr. R.____ führte diverse weitere Diskrepanzen und Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten auf. Des Weiteren seien die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ungültig. Es hätten sich in der Untersuchung keine Hinweise auf Beschwerden ergeben, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten. Es sei eine gezielte Manipulation der Testergebnisse anzunehmen. Zu den Testleistungen insgesamt könne gesagt werden, dass in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung unterdurchschnittliche Leistungen zu beobachten seien. Aufgrund der Konfundierung von Begabung und Anstrengung bei den Leistungstests und des wahrscheinlich suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich. Das Ausmass von möglicherweise tatsächlich vorliegenden Einschränkungen liesse sich daher nicht festlegen. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit könne gesagt werden, dass keine Befunde objektivierbar und reproduzierbar seien, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit valide begründen könnten, da eine zuverlässige Interpretation der Testergebnisse nicht möglich sei (IV-act. 399-115 ff.).

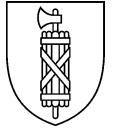
2.1.2 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. Q.____ hielt als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80) fest. Sowohl für die bisherige als auch für eine adaptierte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (IV-act. 399-89, 399-91 f.). Er führte aus, die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien konsistent und in Bezug auf die Alltagsaktivitäten, die Akten und die anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde nachvollziehbar gewesen. Allerdings sei die Beschwerden- und Symptomvalidierung im Rahmen der Neuropsychologie auffällig ausgefallen (nicht valide Ergebnisse; IV-act. 399-87). Bezüglich der von ihm erhobenen Diagnose führte er aus, es bestünden langjährige Schmerzen seit einem Unfall mit Vorfussskontusion rechts im Jahr 2013, wobei in den Folgejahren Schmerzen auch an anderen Körperstellen hinzugetreten seien. Anamnestisch und fremdanamnestisch würden Beschwerden und Symptome beschrieben, die zunächst, wenn auch nur teilweise, an ein depressives Syndrom denken liessen. Eine Depressivität werde aber vom Beschwerdeführer selbst nicht empfunden und eine entsprechende medikamentöse Behandlung finde nicht statt. Es handle sich somit eher um eine Änderung im Verhalten und in den sozialen Interaktionen. Es lägen somit Hinweise auf eine andauernde Veränderung in der Wahrnehmung sowie im Verhalten und Denken bezüglich der Umwelt und der eigenen Person vor. Da zuvor keine Persönlichkeitsstörung vorgelegen zu haben scheine, sei von einer Persönlichkeitsänderung auszugehen. Diese sei deutlich ausgeprägt und mit einem unflexiblen und fehlangepassten Verhalten verbunden, das vor dem Unfall vor über zehn Jahren nicht bestanden habe. Sie sei nicht Ausdruck einer anderen psychischen Störung oder ein



Residualsyndrom einer vorangegangenen psychischen Störung. Somit seien die Kriterien für eine "andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom" erfüllt. Alle vom Beschwerdeführer vorgetragenen und auch im Rahmen der Exploration erlebten Beeinträchtigungen bzw. Auffälligkeiten und die fremdanamnestischen Angaben im Denken, Fühlen und Handeln seien mit dieser Diagnose erklärbar. Die dadurch bedingten Beeinträchtigungen auf der Funktionsebene – subjektives Insuffizienzgefühl, reduzierte psychomentele Ausdauer, verminderte Stresstoleranz, Empfindlichkeit für bestimmte Umweltreize, negativ gefärbte Selbstwahrnehmung – führten zu einer nachvollziehbaren Einschränkung der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit, die sich aus psychiatrischer Sicht in der Grössenordnung von 50 % bewege, was einer Arbeitsfähigkeit von 50 % entsprechen würde. Da es sich um globale Einschränkungen handle, gelte diese Einschätzung für jede Art von Tätigkeit. Hierbei handle es sich um eine versicherungsmedizinisch-theoretische Einschätzung unter anderem durch Vergleich mit ähnlichen Fällen, wobei den unabhängigen, plausiblen fremdanamnestischen Angaben (der Ehefrau) eine grosse Bedeutung zukomme. Die Arbeitsunfähigkeit könnte höher sein, was aber bei fehlender Validität der neuropsychologischen Befunde nicht beurteilt werden könne (IV-act. 399-88 f.). Die im Vordergrund stehende Persönlichkeitsänderung habe sich schrittweise entwickelt, eine punktuelle Terminierung sei nicht möglich. Erstmals erwähnt worden sei sie in einem Bericht vom September 2019. Einige Male zuvor sei noch die Fortsetzung der beruflichen Massnahmen empfohlen worden. Aufgrund dieser Überlegungen erscheine die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit September 2019 plausibel und begründbar. Für die Zeit davor, konkret ab September 2015, sei psychiatrisch eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründbar (IV-act. 399-92).

2.1.3 Dr. Q.____ erwähnte in seiner Beurteilung die nicht validen Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung von Dr. R.____ zwar, ging jedoch nicht detailliert auf sie ein. Seine Beurteilung ist damit nicht überzeugend. Auch schätzte er die Arbeitsunfähigkeit auf 50 %, dies jedoch insofern unter Vorbehalt, als er festhielt, sie könnte auch höher sein, was aber bei fehlender Validität der neuropsychologischen Befunde nicht beurteilt werden könne (IV-act. 399-88 f.). Die Beurteilung von Dr. Q.____ enthält damit keine abschliessende Arbeitsfähigkeitsschätzung.

2.1.4 RAD-Ärztin Dr. M.____ führte am 9. September 2024 zu Recht aus, es bestünden nicht valide neuropsychologische Befunde sowie erhebliche Inkonsistenzen (vgl. dazu unten E. 2.4.3) in den neurologischen, internistischen und orthopädischen Fachgebieten. Es sei daher bei den Gutachtern der SMAB AG nachzufragen, wie sie trotz dieser Umstände zu einer Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % gekommen seien. Zudem formulierte sie diverse spezifische Rückfragen an Dr. Q.____. Es sei unter anderem unklar, weshalb aus gutachterlicher Sicht die Eingliederungsmassnahmen gescheitert seien. Auch sei klärungsbedürftig, welchen Einfluss die Einnahme von Cannabis und Benzodiazepinen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten (IV-act. 402). Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass Dr. Q.____ in seinem Teilgutachten festgehalten hatte, das Abhängigkeitssyndrom



von Benzodiazepinen (ICD-10: F11.25) spiele für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine direkte Rolle. Aufgrund der Einnahme von Benzodiazepinen wären Personenbeförderung oder andere Tätigkeiten mit besonderem Anspruch an die Fahrtauglichkeit, auch häufiges/langes Fahren, nicht geeignet (IV-act. 399-89 und 399-91). In ihrer Stellungnahme vom 8. Oktober 2024 verwiesen die Gutachter der SMAB AG im Wesentlichen auf ihr Gutachten vom 1. Juli 2024. Sie führten aus, die festgestellten Inkonsistenzen seien bei der Einschätzung berücksichtigt worden. Ein Teil der Inkonsistenzen könne durch die psychiatrische Diagnose erklärt werden. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei auch nur psychiatrisch bedingt. Vom Konsum psychotroper Substanzen beziehungsweise der anzunehmenden Abhängigkeit könnten nur qualitative Auswirkungen auf die erwerbsmässige Leistungsfähigkeit abgeleitet werden. Es scheine eine Kombination aus nicht medizinischen Gründen, körperlichen Beschwerden und psychischen Faktoren gewesen zu sein, die einen Abbruch der beruflichen Eingliederungsmassnahmen herbeigeführt habe (IV-act. 405). RAD-Ärztin Dr. M.____ beurteilte am 6. Dezember 2024, die Rückfragen seien nicht beantwortet, beziehungsweise nicht ausreichend erläutert, worden. Nach wie vor sei unklar, welche Erkrankungen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und ob die Behandlungsmethoden ausgeschöpft seien. Auch die Bedeutung des Konsums von Suchtmitteln und des Schmerzgeschehens für die Arbeitsfähigkeit sowie deren Interferenz mit einem psychischen Störungsbild bleibe unklar. Des Weiteren sei unklar, welchen Stellenwert die beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren für den Verlauf der Erkrankung, die Behandlung und die Eingliederung hätten. Zusammenfassend lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht festhalten, dass im Gutachten kein strukturiertes Beweisverfahren mit einer ausführlichen Beschreibung der Standardindikatoren vorliege, weshalb eine tatsächliche Leistungsfähigkeit nicht eingeschätzt werden könne (IV-act. 412). Dieser zutreffenden Einschätzung ist zu folgen.

2.1.5 Den psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachten der SMAB AG ist letztlich keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Ausserdem weist das Gutachten auf zahlreiche Inkonsistenzen hin. Beispielsweise wurde eine massive Hornhautbildung an beiden Händen und über den Knien festgestellt, weshalb gemäss Gutachter davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer häufig eine manuelle sowie eine kniende Tätigkeit durchführe (vgl. IV-act. 399-9 f.). Dies geht nicht einher mit dem vom Beschwerdeführer geschilderten passiven Tagesablauf und korreliert nicht mit den angegebenen somatischen Beschwerden (vgl. E. 2.4.3). Die genannten Inkonsistenzen wurden von den Gutachtern nicht ausreichend gewürdigt und eingeordnet. Die Einholung eines zweiten psychiatrischen und neuropsychologischen Gutachtens war damit notwendig. Es liegt damit keine unzulässige "second opinion" vor (vgl. dazu E. 2.4).

2.2 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer die Erteilung des psychiatrischen Gutachtensauftrags durch die Beschwerdegegnerin an Dr. N.____ (act. G1).



2.2.1 In dieser Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C_752/2018, E. 5.3). Mithin ging die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der vorliegend angeordneten psychiatrischen Abklärung mit neuropsychologischer Testung korrekterweise von einer monodisziplinären Begutachtung aus, welche sie freihändig (d. h. nicht nach dem Zufallsprinzip) vergeben durfte (vgl. Art. 72 bis Abs. 2 IVV e contrario).

2.2.2 Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht (act. G1), ist Dr. N.____ auch als medizinischer Sachverständiger bei der SMAB AG – welche das polydisziplinäre Gutachten erstellt hat – tätig. Es ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern dies ein Widerspruch sein oder seine Unabhängigkeit in Frage stellen sollte. Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, es sei nicht zulässig, die somatischen Teilgutachten der SMAB AG als beweiskräftig zu erachten und lediglich in psychiatrischer Hinsicht eine neue Begutachtung durchzuführen. Bei dieser Vorgehensweise fehle eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (act. G1). Davon abgesehen, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung die Teilbarkeit der Beweiskraft zulässt (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2025, 8C_531/2024, E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen), erübrigen sich vorliegend weitere Ausführungen diesbezüglich, zumal – wie sich nachfolgend ergibt – überwiegend wahrscheinlich in keiner medizinischen Teildisziplin eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und damit eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ausnahmsweise entbehrlich ist. Unter den gegebenen Umständen kann offenbleiben, ob bzw. inwiefern der Beschwerdeführer im Nachgang zur erfolgten Begutachtung überhaupt noch zur Erhebung entsprechender Einwände berechtigt war, zumal er im Rahmen des ihm im Vorfeld zur Auftragserteilung eingeräumten rechtlichen Gehörs (vgl. dazu IV-act. 410) auf die Geltendmachung von Einwänden zum vorgesehenen Gutachter bzw. den untersuchenden Personen verzichtet hatte (vgl. IV-act. 416). Die Vergabe des (monodisziplinären) Gutachtensauftrags an Dr. N.____ und lic. phil. O.____ ist somit nicht zu beanstanden.

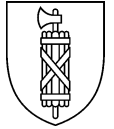
2.3 Weiter ist zu prüfen, ob die Gutachten von Dr. N.____ und lic. phil. O.____ als beweiskräftig zu erachten sind.

2.3.1 Lic. phil. O.____ beurteilte, in den durchgeführten eigenständigen Leistungsvalidierungsverfahren hätten sich durchgehend sehr deutlich auffällige Befunde ergeben. Bei in kognitiven Untersuchungsverfahren eingebetteten Validitätsparametern ergäben sich im attentionalen wie auch im mnestischen Bereich auffällige Befunde. Die vom Beschwerdeführer gezeigten Leistungen in den bearbeiteten Verfahren seien per se nicht plausibel und in Gegenüberstellung zum gezeigten Verhalten vor Ort im Gespräch (massive Verlangsamung der Reaktionsgeschwindigkeit) und den vom Beschwerdeführer berichteten Alltagsaktivitäten (Autofahren) diskrepant. Es sei folglich davon



auszugehen, dass das vom Beschwerdeführer beim Bearbeiten der Untersuchungsverfahren gezeigte Ausmass an Beeinträchtigungen nicht authentisch sei und somit nicht dem tatsächlichen kognitiven Leistungsvermögen des Beschwerdeführers entspreche. Die erhobenen Befunde könnten nicht als valide gewertet werden. In einem Verfahren zur Validierung der Beschwerdeschilderung habe sich ebenfalls ein deutlich auffälliger Befund ergeben. Beim Beschwerdeführer könnten den Akten unter anderem eine chronische mittelgradige depressive Störung, ein chronisches Schmerzsyndrom und eine Benzodiazepin-Abhängigkeit entnommen werden. Eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Rahmen dieser Diagnosen sei grundsätzlich denkbar. Vor dem Hintergrund der massiven Auffälligkeiten im Bereich der Leistungs- und Beschwerdevalidierung und daher fehlenden validen neuropsychologischen Befunden könne eine fundierte neuropsychologische Beurteilung, Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit, zum Eingliederungspotential und zur Therapieindikation aber nicht abgegeben werden (IV-act. 423-73 f.). Lic. phil. O.____ kam damit im Ergebnis zu denselben Resultaten wie Dr. R.____ (vgl. E. 2.1.1, IV-act. 399-115 ff.).

2.3.2 Bezüglich der Konsistenz und Plausibilität hielt Dr. N.____ fest, der Beschwerdeführer wirke bereits klinisch-psychiatrisch deutlich beschwerdebetonend und auch unauthentisch. Zur genaueren Klärung sei ein Beschwerdevalidierungstest durchgeführt worden, wo sich grobe Auffälligkeiten gezeigt hätten. Die erhobenen Ergebnisse seien als praktisch sichere Hinweise für eine negative Antwortverzerrung anzusehen. Es bestünden substantielle Zweifel an der Gültigkeit der gelieferten Beschwerdeschilderung. In der neuropsychologischen Begutachtung habe sich der Beschwerdeführer in den Leistungsvalidierungsverfahren grob auffällig gezeigt; es hätten keine validen Ergebnisse erlangt werden können (IV-act. 423-18). Dr. N.____ stellte keine psychiatrische Diagnose, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte. Er führte aus, in vorherigen ärztlichen Berichten werde eingeschätzt, dass sich im Zusammenhang mit den Beeinträchtigungen und Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates, die sich bereits vor über zehn Jahren entwickelt hätten, eine chronifizierte depressive Verstimmung entwickelt habe. Die diagnostische Einordnung sei erschwert dadurch, dass in ganz erheblichem Ausmass, auch testpsychologisch nachgewiesen, eine Beschwerdebetonung vorliege. Nach Abzug von Beschwerdebetonung und Aggravation ergebe sich allenfalls das Bild einer Dysthymia (ICD-10: F34.1), also einer leichteren Form einer chronisch-depressiven Verstimmung. Des Weiteren bestehe eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen, die sich vor dem Hintergrund der Lebenssituation mit diversen gesundheitlichen und psychosozialen Problemen stärker auswirke, als das sonst wohl der Fall gewesen wäre. Eine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich dadurch aber nicht. Der Beschwerdeführer erhalte Cannabis-Öl als Medikament und konsumiere ferner Cannabis im Sinne von Joints. Cannabis könne depressive Symptome induzieren und verstärken. Insofern ergebe sich die Diagnose des schädlichen Gebrauchs von Cannabis (ICD-10: F12.1). Des Weiteren bestehe auch ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10: F13.1). Diese würden verordnet, obwohl der Beschwerdeführer selbst



äussere, er sei einmal von Valium abhängig geworden. Die Verordnung sei daher schwer nachvollziehbar (IV-act. 423-20).

2.3.3 Dr. N.____ führte weiter aus, hinsichtlich der von Dr. J.____ und Dr. Q.____ genannten Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bestehe keine Übereinstimmung. Er begründete nachvollziehbar, eine Persönlichkeitsänderung im Sinne einer andauernden Veränderung von Wahrnehmung, Denken und Verhalten könne sich nur dann entwickeln, wenn zuvor keine Persönlichkeitsproblematik bestanden hätte. Dies sei beim Beschwerdeführer aber nicht der Fall. Schon vor dem genannten Ereignis (Unfallereignisse und multiple operative Eingriffe) hätten – wie der Beschwerdeführer deutlich beschreibe – ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsmerkmale mit vermehrter Kränkbarkeit, brüchigem Selbstwertgefühl und schnell auftretenden Schamgefühlen vorgelegen. Die somatische Erkrankung mit Schmerzen, Operationen etc. habe keineswegs zur Entwicklung dieser Auffälligkeiten geführt; sie seien aber vor dem Hintergrund der als kränkend empfundenen Veränderungen (Beeinträchtigung der Gesundheit, schwierige finanzielle Situation, schlussendlich Angewiesensein auf das Sozialamt) stärker hervorgetreten (IV-act. 423-19).

2.3.4 Mangels relevanter psychiatrischer Diagnosen beurteilte Dr. N.____, es bestehe in der angestammten sowie in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Auch in der Vergangenheit habe keine psychiatrisch bedingte Verminderung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen (IV-act. 423-22). Bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. Q.____ von 50 % hielt Dr. N.____ schlüssig fest, es bestünden aus neuropsychologischer, orthopädischer und internistischer Sicht Inkonsistenzen. Dr. Q.____ habe befunden, ein Teil der Inkonsistenzen könne durch die psychiatrische Diagnose erklärt werden. Dies sei nicht nachvollziehbar bzw. sei nicht näher begründet. Die hohe psychiatrische Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei bei den vorliegenden persönlichkeitsbezogenen Auffälligkeiten nicht plausibel bzw. es bestehe diesbezüglich keine Übereinstimmung zu seiner Beurteilung (IV-act. 423-19).

2.3.5 Der behandelnde Dr. J.____ hielt in seinem letzten aktenkundigen Bericht vom 27. November 2023 als psychiatrische Diagnosen eine chronisch mittelgradige depressive Störung, eine anhaltende Persönlichkeitsänderung bei narzisstisch-perfektionistischen Persönlichkeitsmerkmalen und einer anhaltenden depressiven Erkrankung bei multiplen operativen Eingriffen nach mehrfachen Unfallereignissen mit Dauerbeschwerden fest. Er beurteilte, in einer adaptierten Tätigkeit wäre maximal ein Arbeitspensum von 20 bis 40 % möglich (IV-act. 381). Dies ist jedoch insofern nicht nachvollziehbar, als entsprechend der überzeugenden Beurteilung von Dr. N.____ die von Dr. J.____ genannten Diagnosen nicht vorliegen und Dr. J.____ die anlässlich der Begutachtungen festgestellten Inkonsistenzen nicht berücksichtigte. Dr. N.____ hielt diesbezüglich fest, beim Beschwerdeführer liege in ganz erheblichem Ausmass eine Beschwerdebetonung und auch eine Aggravation im Sinne gezielter Übertreibung von Beschwerden vor. Diese Aspekte seien von Dr. J.____ nicht berücksichtigt worden bzw. es sei nirgendwo die Rede davon. Daher habe Dr. J.____ den Schweregrad der Depression



überschätzt (IV-act. 423-18 f.). Zudem begründete Dr. J.____ auch nicht schlüssig, weshalb in einer adaptierten Tätigkeit nur eine derart geringe Arbeitsfähigkeit vorliegen sollte. Die Einschätzung von Dr. J.____ ist damit nicht geeignet, das Gutachten von Dr. N.____ in Frage zu stellen.

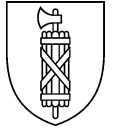
2.3.6 Insgesamt ist damit gestützt auf das überzeugende Gutachten von Dr. N.____ – unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Abklärung von lic. phil. O.____ – aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen.

2.4

2.4.1 Die somatischen (internistisch, neurologisch, orthopädisch) Teilgutachten der SMAB AG kamen alle zum Schluss, es liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit vor (IV-act. 399). Die Beschwerdegegnerin erachtete diese gestützt auf die Stellungnahmen von RAD-Ärztin Dr. M.____ als beweiskräftig (vgl. IV-act. 402, 412). Dies ist nicht zu beanstanden, zumal keine Gründe ersichtlich sind, welche gegen die Beweiskraft der genannten Teilgutachten sprechen würde. Auch der Beschwerdeführer stellt diese grundsätzlich nicht in Frage (act. G1, G16). Er reichte einzig mit seiner Replik zwei Berichte von Dipl. Ärztin P.____ vom 3. und 16. September 2025 ein (act. G16 ff.).

2.4.2 Im erstgenannten Bericht führte Dipl. Ärztin P.____ aus, Grund der Konsultation bei ihr seien chronische, seit zwei Jahren bestehende, zunehmende Nackenschmerzen. Diese seien persistierend vorhanden und bei sämtlichen Bewegungen zunehmend. Die Schmerzen würden im Nacken mit einer Ausstrahlung in beide Schultern sowie den Bereich zwischen den Schulterblättern angegeben. Zusätzlich bestünden Kribbelparästhesien sowie ein Taubheitsgefühl in den Fingerspitzen der linken Hand. Auch beschreibe der Beschwerdeführer Lumboischialgien links mit einer Ausstrahlung in den Ober- und Unterschenkel dorsalseitig sowie den linken Fussrücken. Die Kraft im linken Bein sei subjektiv gemindert. Als Befund hielt Dipl. Ärztin P.____ fest, die Nackenbeweglichkeit sei in alle Richtungen schmerzhaft eingeschränkt. Es bestehe ein Muskelhartspann an der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS). Ausserdem liege eine Hypästhesie in den Fingerspitzen aller Finger der linken Hand sowie am Unterschenkel ventral und am Fussrücken links vor. Zur genaueren Evaluierung der Beschwerdeursache habe sie ein MRI der HWS und Lendenwirbelsäule (LWS) veranlasst (act. G16.1). Am 16. September 2025 berichtete Dipl. Ärztin P.____ sodann, die Bildgebung habe fortgeschrittene, multisegmentale degenerative Veränderungen der Wirbelsäule gezeigt. Bezüglich der HWS bestehe bei chronischen Schmerzen die Indikation zu einem operativen Eingriff. Hinsichtlich der LWS hätten sie im ersten Schritt eine periradikuläre Therapie (PRT) besprochen. Nachfolgend werde das weitere Vorgehen, gegebenenfalls ebenfalls ein operativer Eingriff, diskutiert werden (act. G16.2).

2.4.3 Wie der Beschwerdeführer selbst feststellte, wurden die Berichte nach der angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2025 erstellt (act. G16). Sie sind damit grundsätzlich unbeachtlich, zumal das



Datum der streitigen Verfügung rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. BGE 129 V 169 E. 1). Der Beschwerdeführer macht jedoch geltend, die Berichte beschrieben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch seinen Gesundheitszustand bis 17. Juni 2025 (act. G16). Dies ist insofern plausibel, als der Beschwerdeführer anlässlich der orthopädischen Teilbegutachtung durch Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, SMAB AG, bereits sehr ähnliche Beschwerden geschildert hatte. Dr. S.____ hatte festgehalten, der Beschwerdeführer habe unter anderem über starke Schmerzen am rechten Fuss, an der LWS und der linken Schulter berichtet. Zudem habe er eine Osteochondrose der HWS. Dies seien seine grössten Sorgen. Er habe Schmerzen vom Hinterkopf bis zur Schulter, rechts mehr als links. Er habe ein Ameisenkribbeln an allen Fingern, vor allem nachts, wechselweise und werde deswegen wach (IV-act. 399-47). Dr. S.____ beurteilte, die angegebenen Schmerzen auf einem Niveau von 8/10 könnten in der angegebenen Stärke nicht nachvollzogen werden beim Fehlen von verbalen und nonverbalen Schmerzzeichen zum Zeitpunkt der Schmerzangabe sowie beim Fehlen einer adäquaten Medikation von ausreichend starken Analgetika. Die angegebenen Schmerzen im Bereich des fusionierten Grosszehengrundgelenks rechts könnten nicht nachvollzogen werden bei völlig unauffälligem Lokalbefund ohne Schwellung und ohne Rötung und bei stabilen Verhältnissen und bei radiologisch nachgewiesener erfolgreicher Versteifung des Gelenks ohne jegliche Druckstellen am Fuss. Die angegebenen Schmerzen an der linken Schulter könnten teilweise erklärt werden durch die geringe glenohumerale Arthrose nach Frakturosteosynthese. Es würden dadurch jedoch keinerlei Funktionseinschränkungen der linken Schulter verursacht bei nachgewiesener freier Beweglichkeit und sehr gut entwickelter Muskulatur beider Ober- und Unterarme. Auch finde sich eine massive Hornhautbildung an beiden Handinnenflächen über dem Metakarpaleköpfchen D3 bis D5, was nur durch intensive manuelle Belastung der Hände erreicht werden könne, sodass eine Schonung ausgeschlossen werden könne. Die an der HWS angegebenen Beschwerden könnten teilweise nachvollzogen werden bei beginnenden alterstypischen degenerativen Veränderungen, jedoch sei keine Funktionseinschränkung gezeigt worden und es habe keine spezifische radikuläre Symptomatik zum Zeitpunkt der Untersuchung bestanden. Die angegebenen Beschwerden an der LWS könnten nach Nukleotomie und entsprechenden degenerativen Veränderungen in der Bildgebung nachvollzogen werden. Es bestehe eine endgradige Bewegungseinschränkung der LWS bei der Beugung, wobei jedoch inkonsistenterweise beim Fingerbodenabstand eine grössere Bewegungseinschränkung gezeigt worden sei als nachher bei der Untersuchung im Langsitz auf der Untersuchungsfläche. Insgesamt sei der Beschwerdeführer von muskulösem Körperbau und er habe Zeichen einer häufigen Belastung der oberen Extremität in Form von Hornhautschwielen an den Handinnenflächen. Es finde sich aber auch an den unteren Extremitäten eine Hornhautbildung über den beiden Kniescheiben sowie über der Tuberositas tibiae beidseits, wie es nur auftrete, wenn ein häufiges Knien durchgeführt werde. Weiterhin sei anzumerken, dass bei der klinischen Untersuchung der Hüften bei der maximalen Flexion Schmerzen an der Wirbelsäule angegeben worden seien,



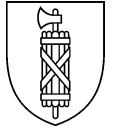
während hingegen beim An- und Ausziehen der Socken der Beschwerdeführer dies rasch und zügig ebenfalls mit maximaler Beugung der Hüfte ohne jegliche sichtbare oder hörbare Schmerzreaktion durchgeführt habe, was eine Inkonsistenz zu den vorher genannten Schmerzen bei der klinischen Untersuchung darstelle. Aufgrund der massiven Hornhautbildung beider Hände und über den Knien sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer häufig eine manuelle Tätigkeit und eine kniende Tätigkeit durchführe (IV-act. 399-52 f.). Dr. S.____ hielt als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit unter anderem multisegmentale degenerative Veränderungen und Bandscheibenherniationen mit Wurzelirritationen fest (IV-act. 399-56). Er beurteilte, in der angestammten Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Tätigkeit bestehe jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Möglich sei das Heben und Tragen von Lasten bis zu zehn Kilo. Ausgeschlossen seien Arbeiten in Vorneige oder Zwangshaltungen, Überkopftätigkeiten sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Es sollte sich um eine Wechselbelastung zwischen Sitzen, Stehen und Gehen handeln (IV-act. 399-57 f.).

2.4.4 Zusammengefasst bestanden die von Dipl. Ärztin P.____ im September 2025 geschilderten Beschwerden grösstenteils bereits anlässlich der Begutachtung durch Dr. S.____. Unter Berücksichtigung der zahlreichen festgestellten Inkonsistenzen ging Dr. S.____ nachvollziehbarerweise von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus. Die Berichte von Dipl. Ärztin P.____ stehen nicht im Widerspruch dazu. Dipl. Ärztin P.____ äusserte sich auch gar nicht zur Arbeitsfähigkeit. Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass die somatischen Teilgutachten der SMAB AG auf umfassender Aktenkenntnis sowie eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidsbild des Beschwerdeführers berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Es ist damit auch aus somatischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Die von den Gutachtern aufgelisteten Zeiträume einer temporären Arbeitsunfähigkeit von 100 % wegen Rekonvaleszenz nach diversen Operationen bzw. Frakturen waren jeweils nur von kurzer Dauer (vgl. IV-act. 399-15) und damit nicht geeignet, einen befristeten Rentenanspruch zu begründen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit.

3.

Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

3.1 Der Beschwerdeführer war bis zum 31. August 2014 bei der T.____ als Betriebsmechaniker angestellt (vgl. IV-act. 372), hatte jedoch keine abgeschlossene Berufsausbildung (IV-act. 1, 284-2). Er ist damit als Hilfsarbeiter zu qualifizieren. Nach Eintritt des Gesundheitsschadens (Verletzung am Fuss rechts) war er - abgesehen von den durch die Beschwerdegegnerin unterstützten beruflichen



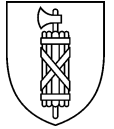
Eingliederungsmassnahmen (vgl. IV-act. 124, 166, 186) - nicht mehr arbeitstätig. Es ist ihm zumutbar, im Ausmass seiner verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 100 % erneut einer Hilfsarbeit nachzugehen. Es muss sich nun aber um eine der Behinderung optimal angepasste Hilfsarbeit handeln, damit die verbleibende Arbeitsfähigkeit - der allgemeinen Schadenminderungspflicht Rechnung tragend - bestmöglich verwertet werden kann. Folglich rechtfertigt sich die Vornahme eines Prozentvergleichs. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar, 9C_734/2016, E. 4.1, mit Hinweis).

3.2 Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Wie die Gutachter der SMAB AG festhielten, hat der Beschwerdeführer qualitative Einschränkungen (IV-act. 399-14) und es ist von der Notwendigkeit einer gewissen erhöhten Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers auszugehen. Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen PHILIPP GEERTSEN, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E. 3.1.2). Vorliegend kann die genaue Festsetzung des Tabellenlohnabzugs unterbleiben, da selbst beim maximal zulässigen Tabellenlohnabzug von 25 % - welcher in dieser Höhe vorliegend ohnehin nicht gerechtfertigt wäre - ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 25 % ($0\% + [100\% \times 25\%]$) resultieren würde.

4.

4.1 Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 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 als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. G8) ist er von der Bezahlung zu befreien.



4.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung 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 eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (vgl. BGE 125 V 201) mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).