



**Fall-Nr.:** IV 2025/208  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 24.06.2026  
**Entscheiddatum:** 09.06.2026

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.06.2026**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Invalidenrente. Würdigung eines Administrativgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juni 2026, IV 2025/208).**

«Entscheid als PDF»



**Versicherungsgericht**  
Abteilung II

**Entscheid vom 9. Juni 2026**

\_\_\_\_\_  
Besetzung      Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und  
Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

\_\_\_\_\_  
Geschäftsnr.    IV 2025/208

\_\_\_\_\_  
Parteien        **A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

\_\_\_\_\_  
Gegenstand     **Rente**



## Sachverhalt

### A.

**A.a** A.\_\_\_\_ meldete sich im April 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, er habe eine Berufslehre zum Zimmermann abgeschlossen, in den letzten Jahren aber als Maschinenoperator gearbeitet. Der behandelnde Psychiater med. pract. B.\_\_\_\_ teilte Dr. med. C.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) im Mai 2008 telefonisch mit (IV-act. 13), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an einem schädlichen Gebrauch von Alkohol, an belastenden Lebensumständen sowie an akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen Anteilen. Er sei zu 50 Prozent arbeitsfähig. Die Prognose sei gut. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Klinik D.\_\_\_\_ am 27. September 2010 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 57). Die Sachverständigen hielten fest, der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode und einem somatischen Syndrom sowie an einem schädlichen Gebrauch von Alkohol. Eine adaptierte Tätigkeit sei ihm zu 60 Prozent zumutbar. Die Prognose sei gut. Die Behandlungsoptionen seien nicht ausgeschöpft. Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 60). Die IV-Stelle hielt den Versicherten am 25. Oktober 2010 an, für die nächsten sechs Monate keinen Alkohol zu konsumieren, die Abstinenz durch Blutuntersuchungen nachzuweisen und die psychiatrische Behandlung zu intensivieren (IV-act. 64). Der Versicherte reagierte weder auf diese Aufforderung noch auf die Mahnung vom 6. Dezember 2010 (IV-act. 67), weshalb sie am 21. Januar 2011 eine Nichteintretensverfügung erliess (IV-act. 72). Im April und im Juni 2011 reichte der behandelnde Psychiater B.\_\_\_\_ Nachweise über Blutuntersuchungen ein und kündigte an, dass in den Sommerferien eine tagesklinische Behandlung erfolgen werde (IV-act. 75 und 79). Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ notierte am 15. Juni 2011, die Auflage sei erfüllt worden (IV-act. 80). Nachfragen der IV-Stelle ergaben allerdings, dass sich der Versicherte letztlich doch nicht in eine tagesklinische Behandlung begeben hatte, weshalb die IV-Stelle am 27. Oktober 2011 eine weitere Nichteintretensverfügung erliess (IV-act. 87). Diese erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft.

**A.b** Im Juli 2014 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 90). Die IV-Stelle forderte ihn auf, eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen (IV-act. 91). Der behandelnde Psychiater B.\_\_\_\_ berichtete am 30. Juli 2014, die Depressionen des Versicherten seien in den letzten Jahren immer schlimmer geworden; der Versicherte habe sich zwischenzeitlich schon mehrmals in einer stationären Behandlung befunden (IV-act. 93–5). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die ZVMB GmbH am 19. Februar 2016 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 137). Darin wurde ausgeführt, aus internistischer, kardiologischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht bestehe keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Aus orthopädischer Sicht schränke eine AC-



Gelenksarthrose mit einer partiellen Supraspinatussehnenruptur rechts das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten ein. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei dem Versicherten aber uneingeschränkt zumutbar. Der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 138). Mit einer Verfügung vom 11. Mai 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 148). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit einem Entscheid vom 5. Dezember 2018 abgewiesen (IV 2016/191; vgl. IV-act. 161).

**A.c** Im Februar 2019 meldete sich der Versicherte zum dritten Mal zum Leistungsbezug an (IV-act. 163). Die IV-Stelle forderte ihn auf, eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen (IV-act. 165). Der behandelnde Psychiater B. \_\_\_ teilte der IV-Stelle am 6. Mai 2019 mit, dass sich die Depressionen des Versicherten weiter verschlimmert hätten (IV-act. 179). Einem Operationsbericht des Spitals F. \_\_\_ liess sich entnehmen, dass der Versicherte im Jahr 2017 am rechten Knie operiert worden war (IV-act. 183). Die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_ notierte im Juni 2019, eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes sei glaubhaft gemacht (IV-act. 199). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die MGSG GmbH am 21. Juni 2021 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 278). Die Sachverständigen führten aus, der Versicherte leide an einem Cervicovertebralsyndrom, an einer Acromioclaviculargelenksarthrose rechts, an einer Lumboischialgie rechts, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an einem formal schwergradigen, symptomatischen obstruktiven Schlafapnoesyndrom sowie an einem Status nach einer Gastrektomie. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung sei er zu 40 Prozent arbeitsunfähig. Das Schlafapnoesyndrom wirke sich ebenfalls auf die Arbeitsfähigkeit aus. Diesbezüglich seien die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft. Der RAD-Arzt Dr. H. \_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 281). Bereits am 19. März 2021 hatte die IV-Stelle Kenntnis von einem gegen den Versicherten wegen des Verdachts auf Betrug und unrechtmässigen Bezug von Sozialversicherungs- oder Sozialhilfeleistungen eröffneten Strafverfahren erhalten (IV-act. 268). Am 25. Oktober 2021 forderte die IV-Stelle die Strafakten an (IV-act. 283). Am 15. November 2021 wurde ihr Akteneinsicht gewährt (IV-act. 286). Den Strafakten liess sich entnehmen, dass das Sozialamt den Versicherten hatte observieren lassen und dass es in der Folge einen Strafantrag erhoben hatte, da der Verdacht aufgekommen war, der Versicherte handle mit Motorfahrzeugen. Die IV-Stelle forderte die Sachverständigen der MGSG GmbH auf, die Strafakten zu würdigen und Stellung dazu zu nehmen. Im Juli 2022 antworteten die Sachverständigen, die Strafakten änderten nichts an ihrer medizinischen Beurteilung (IV-act. 315 ff.). Die IV-Stelle erachtete die Auseinandersetzung der Sachverständigen mit den Strafakten als ungenügend und hielt in einer Aktennotiz fest, dass sich eine erneute Begutachtung aufdränge (IV-act. 319).



**A.d** Am 1. Dezember 2022 beauftragte die Staatsanwaltschaft den Psychiater Dr. med. I. \_\_\_ mit einer fachärztlichen Begutachtung des Versicherten (IV-act. 323). Das Gutachten wurde am 9. Juni 2023 fertiggestellt (IV-act. 330). Der Sachverständige Dr. I. \_\_\_ hielt fest, der Versicherte habe in der Interaktion übermässig angepasst gewirkt und ein teilweise überzeichnetes Verhalten gezeigt. Während der gesamten Untersuchung hätten sich leichtgradige Einschränkungen bezüglich der Konzentration und der Aufmerksamkeit sowie des langfristigen und des kurzfristigen Gedächtnisses gezeigt. Der Versicherte habe eine übermässige Notwendigkeit gezeigt, Pausen zu machen. Die affektiven Kompetenzen hätten im Verlauf der Untersuchung zunehmend abgenommen. Während der gesamten Untersuchung habe sich eine teils auffällige Affektinkontinenz gezeigt, die histrionisch gefärbt und übermässig gewirkt habe. Der Versicherte sei aufgesprungen, habe geweint, die Fäuste geballt. Andererseits habe er auch teilweise positive Emotionen mit einer Freudfähigkeit gezeigt. Die Grundstimmung habe insgesamt zum traurig-überforderten Pol verlagert gewirkt. Wiederholt sei der Versicherte während der Untersuchung aufgestanden. Zweimal habe er sich in eine Ecke gestellt und angegeben, er müsse sich beruhigen. Angesprochen auf die Vorwürfe bezüglich des Autohandels habe er angegeben, er sei von Gläubigern gezwungen worden, mit Autos zu handeln, um seine Schulden abzubauen. Teilweise hätten die Gläubiger seine Accounts direkt benutzt. Der Versicherte sei an diesem Punkt der Untersuchung aufgesprungen und er habe begonnen zu schreien und zu weinen. Er habe geltend gemacht, man müsse doch verstehen, dass er unter Druck gestanden habe. Diagnostisch leide der Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Erkrankung. Diese sei aktuell mittelgradig ausgeprägt. Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor, aber der Versicherte leide unter einer akzentuierten Persönlichkeit mit dependenten, histrionischen und emotional-instabilen, aber auch dissozialen Anteilen. Aufgrund der Observationsergebnisse sei davon auszugehen, dass die depressive Symptomatik zu Beginn des Jahres 2021 nur leichtgradig ausgeprägt gewesen sei. Die Auswirkungen der aktuellen depressiven Episode auf den Alltag und auf eine Erwerbstätigkeit seien als leicht- bis mittelgradig zu werten. Die RAD-Ärztin med. pract. J. \_\_\_ qualifizierte das Gutachten als nicht überzeugend (IV-act. 334). Auch die Staatsanwaltschaft qualifizierte das Gutachten als ungenügend (IV-act. 343).

**A.e** Am 18. Dezember 2023 beauftragte die Staatsanwaltschaft die Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_ mit einer fachärztlichen Begutachtung des Versicherten (IV-act. 346). Das Gutachten wurde am 11. Oktober 2024 fertiggestellt (IV-act. 349). Die Sachverständige führte aus, sie habe den Versicherten einmal vier und einmal zwei Stunden lang exploriert. Der Versicherte habe kooperativ an der Untersuchung teilgenommen. Er habe bei beiden Terminen geäussert, aufgrund von Schmerzen des Bewegungsapparates Mühe mit dem langen Sitzen zu haben. Er sei deshalb öfters aufgestanden, habe die Sitzposition gewechselt, manchmal schmerzbedingt gestöhnt, einmal eine Schmerztablette eingenommen, sich ein anderes Mal seiner Rückenstütze entledigt und durchgehend etwa alle 30–45 Minuten eine Pause gemacht, um „Luft zu schnappen“, eine Zigarette zu rauchen oder die Toilette



aufzusuchen. Der Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert gewesen. Die Auffassung, die Aufmerksamkeit, die Konzentration und die Gedächtnisfunktionen seien gut gegeben gewesen. Genaue biographische Zeitangaben seien ihm oftmals schwer gefallen. Er sei vage geblieben. Teilweise hätten sich gewisse Widersprüche und Unklarheiten ergeben. Insgesamt habe der Versicherte jedoch kognitiv nicht relevant beeinträchtigt gewirkt. Formalgedanklich hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Der Versicherte sei beim jeweiligen Thema geblieben, ohne abzuschweifen oder auszufern. Ein strukturiertes, geordnetes Gespräch sei gut möglich gewesen. Sprachlich habe sich der Versicherte anschaulich, detailliert und gut verständlich geäußert. Er habe realitätsgerechte und situationsadäquate Verhaltensweisen ohne klinische Hinweise auf ein psychotisches Erleben gezeigt. Psychomotorisch habe er unauffällig und ruhig gewirkt. Affektiv habe er sich schwingungsfähig, vom Grundaffekt leicht bis mittelgradig deprimiert gezeigt. Zwangssymptome, eine prinzipielle Unfähigkeit, Freude zu empfinden oder Entscheidungen zu treffen, hätten nicht eruiert werden können. Im Gesprächskontakt sei der Versicherte nicht gereizt gewesen. Eine Aggressivität oder eine Impulsivität seien nicht spürbar gewesen. Der Versicherte habe eher kontrolliert gewirkt. Teilweise seien ihm einmal bei der Schilderung seiner viele Jahre anhaltenden Ehe- und Finanzprobleme die Tränen gekommen. Im Querschnitt hätten sich keine schweren Persönlichkeitsauffälligkeiten feststellen lassen. Der Versicherte habe sich als sehr hilfsbereit bis aufopfernd, als wenig abgrenzungsfähig und mit einer Tendenz, sich zu erschöpfen respektive seine psychischen Kräfte zu überfordern, dargestellt. Allerdings seien auch gewisse narzisstische Züge wahrnehmbar gewesen. Misserfolgserlebnisse seien von ihm weniger mit eigenen Schwächen oder Fehlern, sondern mit böswilligen, feindlichen und betrügerischen Verhaltensweisen anderer in Verbindung gebracht worden, auf das er mit einem Gefühl von „nicht gewürdigt“ oder „ausgenutzt werden“ reagiert habe, das sich, verbunden mit einem Kränkungsleben und depressiven Einbrüchen, jeweils rasch eingestellt habe. In solchen Phasen sei es zu Unzufriedenheit, Gereiztheit und impulsivem, teils histrionisch anmutendem Ausagieren dieser Gefühle mit dysfunktionalen Bewältigungsformen gekommen. Dennoch habe sich der Versicherte den Gegebenheiten und Anforderungen des Lebens weitgehend anpassen können. Diagnostisch habe der Versicherte ab dem Jahr 1993 an Anpassungsstörungen und ab dem Jahr 2007 an einer rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden im Wechsel mit symptomarmen bis symptomfreien Phasen gelitten. Aktuell sei die depressive Störung mittelgradig ausgeprägt. Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Gewisse narzisstische Wesenszüge seien allerdings vorhanden. Da es in der Vergangenheit Phasen mit einem schädlichen Gebrauch gegeben habe, sei ein Status nach einem schädlichen Gebrauch von Alkohol zu diagnostizieren. Zudem bestehe der Verdacht auf einen schädlichen Gebrauch von Tabak sowie auf ein Abhängigkeitssyndrom von Hypnotika im sogenannten „low dose“-Bereich. Retrospektiv habe der Versicherte in den Jahren 2007–2010 durch den Abbruch einer stationären Behandlung und durch die anhaltende Verweigerung einer Therapieintensivierung gezeigt, dass er eine Behandlung weder als prioritär noch als wichtig angesehen habe, was auf einen geringen Leidensdruck hinweise. Folglich sei



es nicht plausibel, dass sich die mittelgradige Depression nach dem vorzeitigen Klinikaustritt im Oktober 2008 verschlechtert haben sollte. Aufgrund des dokumentierten fluktuierenden Krankheitsverlaufs und der guten Bewältigung privater Aufgaben sei vielmehr davon auszugehen, dass sich symptomarme oder gar symptomfreie Phasen mit leichten bis mittelgradigen Phasen abgewechselt hätten. Die ambulante Behandlung sei in einem lockeren Rhythmus erfolgt, Ende 2011 habe sich der Versicherte selbständig gemacht und im Sommer 2015 sei er als mittelgradig depressiv, im Rahmen einer Begutachtung im Herbst 2015 sogar als nicht depressiv beurteilt worden. Zusammenfassend sei der Versicherte deshalb von Juni 2007 bis Januar 2016 zu mindestens 70 Prozent arbeitsfähig gewesen. In einem weiteren Gutachten von Februar 2016 sei ihm sogar eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden. In den Jahren 2016–2021 habe sich der Versicherte zwar wiederholt wegen somatischer und psychiatrischer Leiden hospitalisieren lassen. Offenbar habe er in diesem Zeitraum aber gleichzeitig einem Autohandel nachgehen können. Die Freizeitgestaltung in jener Zeit sei mit Ausflügen und Reisen im In- und Ausland als aktiv zu qualifizieren. Auffallend sei, dass er die Teilnahme an einem Integrationsprogramm abgebrochen und nach der definitiven Rentenabweisung keine stationären psychiatrischen Behandlungen mehr in Anspruch genommen, aber umgehend einen neuen Rentenanspruch gestellt habe. Im Mai 2021 sei im Rahmen einer weiteren Begutachtung wiederum eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Zudem sei eine Reihe von somatischen Diagnosen gestellt worden. Dem psychiatrischen Sachverständigen hätten damals aber teilweise nicht zutreffende Informationen vorgelegen. Retrospektiv sei für die Zeit von Januar 2016 bis Juni 2021 von einem im Wesentlichen unverändert gebliebenen psychischen Gesundheitszustand auszugehen. Auch für die Zeit nach der letzten polydisziplinären Begutachtung sei bis dato keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht zeigten die drei längeren Einvernahmen in der Zeit von September 2021 bis Februar 2022 eine gute Durchhaltefähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration des Versicherten. Bei der neuropsychologischen Testung und psychiatrischen Begutachtung durch Dr. I.\_\_\_\_ habe sich ein mittelgradiges depressives Zustandsbild mit damit einhergehenden leichten kognitiven Funktionseinbußen gezeigt. Der Sachverständige habe einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 80 Prozent attestiert. Zusammenfassend sei unter Berücksichtigung der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung festzuhalten, dass der Arbeitsunfähigkeitsgrad im gesamten Zeitraum ab dem Jahr 2007 nie mehr als 30 Prozent betragen habe. Die RAD-Ärztin J.\_\_\_\_ hielt im November 2024 fest (IV-act. 353), das Gutachten überzeuge grundsätzlich. Wie die Sachverständige zur Einordnung der aktuellen Symptomatik als mittelgradig gekommen sei, sie jedoch nicht gänzlich nachvollziehbar. Aus dem Gutachten gehe nicht klar hervor, welche Fähigkeits- und Funktionseinschränkungen tatsächlich vorlägen, zumal die Sachverständige dem Versicherten eine doch aktive und selbständige Lebensweise attestiert und zudem erwähnt habe, dass der Versicherte dem Autohandel habe nachgehen und seine Freizeit aktiv gestalten können. Das Funktionsniveau und die Selbständigkeit im Alltag seien als gut bezeichnet worden. Die berufliche Leistungsfähigkeit sei als



nicht dauerhaft eingeschränkt qualifiziert worden. Den Arbeitsfähigkeitsgrad im Zeitpunkt der Begutachtung habe die Sachverständige nicht genau definiert.

**A.f** Am 31. Dezember 2024 hielt Dr. K. \_\_\_ in einer ergänzenden Stellungnahme fest (IV-act. 358), aufgrund der depressiven Stimmung, des verminderten Antriebs mit einem Rückzugsverhalten sowie der zusätzlichen Symptome (Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Mangel an Selbstvertrauen, Schlafstörungen und gesteigerter Appetit respektive „Frustessen“) seien gesamthaft sechs Symptome der Kriterien B und C erfüllt gewesen, weshalb eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei. Die narzisstische Grundstruktur lasse den Versicherten an seinen Ansprüchen, Wünschen und Forderungen an Umfeld und Gesellschaft festhalten. Er sehe bei sich selbst wenig Handlungs- beziehungsweise Veränderungsbedarf. Auf daraus resultierende Konflikte und Ablehnungen seiner Ansprüche reagiere er persönlichkeitsbedingt mit einem deutlichen Kränkungsleben, das Rückfälle in die Depressivität und in die Gereiztheit fördere und somit eine dauerhafte Remission erschwere. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei er zu 70 Prozent arbeitsfähig gewesen. Die RAD-Ärztin J. \_\_\_ notierte am 4. Februar 2025 (IV-act. 361), die Mehrheit der von der Sachverständigen erwähnten Symptome sei rein subjektiv, weshalb erstaunlich sei, dass die Sachverständige darauf abgestellt habe. Weil die Diagnosestellung nicht überzeuge, überzeuge auch das Arbeitsfähigkeitsattest nicht. Der Versicherte müsse als uneingeschränkt arbeitsfähig qualifiziert werden. Weitere medizinische Abklärungen seien sinnlos.

**A.g** Mit einem Vorbescheid vom 27. März 2025 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Abweisung seines Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 363). Dagegen wandte der Versicherte am 12. Mai 2025 ein (IV-act. 369), er sei seit dem Jahr 2016 viermal begutachtet worden. Er habe zahlreiche stationäre Behandlungen hinter sich. Er leide an einer chronischen depressiven Störung. Für die Beantwortung der Frage, welche Leistungsfähigkeit er im ersten Arbeitsmarkt effektiv erbringen könne, müsse eine sozialpraktische Abklärung durchgeführt werden. Er sei bereit, an einer solchen Abklärung mitzuwirken. Mit einer Verfügung vom 2. Juli 2025 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 386).

## **B.**

**B.a** Am 2. September 2025 erhob der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Juli 2025 (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Anerkennung seiner vielfältigen gesundheitlichen Probleme, die Zusprache einer Teilrente und eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zu weiteren Abklärungen. Zur Begründung führte er aus, er sei seit dem Jahr 2016 viermal begutachtet worden. Er habe zahlreiche stationäre Behandlungen hinter sich. Er leide an einer chronischen depressiven Störung. Für die Beantwortung der Frage, welche Leistungsfähigkeit er



im ersten Arbeitsmarkt effektiv erbringen könne, müsse eine sozialpraktische Abklärung durchgeführt werden. Er sei bereit, an einer solchen Abklärung mitzuwirken.

**B.b** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 26. November 2025 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie an, die Beschwerdebegründung entspreche praktisch wortwörtlich den Ausführungen in der Eingabe vom 12. Mai 2025, zu denen bereits eingehend Stellung genommen worden sei.

**B.c** Am 2. Dezember 2025 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 6).

## **Erwägungen**

### **1.**

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich auf die Prüfung des im Februar 2019 eingereichten Rentenbegehrens beschränkt, bei dem es sich um eine sogenannte Wiederanmeldung im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV gehandelt hat.

### **2.**

Auf eine Wiederanmeldung zum Rentenbezug kann gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV nur eingetreten werden, wenn glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der massgebende Sachverhalt seit der Abweisung des letzten Rentenbegehrens relevant verändert hat. Die Beschwerdegegnerin hat diese Voraussetzung zu Recht als erfüllt qualifiziert, denn der Beschwerdeführer war im Jahr 2017 am rechten Knie operiert worden, womit eine relevante Veränderung des Sachverhaltes gemäss der überzeugenden Aktenwürdigung der RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ glaubhaft gemacht worden ist. Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Recht auf das Rentenbegehren eingetreten.

### **3.**

Gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen



durch eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

#### 4.

Der Beschwerdeführer hat eine Berufsausbildung zum Zimmermann absolviert, aber schon kurz nach dem Abschluss dieser Ausbildung nicht mehr im erlernten Beruf gearbeitet. Er hat jahrzehntelang typische Hilfsarbeiten verrichtet und dadurch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den Anschluss im erlernten Beruf verloren. Er könnte also ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht mehr als ausgebildeter Zimmermann erwerbstätig sein respektive einen durchschnittlichen Lohn eines ausgebildeten Zimmermannes erzielen. Seine Erwerbsmöglichkeiten auf dem massgebenden allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt haben jenen eines typischen Hilfsarbeiters entsprochen. Folglich ist der statistische Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne als Valideneinkommen heranzuziehen.

#### 5.

**5.1** Für die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zugemutet werden können. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage ein polydisziplinäres Gutachten der MGSG GmbH eingeholt. Nachdem sie erfahren hatte, dass gegen den Beschwerdeführer ein Strafverfahren eröffnet worden war, hat sie zusätzlich die beiden im Auftrag der Staatsanwaltschaft erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ zu den Akten genommen und durch ihren RAD würdigen lassen. Dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ kommt für dieses Beschwerdeverfahren allerdings keine Bedeutung zu, da Dr. I.\_\_\_\_ nachträglich hat einräumen müssen, dass ihm nicht sämtliche Akten zur Verfügung gestanden hatten, und da sowohl der RAD als auch die Staatsanwaltschaft das Gutachten aus überzeugenden Gründen als nicht beweistauglich qualifiziert haben. Massgebend ist damit nur das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_. Die Sachverständige hat den Beschwerdeführer während insgesamt sechs Stunden persönlich exploriert und sie hat sämtliche Akten aus dem IV- und dem Strafverfahren eingehend gewürdigt. Nichts deutet darauf hin, dass sie eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätte. Ihre detaillierten Ausführungen zeigen, dass sie den für ihre medizinische Beurteilung massgebenden Sachverhalt sorgfältig und umfassend erhoben hat. Sie hat anschaulich aufgezeigt, dass der objektive klinische Befund – wie bereits bei den vorherigen Begutachtungen – weitgehend unauffällig gewesen ist und dass lediglich gewisse akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie eine nicht allzu schwer ausgeprägte Depressivität haben objektiviert werden können. Zudem hat sie überzeugend dargelegt, dass anhand der Angaben des Beschwerdeführers in der Exploration sowie anhand der Akten, einschliesslich des Observationsmaterials, von einem weitestgehend unbeeinträchtigten Funktionsniveau des Beschwerdeführers im Alltag ausgegangen



werden müsse, dass der Beschwerdeführer zumindest phasenweise eine aktive Freizeitgestaltung gepflegt habe und dass die wiederholten Weigerungen und Abbrüche von zielgerichteten Behandlungsmassnahmen gegen einen namhaften Leidensdruck sprächen. Die RAD-Ärztin J. \_\_\_ hat zu Recht geltend gemacht, dass all diese Umstände gegen eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode und gegen eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sprächen. In einer ergänzenden Stellungnahme hat sich Dr. K. \_\_\_ zu dieser Kritik geäussert. Sie hat aber keine überzeugende Begründung für ihre Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung und für ihr Attest eines Arbeitsunfähigkeitsgrades von 70 Prozent geliefert. Sie hat ihre Diagnosestellung nämlich hauptsächlich mit subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründet, was aber nicht zu überzeugen vermag, weil sie selbst dem Beschwerdeführer ein nicht authentisches Verhalten bis hin zur Aggravation attestiert hat. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung hat sie ebenfalls zu einem wesentlichen Teil auf die erwiesenermassen nicht authentischen Angaben des Beschwerdeführers abgestellt. Zudem hat sie offenbar auch die im Gutachten der MGSG GmbH attestierte somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit in ihre Beurteilung einfliessen lassen, was nicht überzeugt. An sich müsste das Gutachten verbessert werden. Die Sachverständige müsste insbesondere aufgefordert werden, den Widerspruch zwischen ihrer Feststellung eines aggravierenden Aussageverhaltens und dem Abstellen auf eben diese Aussagen auszuräumen. Allerdings belegt das Gutachten immerhin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer sowohl im Begutachtungszeitpunkt als auch in der Zeit davor zu *mindestens* 70 Prozent arbeitsfähig gewesen ist. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen werden, spielt die Antwort auf die Frage, ob er zu 70 Prozent, 80 Prozent, zu 90 Prozent oder zu 100 Prozent arbeitsfähig gewesen ist, für das Ergebnis keine Rolle, weshalb es unverhältnismässig wäre, bezüglich des genauen Arbeitsunfähigkeitsgrades weitere Abklärungen durchzuführen.

**5.2** Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt existieren definitionsgemäss ideal leidensadaptierte Hilfsarbeiten, weshalb es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, einer solchen Hilfsarbeit nachzugehen. Der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entspricht folglich dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne und damit dem Valideneinkommen. Sein Betrag kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug. Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug von zehn Prozent berücksichtigt. Eine rechtsfehlerhafte Betätigung des amtlichen Ermessens ist nicht auszumachen, da jene Aspekte der Gesundheitsbeeinträchtigung, die den betriebswirtschaftlich-ökonomischen Mehrwert, den der Beschwerdeführer für einen potentiellen Arbeitgeber erzielen könnte, schmälern würden, nur schwach ausgeprägt sind und nicht allzu schwer ins Gewicht fallen. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von *maximal* 70 Prozent resultiert ein Invaliditätsgrad von *maximal* 37 Prozent (=  $100\% - 90\% \times 70\%$ ). Da erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ein Anspruch auf



eine Rente der Invalidenversicherung besteht, hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen.

## 6.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Die praxisgemäss auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten wären an sich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Da ihm die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, ist er jedoch vorläufig von der Pflicht, die Gerichtskosten zu bezahlen, befreit. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird der allerdings zur Nachzahlung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

### 2.

Der Beschwerdeführer ist vorläufig von der Pflicht befreit, die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen.