



Fall-Nr.:	IV 2025/266
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	12.08.2026
Entscheiddatum:	18.06.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 18.06.2026

Art. 21 Abs. 4, Art. 43 f. ATSG; Art. 7b, Art. 28 IVG; Art. 87 Abs. 3 IVV.
Eintreten auf eine Neuanmeldung. Polydisziplinäre Begutachtung. Der massgebende medizinische Sachverhalt erweist sich in mehrfacher Hinsicht als ungenügend ermittelt. Die Diagnosestellungen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen in den Teilgutachten in den Fachdisziplinen Neurologie, Rheumatologie, Neuropsychologie und Psychiatrie erfüllen das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht. Die bundesgerichtlichen Voraussetzungen für eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin sind erfüllt, weshalb die Sache zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens an diese zurückzuweisen ist. Die Beschwerdegegnerin wird die erforderlichen Abklärungen durchführen, ehe sie neu verfügen wird (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2026, IV 2025/266).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung II

Entscheid vom 18. Juni 2026

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

Geschäftsnr. IV 2025/266

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführer,

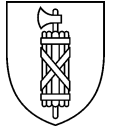
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Michael Walder, Studer Zahner
Anwälte AG, Neugasse 40, Postfach 2020, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Rente**



Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich erstmals Ende März 2020 wegen Muskel- und Gelenkschmerzen, anhaltender Müdigkeit, Verspannungen, allgemeiner Muskelschwäche, Muskelzuckungen und -krämpfen seit September 2018 bei der Invalidenversicherung des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen an. Als erlernten Beruf gab er Zimmermann (mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis; IV-act. 10-1) und die «ICF Pastorenausbildung» an. Ab August 2002 habe er im Pensum von 100 % als «Lead Pastor» bei der ICF St. Gallen gearbeitet (IV-act. 1). PD Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG), hatte Anfang März 2020 einen hochgradigen Verdacht auf ein Systemic Exertion Intolerance Disease (SEID) am ehesten im Rahmen eines Chronic Fatigue Syndroms (CFS) bei typischer Anamnese, unauffälligem Neurostatus und unauffälliger Elektrophysiologie geäußert und zusätzlich ein Von-Willebrand-Syndrom Typ I und ein intermittierendes Vorhofflimmern diagnostiziert (IV-act. 6).

A.b Am 8. und 15. Juni 2020 begutachtete med. pract. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der Krankentaggeldversicherung den Versicherten (Fremdakten 2-33 ff.). Med. pract. C.____ führte aus, dass sich das aktienkundige SEID bzw. CFS aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht mit der Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0), dessen Hauptcharakteristikum in «anhaltenden und quälenden Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen» bestehe und für welche «Empfindungen von Muskelschmerzen sowie u.a. Spannungskopfschmerzen, Unfähigkeit zu entspannen und auch Dyspepsie» typisch seien, vereinbaren lasse. Diese Krankheit wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen festzustellen. Aufgrund des fließenden Übergangs zu Persönlichkeitsstörungen sei differentialdiagnostisch an einem Verdacht auf eine arbeitsfähigkeitsrelevante Persönlichkeitsstörung (histrionisch und/oder narzisstisch) zu denken. In seiner bisherigen Tätigkeit als Pastor sei der Versicherte seit spätestens der ersten Begutachtung vom 8. Juni 2020 zu 70 % arbeitsfähig. In einer Tätigkeit mit geringeren Herausforderungen in Bezug auf soziale Kompetenzen als in der Tätigkeit als Pastor (z.B. in der erlernten Tätigkeit als Zimmermann) sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig (Fremdakten 2-52 ff.).

A.c Im August 2020 hielt Dr. B.____ fest, dass die Laborergebnisse keine richtungsweisenden Befunde geliefert hätten. Er verwies zudem auf eine unauffällige Untersuchung im KSSG-Schlaflabor ohne Hinweise auf ein Schlaf-Apnoe-Syndrom (IV-act. 45; zum Schlaflabor vgl. IV-act. 53-6 ff.). Im Rahmen



weiteren Untersuchungen konnte eine neuromuskuläre Erkrankung ausgeschlossen werden (IV-act. 46). Die magnetresonanztomografische Untersuchung des Neurocraniums vom 1. Oktober 2020 zeigte keine entzündliche Veränderung oder Raumforderung intrakraniell (IV-act. 36-7 f.).

A.d Am 3. März 2021 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sein Begehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde, da er gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen angegeben habe, er habe sein Pensum auf 50 % steigern können und er werde versuchen, ein Pensum von 80 % zu erreichen (IV-act. 59; zur telefonischen Besprechung am 25. Februar 2021 vgl. IV-act. 57-7). Am 30. Juni 2021 informierte der Versicherte die IV-Stelle darüber, dass er sein Pensum auf 60 % habe steigern können, nun aber starke Schmerzen im Rücken habe (IV-act. 60). Die behandelnde Psychotherapeutin berichtete am 23. Juli 2021, dass der Versicherte sein Arbeitspensum seit Ende Juni 2021 aufgrund von Rückenschmerzen auf 40 % habe reduzieren müssen (IV-act. 62-2 ff.).

A.e Zur Durchführung eines multimodalen Behandlungsprogramms weilte der Versicherte vom 14. Februar bis zum 25. März 2022 stationär in der Klinik D.____. Die behandelnden Ärzte stellten die folgenden psychiatrischen Diagnosen: Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.2) bei multifaktoriellen psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10: Z56; Z63) mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z73); eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10: F90.0); psychosomatischer Symptomenkomplex mit multiplen Schmerzen (Nacken, Rücken, Kopf, Kiefer, Oberarme), mit «Zungenkrampf» und mit hoher Anspannung (ICD-10: F45.8); Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73); Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (ICD-10: Z56); andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10: Z63). Sie erhoben zusätzlich zu den bereits genannten Diagnosen eine Osteochondrose der Wirbelsäule im Zervikalbereich. Zum Zeitpunkt des Austritts habe der Versicherte bei noch leicht vorhandener Erschöpfungssymptomatik eine Verbesserung des Selbstverständnisses und des Selbstwirksamkeitserlebens angegeben. Bis zum 12. April 2022 sei der Versicherte zu 40 % arbeitsunfähig (IV-act. 75-2 ff.).

A.f Nachdem die RAD-Ärztin am 21. Mai 2022 zum Schluss gekommen war, dass eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich sei, informierte der Versicherte die IV-Stelle am 7. Juni 2022 darüber, dass er seit Juni 2022 probeweise zu 80 % arbeite und er daher davon ausgehe, dass sich die Begutachtung erübrige. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten mit, das Verfahren bezüglich Begutachtung vorerst zu sistieren (IV-act. 80). Mit einer Verfügung vom 24. Oktober 2022 wies die IV-Stelle das Begehren um Ausrichtung einer Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ab (IV-act. 90).

A.g Im Juni 2023 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle wegen chronischer Müdigkeit, Schwäche, Muskel- und Gelenkschmerzen, Verspannungen, Krämpfe, Depression und ADHS zum



Leistungsbezug an. Er gab an, er sei seit dem 5. Mai 2023 zu 40 % arbeitsunfähig (IV-act. 105; zur Arbeitsunfähigkeit vgl. auch IV-act. 98). Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt des Versicherten, berichtete am 19. Juni 2023, dass der Versicherte Phasen, in denen es deutlich besser gehe, und Phasen von starker Müdigkeit habe. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % könne nur realisiert werden, weil der Versicherte in seiner Arbeitsgestaltung frei sei. Er sei insbesondere in der Konzentration eingeschränkt. Zudem entstünden bei längerem Sitzen oder Stehen (> 1 Stunde) Nacken- und Rückenschmerzen (IV-act. 122). Die Ärzte der Klinik für Kardiologie des KSSG hatten im November 2022 notiert, dass beim Versicherten eine symptomatische ventrikuläre Extrasystolie vorliege. Er dürfe sich jedoch uneingeschränkt körperlich belasten (IV-act. 127). Im August 2023 wurden mehrere bildgebende Untersuchungen durchgeführt. Die kernspintomographische Untersuchung der Hals- und Brustwirbelsäule zeigte eine im Vergleich zur Voruntersuchung unveränderte Halswirbelsäule mit geringgradigen mehrsegmentären Chondrosen C2/3 bis C5/6 und einer geringgradigen Osteochondrose C6/7 mit breitflächiger Diskusprotrusion (IV-act. 150). Die kernspintomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule zeigte eine kleinvolumige medio-links-laterale Diskushernie im Segment L4/5, nun die Nervenwurzel von L5 links minimal tangierend, noch von fraglichem Krankheitswert bei geringgradiger Chondrose L4/5, dies bei vormals (Juli 2021) kleinvolumiger medio-links-lateraler Diskusprotrusion. Ausserdem zeigten sich weiterhin geringgradige degenerative Veränderungen der Iliosakralgelenke (ISG; IV-act. 149). Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie, für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt anlässlich der Untersuchung vom 15. September 2023 fest, dass die laborchemische Untersuchung und die ergänzende Bildgebung eine entzündliche rheumatologische Grunderkrankung bzw. die Neigung dazu mit leichter humoraler Aktivität ergeben hätten. Die chronische Entzündung sei ausreichend kompensiert worden, bis eine Erschöpfung eingetreten sei. Nach der Etablierung der Erschöpfungssymptomatik habe sich zunehmend auch die muskuloskelettale Beschwerdesymptomatik im Rahmen der entzündlichen rheumatologischen Grunderkrankung gezeigt (IV-act. 147).

A.h Der RAD notierte am 17. Oktober 2023, dass die Akten Hinweise für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Versicherten enthielten. Während der Versicherte vom 1. Juni 2022 bis zum 4. Mai 2023 ein Pensum von 80 % habe umsetzen können, bestehe seit dem 5. Mai 2023 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 153). In somatischer Hinsicht hielt der RAD fest, dass bei diversen bildgebenden Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule keine objektiven Befunde und Funktionsstörungen vorlägen, die auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinweisen würden. Aus kardialer Sicht sei der Versicherte voll körperlich belastbar. Die rheumatologischen Angaben seien nicht geeignet, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (IV-act. 154).



A.i Am 8. November 2023 attestierte Dr. E.____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (IV-act. 157). Der RAD hielt am 6. Dezember 2023 fest, dass aufgrund der Unterlagen vor allem von quantitativen und qualitativen Einschränkungen der kognitiven und emotionalen Dauerbelastbarkeit auszugehen sei. Für die Einordnung des Schweregrads sei eine gezielte neuropsychologische Diagnostik erforderlich (IV-act. 159).

A.j In ihrem Bericht vom 4. Februar 2023 (richtig: 2024) stellte die Psychologin G.____, die den Versicherten seit dem 27. Juni 2023 psychotherapeutisch behandelt hatte, die folgenden Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), psychosomatischer Symptomkomplex mit multiplen Schmerzen (Nacken, Rücken, Kopf) (ICD-10: F45.8), ADHS (ICD-10: F90.0). Differentialdiagnostisch führte sie an, dass sich aufgrund der stetig zunehmenden Antriebsschwäche und der zunehmenden Niedergeschlagenheit des Versicherten auch eine Dysthymie vermuten lasse. Die Kriterien seien zum aktuellen Zeitpunkt jedoch nicht hinreichend erfüllt. Der Versicherte zeige sich sehr therapiemotiviert und auch willig, Anregungen direkt umzusetzen und auszuprobieren. Mithilfe von individuellen Wochenplänen mit Protokoll zu Stimmung und Energielevel mit bewusster Einplanung von Pausen, Aktivitäten (Spazieren, Schreiben, Herausgabe seines neuen Buches, Tierliebe, Glaube an Gott) und dank positiver Sozialkontakte, Übungen zur inneren Abgrenzung sowie der Kommunikation von Belastungsgrenzen habe er eine Entlastung erlebt. Durch die Veröffentlichung seines Buches «Mit ganzer Kraft schwach» erlebe er aktuell weniger eine Entlastung als Versagensängste und Scham, sich mit seiner Schwäche der Öffentlichkeit zu zeigen. Allerdings könne er nach erneuter Reflexion den möglichen Gewinn des Buches für andere Menschen sehen. Aufgrund seiner fortbestehenden reduzierten Belastbarkeit habe er mit seiner Frau beschlossen, die Leitung des ICF auf Oktober 2024 abzugeben, was zu Grübeln, Selbstzweifel und Niedergeschlagenheit führe sowie Zukunftsängste verstärke (IV-act. 180).

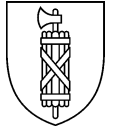
A.k Die neuropsychologische Untersuchung im Auftrag der IV fand am 19. und 20. Februar 2024 am KSSG statt. Dr. phil. H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, kam zum Schluss, dass der Versicherte bezogen auf ein Pensum von 100 % als selbständiger Pastor und Leiter einer Freikirche zu 40 % arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit (Tätigkeit mit gut strukturiertem Tagesablauf mit von aussen geplanten und vorgegebenen Arbeitsplänen mit aktiven Phasen von 60 Minuten, unterbrochen durch eine zehnminütige Pause; Abwechslung zwischen visuell und auditiv belastenden Tätigkeiten) sei aus neuropsychologischer Sicht bei einem Pensum von 100 % von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdenuvalidierung sei im Selbstbericht unsicher. Die kognitive Performanzvalidierung sei unauffällig. Die testinternen Befunde und die Konsistenz zum ICF-Test seien auffällig. Es sei davon auszugehen, dass ein Teil der Resultate nicht valide sei, weswegen kein Gesamtschweregrad ermittelt werde. Aus neuropsychologischer Sicht bestünden Hinweise für ein subkortiko-frontales Störungsmuster mit fehlender funktionaler Verbindung zwischen subkortikalen



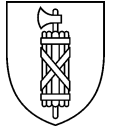
Wahrnehmungs-/Gedächtnis- und frontalen motorischen und Handlungsarealen. Es zeichne sich ein stark überaktives und somit dysfunktionales Frontalhirnsystem ab. Das Einnehmen einer mittleren und gleichmässigen Aktivierungs-, Antriebs-, Verhaltens- und Selbstregulation fehle oft, wobei es in der zweiten Untersuchung am Nachmittag zu einer deutlich ausgeglichenen Mitarbeit diesbezüglich gekommen sei. Eine hirnorganische Ursache scheine möglich, stehe jedoch eher nicht im Vordergrund. Es ergäben sich, soweit aus neuropsychologischer Sicht beurteilbar, eher Hinweise für funktionell-psychogene Störungen (IV-act. 169-2 ff.). Ausgehend von dieser neuropsychologischen Beurteilung erachtete der RAD-Arzt den Einbezug eingliederungs- und/oder berufsberatungsfachlicher Angaben als angezeigt. Aktuell sei weiterhin von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen. Möglicherweise sei für Eingliederungsmassnahmen vorübergehend ein geschützter Rahmen in Betracht zu ziehen (IV-act. 172).

A.I Am Assessmentgespräch vom 25. März 2024 gab der Versicherte an, er arbeite täglich etwa eine Stunde. Er versuche, sein Pensum von 30 % zu leisten. Am Vortag habe er in privater Angelegenheit ein Interview im Rahmen eines Gottesdiensts geführt, welches ihn sehr ermüdet habe. Für dieses Interview habe er zwei Tage «Vor-Erholungszeit» einplanen und sich von seiner Ehefrau begleiten lassen müssen. Der Versicherte erklärte, dass er sich keine zusätzlichen Abklärungen der IV wünsche, weil ihn dies zusätzlich zu sehr belaste. Die Eingliederungsverantwortliche notierte, dass der Versicherte beim Gehen und generell in der Motorik verlangsamt sei. Das Sitzen bereite ihm sichtlich Mühe. Den Kopf habe er zur Entlastung an die Wand angelehnt. Er habe stark bedrückt gewirkt und sich nicht dazu in der Lage gesehen, an einer Integration teilzunehmen. Er erachte sich in keiner Weise als arbeitsfähig und wünsche sich eine IV-Rente (IV-act. 184). Am 4. April 2024 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sein Begehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde (IV-act. 186). In der Folge recherchierte die IV-Stelle im Internet. Sie stiess auf Videos und Beiträge des Versicherten. Sie erfuhr, dass er am 22. Februar 2024 in einer Bücherei ein eigenes Buch («Mit ganzer Kraft schwach») präsentiert hatte. Sie nahm Bilddokumente und Filmausschnitte zu den Akten (vgl. IV-act. 187, 198). Am 30. September 2024 führte die IV-Stelle ein Standortgespräch mit dem Versicherten und verfasste hierzu einen «Wahrnehmungsbericht» (IV-act. 211, 216 f.). Es folgte eine weitere Internetrecherche (vgl. IV-act. 246). Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen gab die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag (IV-act. 262).

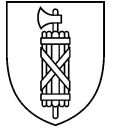
A.m Am 19. Juni 2025 erstattete die SMAB AG das polydisziplinäre Gutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Neuropsychologie. Der internistische Sachverständige konnte keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben (IV-act. 281-62 f.). Auch die rheumatologische Sachverständige konnte keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen erheben. Sie führte aus, dass die laborchemischen Parameter im August 2023 für Entzündungen unauffällig gewesen seien (vgl. IV-act. 152). In der Bildgebung hätten



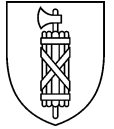
sich keine entzündlichen Manifestationen gezeigt. Insbesondere in der Kernspintomographie hätten aktive Entzündungsparameter gefehlt (vgl. IV-act. 149 ff.). Die Enthesen seien sonographisch im Beinbereich (Knie und Achillessehne beidseits) ebenfalls unauffällig gewesen. Auch in der Hüfte habe es keine Entzündungszeichen wie ein Erguss oder eine Synovitis gegeben (vgl. IV-act. 148). Demnach habe weder laborchemisch noch bildmorphologisch oder klinisch ein sicherer Hinweis für das Vorliegen einer Entzündungskonstellation vorgelegen. Lediglich gewisse Genmarker seien positiv nachgewiesen worden, unter anderem auch für eine Psoriasis vulgaris, die jedoch bis zur Begutachtung dermatologisch nicht bestätigt worden sei. Plausible und valide Untersuchungsbefunde, welche die Diagnosen der axialen Erkrankungen, die in der Spondyloarthritis bzw. in sämtlichen möglichen anderen entzündlichen Diagnoseauflistungen genannt würden (Morbus Crohn, Psoriasis vulgaris oder rheumatoide Arthritis etc.), fehlten. Zum Begutachtungszeitpunkt habe keines der Gelenke eine Rötung, eine Überwärmung, eine Ergussbildung oder eine Kapselschwellung aufgewiesen. Das Achsenskelett sowie die grossen und kleinen peripheren Gelenke seien gut beweglich ohne Bewegungseinschränkung oder Funktionsdefizite gewesen. Einzig die Erschöpfbarkeit sei für den Versicherten limitierend. Gelenkinstabilitäten oder eine neuroradikuläre Ausfallsymptomatik hätten gefehlt. Die symmetrischen Krafttests hätten sich seitengleich auf sehr gutem Niveau präsentiert. Die seitenvergleichende Umfangmessung habe auch keine pathologische Differenz gezeigt, weshalb die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Eine muskuläre Dekonditionierung habe gefehlt (symmetrisches Muskelkorsett ohne atrophe oder hypotrophe Muskelpartien). Eine rheumatoide Arthritis habe weder anhand der Aktenlage noch anhand der Laborchemie oder der Bildgebung bis dato nachgewiesen werden können. Der Versicherte habe gemäss der Aktenlage klinisch nie eine periphere Arthritis manifestiert. Im Rahmen der Anamneseerhebung habe der Versicherte explizit Schwellungen verneint. Ohne eine Arthritis am Körper liege keine rheumatoide Arthritis vor, denn eine solche sei das Basiselement für diese Grunderkrankung. Für eine axiale Spondyloarthritis fehle die klassische entzündliche Bildgebung und der Nachweis von HLA B 27. Die Kernspintomographien seien hinsichtlich einer Sakroiliitis, Romanus-Läsion oder Anderson-Läsion unauffällig gewesen. Auch eine periphere Spondyloarthritis in Form von Gelenksarthritiden habe in der damals im Sommer 2023 durchgeführten Sonographie nicht nachgewiesen werden können. Gemäss der Aktenlage ebenfalls nicht objektiviert worden seien eine Daktylitis oder Enthesitis. Demnach hätten sowohl für eine axiale als auch für eine periphere Spondyloarthritis die Basiselemente gefehlt. Solche habe der Versicherte zudem weder anlässlich der Begutachtung noch retrospektiv im Krankheitsgeschehen beschrieben. Es habe lediglich ein Genmarker laborchemisch nachgewiesen werden können. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass bei fehlender Klinik, fehlender Bildmorphologie und nicht erhöhten Entzündungsparameter (weder gemäss Aktenlage noch anlässlich der Begutachtung) keine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung vorliege. Hingegen hätten die aktuellen Bilder der Wirbelsäule und der ISG eine moderate Spondylarthrose L4-S1 und eine initiale Osteochondrose L5/S1



bei flachbogiger linkskonvexer Thorakalskoliose mit mehrsegmentären Spondylosen thorakal und einer Streckfehlhaltung der Halswirbelsäule mit fortgeschrittener Osteochondrose C6/C7 und fortgeschrittener Unkovertebralarthrose C5-C7 sowie geringen cervicalen Spondylarthrosen gezeigt. Schliesslich seien die Kriterien für ein Fibromyalgiesyndrom (knapp) erfüllt. Das Fibromyalgiesyndrom sei jedoch keine Krankheit, die eine absolute Arbeitsunfähigkeit begründe. Vielmehr handle es sich dabei um einen syndromalen Zustand, demzufolge die Betroffenen leichter Schmerzen empfinden würden als andere. Dem sei bei der Formulierung des Belastungsprofils Rechnung zu tragen. Dem Versicherten seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen möglich. Aufgrund der cervicalen Osteochondrosen und Unkovertebralarthrose seien Überkopfarbeiten nicht repetitiv möglich. Insbesondere eine ständige Kopfkinklation sei ungünstig. Deshalb sei dem Versicherten aus rheumatologischer Sicht die bisherige Tätigkeit als Pastor uneingeschränkt möglich. Es bestünden keine rheumatologischen Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (IV-act. 281-82 ff.). Die neurologische Sachverständige notierte, dass zum aktuellen Zeitpunkt die Kriterien für die Diagnose ME/CFS nicht im erforderlichen Umfang erfüllt seien (IV-act. 281-100). Aktuell bestünde vor allem eine subjektive Fatigue mit kognitiven Beschwerden, die sich nicht objektivieren liessen. Das Videomaterial zeige, dass der Versicherte sein Aktivitätsniveau regulieren und über längere Zeit aufrechterhalten könne. Die ihr gegenüber geschilderte Lärm- und Lichtempfindlichkeit lasse sich zumindest bei den Bühnenauftritten nicht nachvollziehen (IV-act. 281-101). Dennoch handle es sich bei den Aufnahmen um statische Momentaufnahmen, die zudem noch ausserhalb des Ursprungscontextes bestünden. Deren Aussagekraft sei daher «sehr begrenzt» und erlaube aus neurologischer Sicht «keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit» des Versicherten (IV-act. 281-97). Aus rein neurologischer Sicht sei der Versicherte in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig; es bestünden keine Funktionseinschränkungen. Die chronische Fatigue (ICD-10: R53.83) wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 281-103 f.). Die neuropsychologische Sachverständige führte aus, die Dokumentation der IV-Stelle zu den Auftritten und Aktivitäten des Versicherten belege aus neuropsychologischer Sicht, dass er in den alltagsrelevanten Fertigkeiten im Bereich der Sprache, der Kommunikation und des Gedächtnisses nicht gestört sei. Er könne Affekt-, Antriebs-, Verhaltens- und Selbstregulation an die jeweilige Situation anpassen und ein mittleres bis hohes Aktivierungsniveau stabil über Stunden einnehmen. Es bestehe eine Diskrepanz zu den «subjektiv multiplen vor allem kognitiven, unspezifischen somatischen und Schmerzbeschwerden». Es persistierten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, welche aus neuropsychologischer Sicht als nicht valide beurteilt werden könnten. Aufgrund der auffälligen Symptomvalidierung im kognitiven Bereich könnten keine validen Aussagen zu möglichen neuropsychologischen Diagnosen – auch nicht zu Art und Ausmass von einzelnen kognitiven Funktionsstörungen oder zu Auffälligkeiten in der Affekt-, Antriebs-, Verhaltens- und Selbstregulation – gemacht werden (IV-act. 281-125 f.). Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei nicht möglich (IV-act. 281-127). Schliesslich konnte auch der



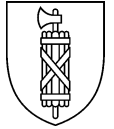
psychiatrische Sachverständige keine Diagnosen mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf die von der externen Gutachterin der Krankentaggeldversicherung med. pract. C.____ erhobene Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung (histrionisch und/oder narzisstisch) bzw. die differentialdiagnostisch erhobene Persönlichkeitsauffälligkeit im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung ergeben. Zwar bestünden leichte histrionische Züge. Diese seien jedoch nur als Persönlichkeitsvariante zu werten. Gegen eine Persönlichkeitsstörung oder eine relevante Persönlichkeitsakzentuierung spreche insbesondere auch das sehr gute psychosoziale Funktionsniveau, das der Versicherte über viele Jahre erreicht habe (IV-act. 281-49). Auch die von pract. med. C.____ gestellte Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) könne nicht bestätigt werden. Ebenfalls nicht gefolgt werden könne der von der behandelnden Psychotherapeutin erhobenen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zumal kurze Zeit vor der Diagnosestellung durch sie, nämlich im Januar 2023, eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei (IV-act. 281-49). Allenfalls sei von einer leicht ausgeprägten chronisch-depressiven Verstimmung im Sinne einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) auszugehen. Diese wirke sich jedoch – wie das ADHS – nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 281-50). Der Verlauf sei durch erhebliche Inkonsistenzen erschwert beurteilbar. Insgesamt schätze er, «dass eine gewisse Problematik, im Sinne vermehrter Erschöpfung, Depressivität durchaus [vorliege]», der Versicherte diese aber erheblich ausweite und überbetone (IV-act. 281-50). Hinsichtlich der Referenzkontexte «bisherige Tätigkeit» und «leidensadaptierte Tätigkeit» bestünden keine Fähigkeitsstörungen im Mini-ICF (IV-act. 281-51). Interdisziplinär hielten die Sachverständigen fest, dass sich im Rahmen der aktuellen Begutachtungen erhebliche Inkonsistenzen und Ungereimtheiten gezeigt hätten, passend auch zu den Ergebnissen der vorangegangenen Internetrecherchen mit Fotodokumentation der IV-Stelle. Die vom Versicherten beklagten erheblichen Einschränkungen der Belastbarkeit und der Kognition mit einer Alltagsrelevanz liessen sich aktuell nicht nachvollziehen. Objektiv bestünden keine alltagsrelevanten kognitiven oder exekutiven Defizite. Nach Abzug der Beschwerdenüberhöhung und -ausweitung ergebe sich in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die Sachverständigen formulierten das Belastungsprofil wie folgt: «Vor dem Hintergrund des ADHS sind sehr monotone Tätigkeiten nicht geeignet. Auch ausgesprochen konflikthafte Tätigkeiten (Beispiel: Beschwerdemanagement) sollten vermieden werden. Somatisch: Leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen sind möglich, ein Überkopparbeiten ist nicht repetitiv möglich vor dem Hintergrund der zervikalen Osteochondrosen und Unkovertebralarthrose, vor allem eine ständige Kopfkliniation ist ungünstig. Ein Hinknien, ein Kauern, ein Hocken, ein Leitern und Treppen besteigen ist hingegen möglich» (IV-act. 281-12 ff.). Der RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 23. Juni 2026 fest, dass die Gutachter keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen beschrieben hätten. Da keine Arbeitsunfähigkeit habe belegt werden können, verzichte er auf eine nähergehende Erörterung. Insbesondere in den Fachbereichen



Neurologie, Neuropsychologie, Rheumatologie und Psychiatrie seien Auffälligkeiten in der Konsistenz und Plausibilität beschrieben worden (IV-act. 286). Am 24. Juni 2025 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Begehrens um eine IV-Rente in Aussicht (IV-act. 288). Dagegen liess der Versicherte einen Einwand erheben (IV-act. 301, 305). Er reichte dabei Stellungnahmen von Ärzten (IV-act. 305-7 ff.) und Berichte von Freunden ein (IV-act. 305-20 ff.). Mit einer E-Mail vom 19. September 2025 liess der Versicherte weitere medizinische Berichte einreichen (IV-act. 309 ff.). Die zuständige RAD-Ärztin führte aus, dass diese nicht geeignet seien, die gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu ziehen, da keine Befunde oder Funktionseinschränkungen geltend gemacht würden, die zum Begutachtungszeitpunkt nicht bekannt gewesen oder nicht berücksichtigt worden seien. Die angekündigte Untersuchung in der Neuropsychologie des Zentrums für ambulante Rehabilitation der Klinik J.____ müsse aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht abgewartet werden, da diese keinen Einfluss auf das kognitive Funktionsniveau habe, welches zum Zeitpunkt der Begutachtung vorgelegen habe. Mit einer Verfügung vom 24. September 2025 nahm die IV-Stelle zum Einwand Stellung und wies das Begehren des Versicherten um die Ausrichtung einer Rente ab (IV-act. 319).

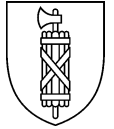
B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 27. Oktober 2025 eine Beschwerde erheben. Er beantragte die Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei bei asim Begutachtungsinstitut in Basel ein Gerichtsgutachten einzuholen und danach neu über die ihm zustehenden Leistungen aus IVG zu entscheiden. Subeventualiter sei die Angelegenheit zur Einholung eines Gutachtens beim asim Begutachtungsinstitut Basel an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, dass im psychiatrischen Teilgutachten die Vorakten nur ungenügend gewürdigt worden seien, dass sich der psychiatrische Sachverständige nicht substantiiert mit der Diagnose CFS/ME auseinandergesetzt habe und dass das psychiatrische Teilgutachten mehrere Diskrepanzen (etwa in Bezug auf das Verhalten des Beschwerdeführers während der Begutachtung) aufweise (act. G 1-9 ff.). Die neuropsychologische Sachverständige habe mit mehreren Aussagen den Anschein der Voreingenommenheit erweckt. Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb sie von nicht validen Ergebnissen ausgegangen sei, während sie weder eine Aggravation noch eine ungenügende Mitwirkung des Beschwerdeführers dokumentiert habe. Gleichzeitig sei nicht schlüssig, dass sich der psychiatrische Sachverständige bei der Annahme, die geltend gemachte Erschöpfungssymptomatik sei nicht nachvollziehbar, massgebend auf die Ergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachtens abgestützt habe, obwohl die Ergebnisse als nicht valide qualifiziert worden seien (act. G 1-12 f.). Die Schlussfolgerung in den Teilgutachten in den Fachdisziplinen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie, wonach die Erschöpfungssymptomatik tatsächlich nicht so ausgeprägt sei, wie sie der



Beschwerdeführer präsentiert habe, basiere im Wesentlichen auf dem neuropsychologischen Teilgutachten sowie den Internetrecherchen der Beschwerdegegnerin. Die Ergebnisse dieser Recherchen (Predigten, Interviews) seien jedoch anlässlich der Begutachtung nicht genauer thematisiert worden. Zudem sei ausser Acht gelassen worden, dass die Ergebnisse der Internetrecherchen nur kurze Momentaufnahmen und nicht repräsentativ für die Leistungsfähigkeit im Alltag bzw. in einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt seien. Die vom Beschwerdeführer ausgeübten Aktivitäten stünden aufgrund der eingehaltenen Modalitäten (Pausen etc.) nicht im Widerspruch zum geltend gemachten Ausmass der Erschöpfungssymptomatik. Vielmehr habe der Beschwerdeführer leitliniengerecht (Pacing) gehandelt (act. G 1-14 ff.). Wie Dr. F.____ ausgeführt habe, sei das rheumatologische Teilgutachten in wesentlichen Punkten methodisch und fachlich mangelhaft und daher nicht geeignet, eine belastbare Beurteilung der Diagnose, der Behandlung und der Leistungsfähigkeit vorzunehmen. Insbesondere seien die nachgewiesenen Neurotransmitter-Autoantikörper (M3/M4, $\beta 1$, $\beta 2$) nicht berücksichtigt worden (act. G 1-17 f.). Zusammenfassend leide das SMAB-Gutachten an erheblichen methodischen und inhaltlichen Mängeln (act. G 1-20). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie die angekündigte neuropsychologische Untersuchung in der Klinik J.____ nicht abgewartet habe (act. G 1-21 f.). Im Übrigen habe die ebenfalls vor Erlass der Verfügung angekündigte Untersuchung in der Klinik für Neurologie des KSSG eine «frontal betonte kortikale Atrophie» (Schwund Hirnvolumen) gezeigt, welche am ehesten im Rahmen des chronischen Fatigue-Syndroms gewertet worden sei (act. G 1-22). Am 5. Januar 2026 reichte der Beschwerdeführer den in der Beschwerde angekündigten Bericht der neuropsychologischen Untersuchung des Zentrums für ambulante Rehabilitation der Klinik J.____ vom 3. Oktober 2025 (act. G 6.1) und eine Stellungnahme desselben Zentrums vom 15. Dezember 2025 zum neuropsychologischen Gutachten der SMAB AG (act. G 6.2) ein. Zudem beantragte er die Übernahme der für die Stellungnahme angefallenen Kosten in Höhe von Fr. 1'200.– (act. G 3) durch die Beschwerdegegnerin.

B.b Am 19. Februar 2026 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie an, das Gutachten erfülle die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Beweiskraft einer medizinischen Entscheidungsgrundlage. Im Umstand, dass im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchungen in der Klinik J.____ im Gegensatz zur neuropsychologischen Begutachtung keine auffällige Symptomvalidierung im kognitiven Bereich mehr festgestellt worden sei, sei kein Indiz zu sehen, das Zweifel an der Zuverlässigkeit des SMAB-Gutachtens zu begründen vermöge. Die neuropsychologische Abklärung stelle lediglich eine Zusatzuntersuchung dar. Es bleibe grundsätzlich Aufgabe der psychiatrischen oder allenfalls der neurologischen Fachperson, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Im SMAB-Gutachten hätten der psychiatrische Gutachter und die neurologische Gutachterin je eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus ihrer Fachdisziplin vornehmen können, obwohl die



neuropsychologische Gutachterin aufgrund einer auffälligen Symptomvalidierung im kognitiven Bereich die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht beurteilen können. In diesem Rahmen sei den neurologischen und psychiatrischen Gutachterpersonen gegenüber der neuropsychologischen Gutachterin die abschliessende Beurteilungskompetenz zugekommen (act. G 8).

B.c Am 11. März 2026 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und nahm Stellung zu den Vorbringen der Beschwerdegegnerin (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin teilte am 16. März 2026 mit, dass sie an ihrem Rechtsbegehren auf Abweisung der Beschwerde festhalte (act. G 12).

Erwägungen

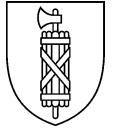
1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2025 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich nach der verbindlichen Abweisung des Begehrens um berufliche Eingliederungsmassnahmen vom 4. April 2024 (vgl. IV-act. 186) auf die Prüfung des im Juni 2023 eingereichten Rentenbegehrens und damit auf die Frage beschränkt, ob der Beschwerdeführer frühestens ab dem 1. Dezember 2023 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Auch in diesem Beschwerdeverfahren ist folglich ein Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Dezember 2023 zu prüfen.

2.

2.1 Da es sich bei der Anmeldung im Juni 2023 um eine sogenannte Wiederanmeldung gehandelt hat, ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zurecht darauf eingetreten ist (vgl. IV-act. 153; vgl. Art. 87 Abs. 3 IVV). Dies ist dann der Fall, wenn es dem Beschwerdeführer gelungen war, im Rahmen seiner Wiederanmeldung eine relevante Sachverhaltsveränderung seit der letzten Abweisung des Rentenanspruchs glaubhaft zu machen. Den massgebenden Vergleichszeitpunkt hierfür bildet das Datum der Eröffnung der rentenabweisenden Verfügung, also der 24. Oktober 2022 (vgl. IV-act. 90).

2.2 «Glaubhaft» gemacht im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV ist eine Tatsache nicht erst dann, wenn sie überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist. Es reicht bereits, wenn wenigstens gewisse Anhaltspunkte für die geltend gemachte Tatsache bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass eine eingehende Sachverhaltsabklärung zu einem anderen Beweisergebnis führen könnte (vgl. etwa RENÉ WIEDERKEHR, N 61 zu Art. 43 mit Hinweisen, 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]). Andererseits reicht es nicht aus, eine bestimmte Tatsache bloss zu behaupten. Die Tatsachenbehauptung muss durch Indizien so belegt werden, dass bei der Beweiswürdigung ein ausreichender Grund zur Annahme besteht, die Behauptung könne durchaus zutreffen. Praxisgemäss wird die Hürde tief angesetzt. In der Regel wird ein Hinweis in einem medizinischen Bericht auf eine Veränderung des Gesundheitszustands (z.B. neue Diagnose, neue bildgebende Befunde o.Ä.) als ausreichend qualifiziert.

2.3 Der RAD hat am 17. Oktober 2023 festgehalten, dass der Beschwerdeführer vom 1. Juni 2022 bis zum 4. Mai 2023 zu 80 % arbeitsfähig gewesen sei. Seit dem 5. Mai 2023 bestehe hingegen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Es bestünden daher Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands (IV-act. 153-2). Dieser Ansicht ist zu folgen: Dem Beschwerdeführer war es gelungen, kurz vor der rentenabweisenden Verfügung vom 24. Oktober 2022 sein Arbeitspensum auf 80 % zu steigern (vgl. IV-act. 80, 82). Ab dem 5. Mai 2023 hatte ihm sein Hausarzt eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 98). Offensichtlich war der Beschwerdeführer demnach wieder in der Lage gewesen, ein höheres Pensum zu bewältigen, ehe es erneut zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen war. Die praxisgemäss tief anzusetzende Hürde für das Glaubhaftmachen einer Sachverhaltsveränderung ist damit gemeistert worden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuansmeldung vom Juni 2023 eingetreten ist.

3.

3.1 Für einen allfälligen Rentenanspruch ist massgebend, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind. Dafür sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Von einem Administrativgutachten eines versicherungsexternen medizinischen Sachverständigen darf nur abgewichen werden, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.2 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung und das Gericht 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 Gericht zusätzliche Abklärungen stets dann



vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Kommentar ATSG-LENDERS, N 87 ff. zu Art. 61).

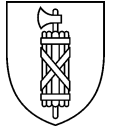
3.3 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, hat das Gericht im Sozialversicherungsrecht seinen Entscheid nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 125 V 193 E. 2).

4.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob das Gutachten der SMAB AG als solches und dessen einzelnen Teilgutachten beweiskräftig ist bzw. sind.

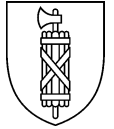
4.1 Das internistische Teilgutachten beruht auf einer persönlichen und umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers. Der Sachverständige hat sich eingehend nach der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers erkundigt (IV-act. 281-57 ff.). Er hat den Beschwerdeführer fachärztlich untersucht und die klinischen Befunde erhoben (IV-act. 281-60 f.), die es ihm erlaubt haben, objektive, d.h. von der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers losgelöste, Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit zu ziehen. Der internistische Sachverständige hat ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer während der Untersuchung kooperativ gezeigt habe. Für eine Fatigue-Problematik könnten internistischerseits keine wegweisenden Diagnosen festgemacht werden. Aus internistischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 281-62 ff.). Die ermittelten Untersuchungsergebnisse sind überwiegend wahrscheinlich richtig und die darauf gestützt abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugt.

4.2 Die neurologische Sachverständige hat den Beschwerdeführer persönlich und umfassend untersucht (IV-act. 281-97 ff.) und ihn nach seiner subjektiven Sicht befragt (IV-act. 281-93 ff.). Sie hat dargelegt, dass sich die vom Beschwerdeführer beschriebene Fatigue nicht organisch begründen lasse. Hierzu hat sie sich auf die in den Akten vorhandenen medizinischen Berichte gestützt, gemäss denen eine neurologische Erkrankung habe ausgeschlossen werden können (zerebral bildgebend unauffälliger Befund [vgl. IV-act. 36-7]; kein organischer Hintergrund gemäss der schlafmedizinischen Abklärung [vgl. IV-act. 53-6 ff.]; keine Hinweise auf eine neuromuskuläre Erkrankung [vgl. IV-act. 46-2, 62-7]; IV-act. 281-101 f.). Ihre von den KSSG-Ärzten abweichende Einschätzung (vgl. IV-act. 226), dass die Kanadischen Konsenskriterien für die Diagnose CFS/ME beim Beschwerdeführer nicht erfüllt seien (IV-act. 281-99 f., 281-101), hat sie damit begründet, dass jene rein subjektive Aspekte berücksichtigt hätten (IV-act. 281-103). Die neurologische Sachverständige hat zur Beurteilung der Konsistenz und der Plausibilität neben der Verhaltensbeobachtung anlässlich der Begutachtung auch das



Videomaterial herangezogen und kritisch gewürdigt. Sie hat insbesondere dessen Bedeutung relativiert: Es handle sich ausschliesslich um statische Momentaufnahmen, weshalb deren Aussagekraft «sehr begrenzt» sei und aus neurologischer Sicht «keine Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit» des Beschwerdeführers erlaube (IV-act. 281-97). Mangels im damaligen Zeitpunkt vorliegender objektivierbarer Befunde ist ihre Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer aus rein neurologischer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 281-103 f.), nachvollziehbar. Problematisch ist jedoch, dass am 10. Juni 2025, d.h. nach der Begutachtung, jedoch noch vor dem Verfügungserlass durch die Beschwerdegegnerin, am HOCH (ehemaliges KSSG) eine zerebrale kernspintomographische Untersuchung durchgeführt worden ist, welche neue objektive Befunde ergeben hat, nämlich eine Abnahme des Hirnvolumens (IV-act. 311-3: «Volumetrisch sind die Hirnvolumina des gesamten Hirns unter Betonung der grauen Substanz und frontal beidseits unterhalb der Altersnorm»). Die Beschwerdegegnerin hat diesen Bericht dem RAD vorgelegt. Dieser hat festgehalten, mit höchster Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass dieser organische Befund bereits zum Zeitpunkt der gutachterlichen Abklärung vorgelegen habe. Hierfür hat der RAD auf die Teilgutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie und Neuropsychologie verwiesen (IV-act. 316-3). Diese Erläuterungen des RAD überzeugen aus zwei Gründen nicht: Erstens war der genannte Befund der neurologischen Sachverständigen nicht bekannt. In ihrem Teilgutachten ist diese ausdrücklich davon ausgegangen, dass kein objektivierbarer Befund vorgelegen hatte, was der damaligen Aktenlage entsprach (vgl. oben und IV-act. 36-7). Die Grundlage, gestützt auf welche die neurologische Sachverständige die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben hat, entspricht folglich nicht dem medizinischen Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses. Zweitens haben das psychiatrische und das neuropsychologische Teilgutachten die erhobenen Funktionseinschränkungen als nicht valide qualifiziert (vgl. untenstehende Erwägungen). Daraus folgt, dass das neurologische Teilgutachten auf einem unvollständigen Sachverhalt beruht und demnach die Anforderungen an die Beweiskraft nicht erfüllt.

4.3 Die rheumatologische Sachverständige hat sich ausführlich nach der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers erkundigt (IV-act. 281-69 ff.) und anhand der aktenkundigen sowie anhand der eigenen Untersuchungen die klinischen Befunde erhoben (IV-act. 281-74 ff.). Sie hat sich intensiv mit den vorhandenen Akten (Kernspintomographie, Sonographie, klinischen Dokumentation) auseinandergesetzt. Die diesbezüglichen Erläuterungen scheinen – soweit für medizinische Laien beurteilbar – an sich schlüssig. Zur Beurteilung herangezogen hat sie insbesondere auch die laborchemischen Ergebnisse. Was diese anbelangt, kann von medizinischen Laien wie das Versicherungsgericht jedoch nicht abschliessend beurteilt werden, ob der rheumatologischen Sachverständigen zu folgen ist. Das Laborteam hatte ausdrücklich eine «HLA-Assoziation mit rheumatoider Arthritis» notiert aufgrund des Nachweises eines «shared epitope» (IV-act. 152-5), was auch die neurologische Sachverständige erwähnt hat (IV-act. 281-83). Für medizinische Laien scheint



dies eine Aussage-gegen-Aussage-Situation zu sein, die von einer unabhängigen, dritten Fachperson beantwortet zu werden braucht. Demzufolge erreichen die Diagnosestellung und die darauf abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht das notwendige Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

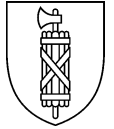
4.4 Das neuropsychologische Teilgutachten beruht auf einer persönlichen und umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers. Auch die neuropsychologische Sachverständige hat sich vertieft nach der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers erkundigt (IV-act. 281-119 ff.) und mehrere Tests durchgeführt (IV-act. 281-122 f.). Sie hat festgehalten, dass aus neuropsychologischer Sicht aufgrund der auffälligen Symptomvalidierung im kognitiven Bereich keine validen Aussagen zu möglichen neuropsychologischen Diagnosen, auch nicht zur Art und zum Ausmass von einzelnen kognitiven Funktionsstörungen oder zu Auffälligkeiten in der Affekt-, Antriebs-, Verhaltens- und Selbstregulation, gemacht werden könnten (IV-act. 281-126). Damit stehen jedoch die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht mit dem notwendigen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Zusätzlich weckt auch der abweichende und äusserst ausführliche Bericht der Klinik J.____ Zweifel an der Zuverlässigkeit der neuropsychologischen Untersuchung. Die Neuropsychologen der Klinik J.____ haben nämlich eine mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung erhoben (ICD-10: F06.7) und hierzu Folgendes ausgeführt: «Im Zentrum des Störungsbildes stehen eine deutlich reduzierte Belastbarkeit und schnelle Erschöpfbarkeit, die sowohl testdiagnostisch als auch mit Fragebögen und im klinischen Eindruck bestätigt werden konnten. Affektive Auffälligkeiten im Sinne erhöhter Depressionswerte wurden ebenfalls festgestellt. Auf kognitiver Ebene zeigten sich in Zusammenhang mit der Fatigue bzw. Fatigabilität vor allem Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsfunktionen – insbesondere eine deutlich reduzierte visuo-verbale Geschwindigkeit, leichte Einschränkungen bei der Daueraufmerksamkeit, eine schwankende Aufmerksamkeitsaktivierung mit teilweise deutlicher Instabilität und leicht verminderte Leistungen bei der geteilten Aufmerksamkeit und der kognitiven Flexibilität. Zudem traten vereinzelt Auffälligkeiten im Bereich des Gedächtnisses (deutlich: Wiedererkennen von komplexen verbalen Informationen) und der exekutiven Funktionen (leicht: Kategorisierungsfähigkeit) auf. Die Performanz- und Symptomvalidierung ergaben keine Hinweise auf Aggravation oder simulierte Beschwerden. Das Leistungsprofil ist authentisch, die subjektive Schilderung konsistent mit der objektiven Testleistung und dem klinischen Eindruck. Die vorliegenden Befunde sprechen gemäss den Kriterien von Frei et al. (2016) für eine mittelgradige neuropsychologische Störung, bei welcher die objektiven kognitiven Einschränkungen leicht bis mittelgradig ausgeprägt sind, jedoch in Verbindung mit einer schwer ausgeprägten subjektiven Symptomatik (Fatigue, PEM, Depression) zu einer erheblichen Alltags- und Teilhabeeinschränkung führen. Die funktionelle Beeinträchtigung ist deutlich, die Belastbarkeit stark eingeschränkt» (IV-act. 332-6). Diese neuropsychologische Untersuchung in der Klinik J.____ hat in zwei Etappen stattgefunden: am 23. September 2025, d.h. ein Tag vor dem Verfügungserlass durch die



Beschwerdegegnerin, und am 30. September 2025. Bereits mit dem Einwand vom 1. September 2025 hatte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, dass eine solche neuropsychologische Untersuchung ausstehend sei (IV-act. 305-5, 309-1). Die Beschwerdegegnerin hat sich dennoch entschieden, die angefochtene Verfügung zu erlassen. Insbesondere aufgrund der Tatsache, dass das neuropsychologische SMAB-Teilgutachten explizit festgehalten hatte, die Ergebnisse der eigenen Untersuchung seien nicht valide, hätte die Beschwerdegegnerin in Erfüllung ihrer Abklärungspflicht die Resultate der neuen neuropsychologischen Untersuchung abwarten müssen. Massgebend ist der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses und nicht, wie der RAD angegeben hat (IV-act. 316-3), der Begutachtungszeitpunkt. Die Neuropsychologen der Klinik J.____ haben sich in einer Stellungnahme mit dem neuropsychologischen SMAB-Teilgutachten auseinandergesetzt und aufgezeigt, dass je nach verwendeter Methode die Testergebnisse unterschiedlich zu beurteilen seien. Die Sachlage dürfte demnach komplexer sein, als von der neuropsychologischen SMAB-Sachverständigen dargelegt. Die Neuropsychologen der Klinik J.____ haben insbesondere die Bedeutung der Internetrecherchen der Beschwerdegegnerin relativiert und aufgezeigt, dass das Profil einer dynamischen Störung der Belastbarkeit und Regulationsfähigkeit entspreche. Typischerweise seien kognitive Basisfunktionen unter optimalen Bedingungen (kurze Dauer, hohe Motivation, medikamentöse Unterstützung) weitgehend intakt. Dies erkläre die guten Einzelleistungen in Tests und bei öffentlichen Auftritten. Die kognitive Belastbarkeit (Fatigability) sei jedoch deutlich reduziert. Die Fähigkeit, Leistung über längere Zeit aufrechtzuerhalten oder nach Anstrengung zu regenerieren, sei erheblich gestört. Dies zeige sich im Alltag und habe sich auch in der eigenen Untersuchung (Leistungsabfall) und in der Anamnese («crash» nach Anstrengung) gezeigt (IV-act. 332-16). Wie schon hinsichtlich des rheumatologischen Teilgutachtens handelt es sich hierbei um eine Diskussion, deren Beurteilung Fachwissen, über welches die Mitglieder des Versicherungsgerichtes nicht verfügen, erfordert. Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass der Vorwurf des Beschwerdeführers, die neuropsychologische Sachverständige sei voreingenommen gewesen, unbegründet ist. Die vom Beschwerdeführer kritisierte Aussage («Die Wirkungen dieser Auftritte waren bewusst und beabsichtigt: Der VP benutzt die eigene Krankheit, um sich als Gottesmann mit einer sehr besonderen vertrauensvollen Gottesbeziehung darzustellen, anders als gängige christliche Überzeugungen, um von sich Höhen und Tiefen des Stark- und Schwachseins zu zeigen, aber auch damit Aufmerksamkeit zu erregen und im Mittelpunkt zu stehen»; IV-act. 281-118) hat die neuropsychologische Sachverständige in ihrer Eigenschaft als neuropsychologische Fachperson getätigt, weshalb davon auszugehen ist, dass sie fachlich begründbar ist. Zusammenfassend weist das neuropsychologische Teilgutachten mehrere Schwachstellen auf, sodass es den Sachverhalt nicht mit dem notwendigen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Auf das neuropsychologische Teilgutachten kann demnach nicht abgestellt werden.

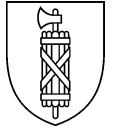


4.5 Der psychiatrische Sachverständige hat den Beschwerdeführer zu mehreren Themen befragt (IV-act. 281-40 ff) und psychiatrisch untersucht (IV-act. 281-45 ff.). Seine Ausführungen, dass keine Persönlichkeitsstörung oder eine relevante Persönlichkeitsakzentuierung vorliege (IV-act. 281-49), sind plausibel, in sich schlüssig und überzeugend. Bezüglich der von der behandelnden Psychotherapeutin erhobenen rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, hat der psychiatrische Sachverständige festgehalten, dass dieser Einschätzung nicht gefolgt werden könne, zumal kurze Zeit vorher, nämlich im Januar 2023, eine Anpassungsstörung diagnostiziert worden sei (IV-act. 281-49). Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend gemacht hat, hätte der psychiatrische Sachverständige bemerken müssen, dass sich bei der Datierung des Berichts der behandelnden Psychotherapeutin ein Tippfehler eingeschlichen hatte. Der Bericht kann nicht vom 4. Februar 2023 datieren, da die Behandlung, wie im selben Bericht angegeben, erst im Juni 2023 aufgenommen worden war. Die zeitliche Komponente alleine genügt demnach nicht, um die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu verneinen. Allerdings erscheinen die weiterführenden Ausführungen, nämlich dass der Beschwerdeführer keinen Verlust von Interesse und Freude und keine typische depressive Antriebsstörung im Sinne eines Motivationsmangels, sondern gar das Gegenteil beschrieben habe, plausibel. Dass demnach eine leicht ausgeprägte chronisch-depressive Verstimmung einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) vorliege, erscheint insofern nachvollziehbar und überzeugend. Hinsichtlich der Diagnose eines ADHS (ICD-10: F90.0) haben keine Unstimmigkeiten bestanden, weshalb keine Ausführungen hierzu nötig sind. Der psychiatrische Sachverständige hat schliesslich erwogen, dass er die von der externen Gutachterin der Krankentaggeldversicherung erhobene Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0), gekennzeichnet durch schnelle geistige Ermüdbarkeit und körperliche Erschöpfung, nicht bestätigen könne. Begründet hat er dies damit, dass sich die Diagnose im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerdeangaben stützen, die – insbesondere aufgrund des aktuellen neuropsychologischen Teilgutachtens – einer objektiven Überprüfung nicht standhalte. Diese Ausführungen sind nicht überzeugend. Med. pract. C.____ hatte in ihrem Gutachten ausführlich dargelegt, weshalb sie der Ansicht sei, dass der Beschwerdeführer an einer Neurasthenie leide. Im Gegensatz dazu hat der psychiatrische SMAB-Sachverständige nicht konkret dargelegt, weshalb er der Diagnose nicht zugestimmt hat. Insbesondere genügt hierfür ein Verweis auf das mangelhafte neuropsychologische Teilgutachten nicht (vgl. auch den allgemeinen Hinweis des psychiatrischen Sachverständigen, der Beschwerdeführer habe hinsichtlich seiner Beschwerden einen beschwerdebetonenden, theatralischen Eindruck gemacht habe, was zur «hochgradig auffällig[en]» Performanzvalidierung in der neuropsychologischen Untersuchung passe [IV-act. 281-48]). Welche subjektive Beschwerdeangaben halten welcher objektiven Überprüfung nicht stand und weshalb nicht? Die pauschale Aussage des psychiatrischen Sachverständigen liefert keine Antwort auf diese wesentliche Frage. Eine Neurasthenie wäre jedoch, wie dies med. pract. C.____ damals festgehalten hatte, durchaus geeignet, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beeinflussen. Der Schlussfolgerung des psychiatrischen SMAB-Sachverständigen, dass keine Diagnosen mit einer



Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen und dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, kann aufgrund der fehlenden Begründung hinsichtlich der Diagnose einer Neurasthenie nicht gefolgt werden. Schliesslich ist zu Recht darauf hingewiesen worden, dass sich die Beobachtungen des psychiatrischen Sachverständigen zum Verhalten des Beschwerdeführers widersprechen. Der psychiatrische Sachverständige hat nämlich einerseits festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach etwa 25 Minuten über eine ausgesprochene Erschöpfung geklagt und sich hingelegt habe. Unter anderem aus dieser Beobachtung hat der psychiatrische Sachverständige abgeleitet, dass sich der Beschwerdeführer theatralisch verhalten habe. Andererseits hat der psychiatrische Sachverständige wenige Zeilen später notiert, dass der Beschwerdeführer «ohne zwischenzeitliches Aufstehen und/oder Herumgehen» auf dem Patientenstuhl verblieben sei (IV-act. 281–45 f.). Dieser Widerspruch lässt sich so nicht nachvollziehen und ist erklärungsbedürftig. Zusammenfassend überzeugt das psychiatrische Teilgutachten mangels ausreichender medizinischer Begründung nicht hinsichtlich der Diagnosestellung. Damit erweist sich auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung als nicht überzeugend. Hinzu kommen Widersprüche in den Beobachtungen während der Begutachtung. Auf das psychiatrische Teilgutachten kann demnach nicht abgestellt werden.

4.6 Zusammenfassend erweist sich der massgebende medizinische Sachverhalt in mehrfacher Hinsicht als ungenügend ermittelt. Die Diagnosestellungen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen in den Teilgutachten in den Fachdisziplinen Neurologie, Rheumatologie, Neuropsychologie und Psychiatrie erfüllen das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht. Folglich überzeugt auch die interdisziplinäre Gesamtarbeitsfähigkeitsschätzung nicht. Die Beschwerdegegnerin hat also zu Unrecht auf die Gesamtarbeitsfähigkeitsschätzung abgestellt. In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin – wie schon der psychiatrische Sachverständige – die objektive Beweislast umgekehrt hat, indem sie die aufgrund des suboptimalen Leistungsverhaltens des Beschwerdeführers nicht validen Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung in gesetzwidriger Weise so ausgelegt hat, dass beim Beschwerdeführer keine kognitive Einschränkung bestehe. Falls feststehen würde, dass der Beschwerdeführer Leistungen der Invalidenversicherung zu Unrecht erwirkt oder zu erwirken versucht hat (Art. 7b Abs. 2 lit. c IVG) oder der IV-Stelle die Auskünfte nicht erteilt hat, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt (Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG), so hätte die Beschwerdegegnerin nach Art. 7b Abs. 3 IVG vorzugehen. Diese Bestimmung konkretisiert im Sinne des Verhältnismässigkeitsprinzips, dass beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen seien. Die Beschwerdegegnerin hätte also (unter anderem, aber nicht nur) abzuklären gehabt, wie schwer das (allfällige) Verschulden des Beschwerdeführers an der ungenügenden Sachverhaltsabklärung gewogen hatte, bevor sie diesem entsprechend die Leistungen vorübergehend oder dauernd hätte verweigern dürfen. Das Vorgehen der



Beschwerdegegnerin erweist sich demnach als rechtswidrig. An dieser Stelle ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung im Bereich der Invalidenversicherung hinzuweisen, wonach die Versicherungsgerichte grundsätzlich selbst ein Gutachten in Auftrag zu geben haben, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommen, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung allerdings zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4). Vorliegend bestehen sowohl vollständig ungeklärte Fragen als auch Aussagen, die einer Präzisierung oder Ergänzung bedürfen. Damit sind die Voraussetzungen für eine Rückweisung erfüllt. Die Sache ist zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird die erforderlichen Abklärungen durchführen, ehe sie neu verfügen wird.

5.

5.1 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). Die Rückweisung einer Sache gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.– festzusetzenden Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.– ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

5.2 Der Beschwerdeführer hat einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung. Diese 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 dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO) für Rechtsanwälte pauschal Fr. 1'500.– bis Fr. 15'000.–. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Für einen durchschnittlichen «IV-Rentenfall» wie den vorliegenden mit einem einzigen IV-Gutachten und mit Durchführung eines (auch wenn eher mageren) doppelten Schriftenwechsels wird jeweils eine Entschädigung von Fr. 4'000.– zugesprochen. Die Parteientschädigung ist demnach auf Fr. 4'000.– (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

5.3 Der Beschwerdeführer beantragt im Beschwerdeverfahren, der Beschwerdegegnerin seien die ihm entstandenen Kosten im Umfang von Fr. 1'200.– (act. G 6.3) für die Erstellung der Stellungnahme



vom 15. Dezember 2025 durch die Neuropsychologen der Klinik J.____ (act. G 6.2) aufzuerlegen (act. G 6). Vorliegend hat diese Stellungnahme konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens geliefert (vgl. vorstehende E. 4.4) bzw. dazu geführt, dass diesem kein genügender Beweiswert beigemessen werden kann. Die Kosten dafür sind demnach in Anwendung von Art. 45 Abs. 1 ATSG von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2019, 8C_27/2019, E. 7).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.– zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 600.– wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 5'200.– (einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen sowie der Kosten für die Stellungnahme vom 15. Dezember 2025 der Neuropsychologen der Klinik J.____) zu entschädigen.