



<b>Fall-Nr.:</b>	IV 2025/287
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	IV - Invalidenversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	24.06.2026
<b>Entscheiddatum:</b>	21.05.2026

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.05.2026**

**Art. 44 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV. Eintreten auf eine Neuanschuldung zum Leistungsbezug und Bestätigung des Rentenentscheids der Beschwerdegegnerin. Das polydisziplinäre Gutachten beruht auf einem umfassenden Aktenstudium sowie auf ausführlichen Befragungen und umfangreichen klinischen Untersuchungen. Auf das polydisziplinäre Gutachten darf daher abgestellt werden. Mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrads erfolgte die Abweisung des Leistungsbegehrens zu Recht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Mai 2026, IV 2025/287).**

«Entscheid als PDF»



## Versicherungsgericht

Abteilung II

**Entscheid vom 21. Mai 2026**

\_\_\_\_\_

Besetzung      Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus  
und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrice Borio

\_\_\_\_\_

Geschäftsnr.    IV 2025/287

\_\_\_\_\_

Parteien        **A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,  
Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

\_\_\_\_\_

Gegenstand     **Rente**



## Sachverhalt

### A.

**A.a** A. \_\_\_ meldete sich im Mai 2017 zum Bezug von Leistungen an. Er berichtete, dass er seit Anfang September 2013 an chronischen Kopf-, Nacken- und Gesichtsschmerzen, an einer Trigeminalneuralgie sowie an Spannungs- und Migränekopfschmerzen leide. Als erlernten Beruf gab er «Elektropraktiker» mit eidgenössischem Fähigkeitsausweis (EFZ) an (IV-act. 16). Die damalige Hausärztin nannte am 15. Juni 2017 die folgenden Diagnosen: chronische Kopf-, Kiefer, Gesichts- und Nackenschmerzen nach einer Zahnextraktion 36 mit phlegmonöser Entzündung im Masticator- und Submandibulärraum links und einer Sequetrectomie Regio 36 im Jahre 2014, Abhängigkeitssyndrom (Opioidabhängigkeit, whs. auch Pregabalinabhängigkeit), leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) im Sinne einer Erschöpfungsdepression, Opiat-Übergebrauch, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0; IV-act. 30-3). Dem Bericht legte sie unter anderem einen Kurzaustrittsbericht der Klinik B. \_\_\_ vom 16. Dezember 2016 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 18. Oktober bis zum 21. Dezember 2016 zur Behandlung der chronischen Schmerzstörung bei (IV-act. 30-4 ff.). Am 27. Juli 2017 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 42).

**A.b** Die BEGAZ Begutachtungszentrum BL GmbH (nachfolgend: BEGAZ) erstattete am 7. Mai 2018 im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres (Allgemeine Innere Medizin, Oto-Rhino-Laryngologie [HNO], Neurologie und Psychiatrie) Gutachten (IV-act. 64). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Sachverständigen einen Verdacht auf eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren sowie einen chronischen Gesichts-/Kopfschmerz bei einem Status nach einer phlegmonösen Entzündung des Mastikatoren- und Submandibulärraums links und bei einem Status nach einer Osteomyelitis am Unterkiefer links. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gaben sie einen Status nach einer depressiven Episode an (IV-act. 72-45). Der psychiatrische Sachverständige führte in seiner Beurteilung aus, der Versicherte weise eine unauffällige Anamnese auf. Seit der Behandlung eines vereiterten Zahnes im Jahre 2013 leide er unter einem chronischen Schmerzsyndrom im Kopfbereich. Hinweise auf psychosozial belastende Situationen seien nicht vorhanden. Während der Untersuchung habe der Versicherte nicht beeinträchtigt gewirkt, obwohl er angegeben habe, unter starken Schmerzen zu leiden. Eine Stimmungsbeeinträchtigung sei nicht vorhanden gewesen. Im Alltag bestünden keine Einschränkungen. Insgesamt sei der Versicherte durch den psychischen Zustand nicht beeinträchtigt. Eine Aggravation liege nicht vor. Der Versicherte leide mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer Opiatabhängigkeit, wobei es sich um eine sekundäre Abhängigkeit handle, weil er damit versuche, die chronischen Schmerzen zu bekämpfen. Ein Zurückgreifen auf die persönlichen Ressourcen sei möglich, solange die Schmerzen erträglich seien. Aus psychiatrischer Sicht liege beim Versicherten seit der Hospitalisation im Oktober 2016 eine



Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % vor. In einer alternativen Tätigkeit sei keine höhere Leistungserbringung zu erwarten (IV-act. 72-19 ff.). Der neurologische Gutachter hielt fest, die Untersuchung habe diffus ausgedehnte Druckdolenz im Bereich des Gesichtsschädels und der Schädelkalotte bei einem im Übrigen unauffälligen neurologischen Status ergeben. Das Verhalten des Versicherten sei adäquat, seine Ausführungen seien sachlich und präzise gewesen. Das hohe beklagte Schmerzempfinden sei im Habitus, in der Mimik und in der Gestik nicht ohne Weiteres im geltend gemachten Ausmass nachvollziehbar gewesen. Zwischen den im Erwerbsbereich geltend gemachten Einschränkungen und den uneingeschränkt weiter ausführbaren umfangreichen privaten Aktivitäten (8-9-Zimmerhaus mit Umschwung, Holz hacken für Holzheizung, Motorradfahren, Mitglied im Schiessverein, abendliche Restaurantbesuche etc.) habe eine Diskrepanz bestanden. Eine partielle Leistungseinschränkung von 20 % sei aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms gegeben. Diese Einschränkung gelte für sämtliche Tätigkeiten; der Beginn sei auf Januar 2017 festzulegen (IV-act. 72-37, ff. 72-47). Der HNO-Sachverständige gab in seinem Teilgutachten an, dass aus rein otorhinolaryngologischer/otoneurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe; eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen der Gesamtsymptomatik festzulegen (IV-act. 72-43). Als Ergebnis ihrer Konsensbesprechung führten die Gutachter aus, dass zusammenfassend eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen bestehe, wobei die genannten Leistungseinschränkungen von je 20 % im neurologischen und im psychiatrischen Fachbereich nicht teiladditiv seien (IV-act. 72-49). Nachdem die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Diensts (RAD) das Gutachten als plausibel und nachvollziehbar qualifiziert hatte (IV-act. 74), stellte die IV-Stelle am 16. Mai 2018 dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Abweisung des Begehrens um eine Rente in Aussicht (IV-act. 77). Dagegen liess der Versicherte einen Einwand erheben. Zur Untermauerung reichte er mehrere ärztliche Berichte ein (IV-act. 92). Die RAD-Ärztin notierte am 23. Juli 2018 im Wesentlichen, dass sich der medizinische Sachverhalt gleich wie im Gutachtenszeitpunkt präsentiere. Die eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte zeigten keine neuen medizinischen Erkenntnisse auf. Neu sei die geltend gemachte Einschränkung im Alltag, die im Widerspruch zu den Ausführungen der Gutachter stehe (IV-act. 93). Am 25. September 2018 nahmen die Sachverständigen zum Einwand des Versicherten sowie zu den nach der Begutachtung eingereichten Dokumenten Stellung (vgl. IV-act. 98).

**A.c** Der Rechtsvertreter des Versicherten brachte am 13. November 2018 vor, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich in den letzten Monaten verschlechtert (IV-act. 103). Dem beigelegten Kurzaustrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 bezüglich einer stationären Behandlung waren unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und ein Verdacht auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung zu entnehmen. Der Versicherte sei auf Funktionsebene eingeschränkt und weiterhin nur reduziert belastbar (IV-act. 104-2 f.). Der RAD-



Facharzt für Psychiatrie setzte sich mit den Diagnosen auseinander und erklärte am 30. November 2018, dass keine arbeitsfähigkeitsrelevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustands des Versicherten im Vergleich zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im April 2018 eingetreten sei (IV-act. 110). Am 5. Dezember 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 112).

**A.d** Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 25. Januar 2019 Beschwerde erheben (IV-act. 116-2 ff.). Das hiesige Versicherungsgericht kam im Entscheid IV 2019/25 vom 17. Dezember 2020 zum Schluss, dass das Gutachten der BEGAZ und die dabei aus interdisziplinärer Sicht ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in der angestammten Tätigkeit als Elektroniker überzeugend sei. Der Beschwerdeführer sei zu 20 % invalid, weshalb er keinen Anspruch auf eine Rente habe. Das Versicherungsgericht wies die Beschwerde ab (IV-act. 133).

## **B.**

**B.a** Der Versicherte meldete sich im Juli 2024 erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an. Er gab an, er sei seit Juli 2019 (gemäss Arbeitgeber-Formular seit dem 5. August 2019; IV-act. 153-1) bei der C. \_\_\_ AG mit einem Pensum von 36 % (gemäss Arbeitgeber-Formular im Pensum von 60 %; IV-act. 153-2) als Elektroniker tätig. Als Grund für seine Anmeldung nannte er chronische Kopfschmerzen, Migräne und Spannungskopfschmerzen, chronische Erschöpfung und Müdigkeit sowie psychische Leiden (IV-act. 140). Die IV-Stelle forderte die behandelnden Ärzte auf, Berichte einzureichen. Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab an, dass der Versicherte seit Februar 2019 bis auf Weiteres gemäss Attest der Hausärztin zu 40 % arbeitsunfähig sei. Laut dem Versicherten sei die Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit 60 % Leitungsfähigkeit bei einer Präsenzzeit von 60 % definiert, was eine Arbeitsfähigkeit von 36 % ergebe. Seit 2019 zeige sich ein stabiler Zustand, unterbrochen von Krisen, wenn der Versicherte an seine Belastungsgrenzen stosse. Die auslösenden Belastungen könnten aus allen Lebensbereichen erwachsen: im Beruf, wenn der Arbeitsdruck durch Ausfall von Kollegen zu gross werde, im Privatbereich, wenn er finanziell unter Druck gerate und seine Existenz gefährdet sehe. Der Versicherte identifiziere sich übermässig mit seinem Job in der Qualitätssicherung. Es komme zu Überschreitungen des Arbeitsvolumens mit nachhaltigen Erschöpfungssituationen und Schmerzkrisen. Im Privaten habe der Versicherte sehr wenig soziale Interaktionen. Ab und zu gehe er auf Anraten des Referenten in den Schützenverein. Die Motorräder, die ihm früher viel bedeutet hätten, habe der Versicherte mittlerweile verkauft, da Motorradfahren zunehmend mit den Schmerzen nicht mehr vereinbar gewesen sei. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. D. \_\_\_ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; ED seitens Referent 2019, vermutlich deutlich länger bestehend), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (DD: Persönlichkeitsänderung bei chronischer Schmerzstörung, DD: Verbitterungsstörung; ED seitens Referent 2019, vermutlich deutlich länger bestehend), ein chronifiziertes gemischt nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom mit einem



Chronifizierungsgrad Gerbershagen III (Lokalisation: Kiefer, Gesicht, Kopf) und Nackenschmerzen mit sehr hohem Analgetikabedarf aufgrund eines Status nach multiplen Zahnextraktionen, Wurzelbehandlungen, generalisierter Allodynie Nervus V 1-3 bds., Tendomyopathie der Kau-, Nacken- und Schultermuskulatur bds. sowie Spannungskopfschmerzen und Migräne an (IV-act. 172). Dr. D.\_\_\_\_ reichte zudem einen Austrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 7. September 2021 betreffend einen Klinikaufenthalt vom 21. Juni bis zum 31. Juli 2021 ein. Die Klinikärzte hatten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) erhoben. Sie hatten ausgeführt, dass der Versicherte bei Eintritt in die Klinik angegeben habe, die 60%ige Arbeitsfähigkeit kaum noch aufrechterhalten zu können. Er könne sich nicht konzentrieren und schlafe ab und zu bei der Arbeit ein. Die Klinikärzte hatten berichtet, dass im Rahmen der Therapie eine Übersicht zu den Belastungsfeldern erstellt worden sei. Wichtige Problemfelder seien dabei finanzielle Sorgen (Ablehnung IV, Finanzierung Hypothek von Haus), fehlende soziale Einbindung (Vermeidung, evtl. sozialphobische Züge), mangelnde «Selbsthygiene» (über Grenzen hinausgehen, wenig Freizeitaktivitäten, wenig Bewegung und Entspannung im Alltag) und biographische Prägungen (Erkrankung im Jugendalter, Umgang mit Eltern, Beziehung zur Schwester) gewesen. Entgegen dem BDI II als Selbstbeurteilungsinstrument habe der Versicherte im klinischen Eindruck lediglich mit einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik imponiert. Das Ergebnis des BDI II lasse sich möglicherweise dadurch begründen, dass der Versicherte einen hohen subjektiven Leidensdruck verspürt habe. Bei Klinikaustritt habe der Versicherte – verglichen mit dem Eintrittszeitpunkt – gesteigerte Vitalgefühle gezeigt. Im Vergleich zum Eintritt seien Befürchtungen im Sinne von Existenzängsten gesteigert gewesen. Nach wie vor sei das Grübeln mittelgradig ausgeprägt gewesen. Affektiv habe er leichtgradig aufgehellter und schwingungsfähiger imponiert bei subjektiv nach wie vor bestehender depressiver Verstimmung (IV-act. 174).

**B.b** Der RAD-Arzt erwog am 5. Dezember 2024, dass seit der letzten Abweisung des Rentenbegehrens etliche neue medizinische Berichte eingegangen seien. Die ihn ambulant behandelnde Schmerztherapeutin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie im Zentrum F.\_\_\_\_, habe für eine maximale Arbeitsfähigkeit von 60 % plädiert; der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ schätze die Arbeitsfähigkeit auf 36 % und rate dringend zu einer zeitnahen Teil-Berentung. Zur Klärung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und zur diagnostischen Einschätzung sei eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig (IV-act. 190).

**B.c** Die ABI Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) erstattete am 26. Mai 2025 das Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und HNO. Der allgemeininternistische Sachverständige erklärte, dass aufgrund einer COPD körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten nicht zumutbar seien. Der Befund sei weiter abzuklären und



entsprechend zu behandeln. Bei erfolgreicher Therapie resultiere daraus keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich des dyshidrotischen Ekzems bestehe für entsprechend angepasste körperlich leichte bis mittelschwere berufliche Tätigkeiten aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die psychiatrische Sachverständige konnte keine depressive Symptomatik, jedoch ein Abhängigkeitssyndrom von Opiaten und von Tabak feststellen. Es bestünden keine psychiatrischen Diagnosen mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Orthopädischerseits hielt der Sachverständige fest, dass die klar vermehrte «Beschwiegelung» an den Knien und Händen mit dem angegebenen sehr passiven Lebensstil des Exploranden keinesfalls vereinbar sei. Radiologisch seien an den Hüften Hinweise für ein mögliches linksseitiges femoroacetabuläres Impingement dokumentiert. Zusammenfassend liessen sich auf Ebene des Bewegungsapparates keine höhergradigen Veränderungen objektivieren. Myofasziale Befunde im Nacken-Schulterbereich könnten zum Teil durch eine massive Protraktionsfehlhaltung des Kopfes erklärt werden. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Der neurologische Sachverständige führte aus, dass die Diagnosen Spannungstyp-Kopfwegh und Migräne hätten bestätigt werden können. Zusätzlich sei ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz diagnostiziert worden. Es bestünden eine tendomyopathische Komponente der Kau-, Nacken- und Schultergürtelmuskulatur, eine Schmerzfehlerverarbeitung und eine Opiatabhängigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der chronischen Schmerzen eine Leistungseinschränkung von 20 %. Der HNO-Sachverständige merkte an, dass am ehesten eine postentzündliche Schmerzsymptomatik vorliege. Weitere HNO-Diagnosen hätten nicht gestellt werden können. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik bestehe eine Arbeitsfähigkeitseinschränkung in der bisherigen sowie in anderen entsprechenden Tätigkeiten von 20 % (IV-act. 204-9 f.). Im Konsens kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass der Versicherte ganztags (acht Stunden pro Tag) aufgrund einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit bei einem erhöhtem Pausenbedarf und einem reduzierten Rendement unverändert seit 2018 in seiner angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Gleiches gelte für eine ideal adaptierte Tätigkeit. Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus ORL-Sicht und aus neurologischer Sicht seien nicht zu addieren, sondern ergänzten sich, da zum Einlegen vermehrter Pausen die gleichen Zeitabschnitte verwendet werden könnten; es bestehe eine Überschneidung der Symptomatik (IV-act. 204-11 f.).

**B.d** Am 3. Juni 2025 qualifizierte der RAD das Gutachten als überzeugend (IV-act. 206). Die IV-Stelle stellte dem Versicherten am 4. Juni 2025 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Mit einer seit der letzten rechtskräftigen Abweisung des Rentenbegehrens unveränderten Restarbeitsfähigkeit von 80 % sei kein medizinischer Revisionsgrund ausgewiesen. Es sei allerdings seit dem 1. Januar 2024 ein Pauschalabzug von 10 % zu berücksichtigen. Unter Berücksichtigung dieses Abzuges ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28 % (IV-act. 208).



**B.e** Dagegen liess der Versicherte einen Einwand erheben. Im Wesentlichen liess er das Gutachten bemängeln (vgl. auch die Stellungnahme des Versicherten selbst, IV-act. 219-10 ff.). Das Gutachten stütze sich auf unwesentliche Nebenpunkte, um keine wesentliche Verschlechterung seit 2018 statuieren zu müssen. Es sei erwiesen, dass seit mindestens 2021 eine Verschlechterung eingetreten sei. Die Sachverständigen hätten die Ressourcen falsch gewürdigt; über solche verfüge er nämlich nicht. Zudem beanstandete er den Einkommensvergleich. Der Versicherte liess einen Bericht des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2025 einreichen. Darin hatte dieser ausgeführt, dass nicht erklärbar sei, weshalb die von verschiedenen behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nach ICD-10: F45.41 von den Sachverständigen verworfen worden sei. Belastende Lebensereignisse würden in den Gutachten, obwohl sie in den Anamneseerhebungen erschienen, als nicht krankheitsrelevant gewertet. Dass der Versicherte seine lebensbedrohliche körperliche Erkrankung in der Kindheit (Stevens-Johnson-Syndrom) mit Behandlungen auf den Intensivstationen nicht ausreichend dramatisch präsentiert habe, widerspreche nicht dem traumatischen Charakter des Erlebten. Er sei nicht in der Lage, zwischengeschlechtliche Beziehungen einzugehen und lebe mit seiner betagten Mutter in einem sanierungsbedürftigen, alten Bauernhaus. Der Knick in der Schullaufbahn, die anfänglichen Schwierigkeiten, in einem Beruf Fuss zu fassen, die ausgeprägte Beziehungsunfähigkeit sowie die Tatsache, dass er aus seiner schwierigen Situation trotz wiederholter therapeutischer Interventionen nicht auszubrechen vermöge, sprächen für eine manifeste Persönlichkeitsstörung. Eine suchtmedizinische Diagnose, wie sie von den Sachverständigen gestellt worden sei, liesse sich nicht anhand der ICD-10-Kriterien begründen. Dass die Sachverständigen die Müdigkeit und die Erschöpfung implizit dem hohen Opiatkonsum zugeordnet und quasi als Beleg der Dysfunktionalität der Schmerzmedikation gewertet hätten, widerspreche eindeutig der wiederholten verkehrsmedizinischen Testung am G.\_\_\_\_, in der es vor allem um Wachheit und Reaktionsfähigkeit unter Medikation gehe. Die Erschöpfung sei der beruflichen Überbelastung zuzuordnen. Dr. D.\_\_\_\_ bekräftigte, dass er nach wie vor der Ansicht sei, es liege eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % vor und dass auf absehbare Zeit keine Verbesserung zu erwarten sei (IV-act. 219-8 f.).

**B.f** Auf Anraten des RAD (IV-act. 220) wurde der Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ der Gutachterstelle zur Stellungnahme vorgelegt. Im gleichen Zuge legte die IV-Stelle der Gutachterstelle eine Stellungnahme und Ergänzungsfragen des Versicherten vor (IV-act. 219-10 ff., 223). Die psychiatrische Sachverständige und der fallführende Allgemeinmediziner führten im Wesentlichen aus, dass die anamnestischen Angaben des Versicherten in der eingereichten Schilderung von den Aussagen in der Exploration abweichen würden. So beschreibe er nun eine schwierige Zeit in der Schule. Beim Wechsel von der Sekundar- zur Kantonsschule sei ein dramatischer Leistungsabfall aufgetreten. Diese angegebene Lernschwäche könne jedoch aufgrund der Angabe des Versicherten, er sei bis zur Sekundarschule Klassenbester gewesen, nicht nachvollzogen werden. Schwierigkeiten während der Schulzeit aufgrund von Absenzen und gesundheitlichen Problemen seien jedoch nachvollziehbar. Zur



nicht erhobenen Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nach ICD-10: F45.41 merkten die beiden Sachverständigen an, dass der Versicherte anlässlich der Begutachtung von keinen erheblichen psychosozialen Belastungen berichtet habe. Stand heute würden sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben, welche die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung befürworten würde. Aus den nachträglich eingegangenen Angaben ergäben sich zwar Hinweise auf gewisse Persönlichkeitsauffälligkeiten. Allerdings lasse sich anhand der Angaben, insbesondere der Tatsache, dass bis 2013 eine weitgehend stabile Lebenssituation, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, vorgelegen habe, eine schwere psychiatrische Erkrankung, wie sie eine spezifische Persönlichkeitsstörung darstelle, nicht mit Sicherheit feststellen. Hinsichtlich Müdigkeit und Erschöpfung verwiesen die Sachverständigen auf das erheblich erhöhte CRP. Zu der gutachterlich gestellten Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung führten sie aus, dass eine Medikamentenabhängigkeit diagnostisch gemäss ICD-10 auch als psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bezeichnet und durch die Nennung der abhängigkeitsverursachenden Substanz bzw. Substanzklasse spezifiziert werde, was vorliegend erfolgt sei (IV-act. 226).

**B.g** Der RAD bestätigte am 27. September 2025, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 227). Die IV-Stelle liess die Ergebnisse der ergänzenden Abklärungen dem Versicherten zur Stellungnahme zukommen und stellte ihm in Aussicht, dass sie aufgrund der vorliegenden Unterlagen am bisherigen Entscheid festhalten werde und ihm demnach keine Rentenleistung zustehe (IV-act. 228). Nach Eingang einer weiteren Stellungnahme des Versicherten (IV-act. 229) verfügte die IV-Stelle am 20. Oktober 2025 die Abweisung des Begehrens um Ausrichtung einer Rente. Wie im Vorbescheid hielt sie fest, dass «kein medizinischer Revisionsgrund im Vergleich zum letzten Entscheid ausgewiesen» sei. Unter Berücksichtigung des seit dem 1. Januar 2024 geltenden Pauschalabzugs resultiere anhand des «Prozentvergleichs» ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad, nunmehr von 28 % (IV-act. 230).

## **C.**

**C.a** Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 19. November 2025 Beschwerde erheben (act. G 1; die Angaben mit «act. G 8» beziehen sich auf die Replik vom 25. Februar 2026). Er liess die Zusprache einer Invalidenrente von mindestens 60 % ab Januar 2025 beantragen. Eventualiter sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Zur Begründung liess er im Wesentlichen anführen, dass das Gutachten oberflächlich sei (act. G 1-5) und dass es auf der falschen Annahme beruhe, der Beschwerdeführer arbeite bereits seit 2018 im Pensum von 60 % mit 60%iger Leistungsfähigkeit (act. G 1-5 f., G 8-2). Die Ausführungen zu den Medikamenten seien nicht nachvollziehbar, da er auf diese angewiesen sei (act. G 1-6, G 8-3). Seit dem Referenzzeitpunkt



(5. Dezember 2018) sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten: Er sei langsamer und könne auch den Haushalt nicht mehr immer selber bewältigen (act. G 1-6). Auch hätten die Sachverständigen die Aufenthalte in der Klinik B.\_\_\_\_ im Jahre 2018 und 2021 nicht berücksichtigt (act. G 1-7, G 8-3) und die anamnestischen Angaben betreffend Aktivitäten nicht gewürdigt (act. G 1-11). Die Aussage der Sachverständigen, er habe nicht schmerzgeplagt gewirkt, sei nicht glaubhaft (act. G 1-7, G 8-3). Zudem habe sich die psychiatrische Sachverständige in ihrer Begründung auf die vom orthopädischen Sachverständigen erhobenen und falsch eingeordneten «Beschwiellung» an den Händen und Knien bezogen, ohne die Befunde zu verifizieren (act. G 1-11 f., G 8-3). Schliesslich liess der Beschwerdeführer den Einkommensvergleich beanstanden. Das Valideneinkommen betrage heute aufgrund der Hochrechnung des Einkommens im Jahr 2016 auf das Jahr 2025 mindestens Fr. 83'819.–. Als Invalideneinkommen sei das aktuelle Einkommen von Fr. 46'540.– jährlich heranzuziehen. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 44.5 % (act. G 1-3, G 1-5).

**C.b** Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 29. Dezember 2025 auf eine (umfassende) Beschwerdeantwort und verwies auf die Ausführungen in der Verfügung (vgl. IV-act. 230) und in der Stellungnahme Fachbereich (vgl. IV-act. 234; act. G 4). Am 25. Februar 2026 liess der Beschwerdeführer eine Replik einreichen. Er liess unverändert an die bisherigen Rechtsbegehren festhalten (act. G 8; zu den Vorbringen vgl. die Aktenverweise unter Sachverhalt C.a).

## Erwägungen

### 1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2025 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich, da die Beschwerdegegnerin aufgrund der Aussage des Beschwerdeführers, es handle sich um ein «reines Rentengesuch», keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen geprüft hat (IV-act. 190-2), auf die Prüfung des im Juli 2024 eingereichten Rentenbegehrens und damit auf die Frage beschränkt, ob der Beschwerdeführer frühestens ab dem 1. Januar 2025 (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. Januar 2025 zu prüfen.

### 2.

**2.1** Da es sich bei jener Anmeldung im Juli 2024 um eine sogenannte Wiederanmeldung gehandelt hat, ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zurecht darauf eingetreten ist (vgl. IV-act. 190). 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 5. Dezember 2018, denn das anschliessende Rechtsmittelverfahren hatte sich auf eine Überprüfung dieser Verfügung unter Berücksichtigung der Sachverhaltsentwicklung bis zum 5. Dezember 2018 beschränkt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 17. Dezember 2020, IV 2019/25, E. 1 [IV-act. 133]).

**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 Beweismwürdigung 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** Den von der Beschwerdegegnerin nach Anmeldungseingang eingeholten Berichten lässt sich unter anderem ein im Jahr 2021 knapp sechswöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik B.\_\_\_\_ entnehmen, anlässlich dessen die Ärzte neben der bereits im BEGAZ-Gutachten gestellten (Verdachts-)Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig in Form einer mittelgradigen Episode (ICD-10: F33.1), gestellt hatten. Die BEGAZ-Sachverständigen hatten im Jahr 2018 hingegen einen Status nach depressiver Episode erhoben (IV-act. 107 vs. IV-act. 72-45). Auch wenn bereits dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 13. November 2018, und damit vor Erlass der damaligen rentenabweisenden Verfügung, eine rezidivierende depressive Störung, damals in Form einer leichten Episode (ICD-10: F32.0), erhoben worden war, bestehen mit der erstmals 2021 erhobenen rezidivierenden depressiven Episode mittelgradigen Ausmasses Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Veränderung des Ausprägungsgrads der Depression ist durchaus geeignet, die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen. Es kann daher nicht von einer blossen Behauptung einer Sachverhaltsveränderung gesprochen werden. Ein weiterer Anhaltspunkt bildet der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 21. August 2024, in welchem diese ausgeführt hat, dass sich die Erschöpfungssituation in den letzten Monaten wieder deutlich verstärkt habe und sie den Beschwerdeführer als maximal zu 50 % arbeitsfähig erachte, um zu verhindern, dass er ganz aus dem



Arbeitsprozess herausfalle (IV-act. 169). Die praxisgemäss tief anzusetzende Hürde für das Glaubhaftmachen einer Sachverhaltsveränderung ist damit gemeistert worden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanschuldung vom Juli 2024 eingetreten ist.

### **3.**

**3.1** 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).

**3.2** 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).

**3.3** Eine versicherte Person hat gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann, wenn sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG 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. Bei einer nicht erwerbstätigen Person entspricht der Invaliditätsgrad gemäss dem Art. 28a Abs. 2 IVG dem Mass der Unfähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Bei einer teilerwerbstätigen Person ist der Invaliditätsgrad für den Erwerbsbereich anhand eines Einkommensvergleichs im Sinne des Art. 28a Abs. 1 IVG und für den Aufgabenbereich anhand eines Betätigungsvergleichs im Sinne des Art. 28a Abs. 2 IVG zu berechnen; die Teilinvaliditätsgrade sind entsprechend den Anteilen des Erwerbs- und Aufgabenbereichs zu gewichten und zu addieren (sog. «gemischte Methode»; Art. 28a Abs. 3 IVG). Da der Beschwerdeführer unbestrittenermassen vor Eintritt des Gesundheitsschadens zu 100 % erwerbstätig gewesen war (IV-act. 24-2, 39-1) und er mangels anderweitiger Hinweise – wie von der



Beschwerdegegnerin angenommen (IV-act. 28, 207) – im fiktiven Gesundheitsfall weiterhin zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre, ist ein «reiner» Einkommensvergleich vorzunehmen.

#### 4.

**4.1** Der Beschwerdeführer hat 2007 eine Lehre als Elektropraktiker mit EFZ-Ausweis abgeschlossen (IV-act. 16-5; seit 2009: «Automatikmonteur EFZ») und anschliessend als Elektroniker gearbeitet (IV-act. 24-2, 153-2). Die Validenkarriere des Beschwerdeführers besteht demnach in der Tätigkeit als Elektroniker. Der Beschwerdeführer geht von einem Valideneinkommen von Fr. 83'819.– aus. Dieser Betrag beruhe auf dem von ihm im Jahr 2016 erzielten Einkommen von Fr. 79'000.–, angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2025 (insgesamt + 6.1 %; act. G 1-3). Gestützt auf den statistischen Zentralwert der schweizerischen Lohnstrukturerhebungstabelle «TA1\_skill-level», 2024, Wirtschaftszweig («41-43 Baugewerbe» > «43.21.10 Elektroinstallation», vgl. NOGA 08 unter <<https://www.kubb-tool.bfs.admin.ch/de/noga/2008/4321>>, zuletzt abgerufen am 15. April 2026), Männer, Kompetenzniveau 2 (aufgrund der Ausbildung), ergibt sich unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.1 Stunden wöchentlich ein Jahreseinkommen von brutto Fr. 74'806.– (= Fr. 6'067.– x 12 / 40 x 41.1; vgl. <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnstruktur.assetdetail.36355225.html>> und <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erhebungen/bua.assetdetail.35227354.html>>, je zuletzt abgerufen am 15. April 2026). Dieser Betrag bewegt sich im Rahmen dessen, was der Beschwerdeführer gemäss Auszug aus dem individuellen Konto vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2016 an Erwerbseinkommen erzielt hat (vgl. IV-act. 23). Es kann davon ausgegangen werden, dass dies der objektiven persönlichen Erwerbsfähigkeit einer über die entsprechende Berufsausbildung verfügenden versicherten Person entspricht. Der vom Beschwerdeführer angeführte Betrag in Höhe von Fr. 83'819.– ist deshalb zu hoch. Abzustellen ist daher auf ein Valideneinkommen von brutto Fr. 74'806.–.

**4.2** Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens sind die medizinischen Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von massgebender Bedeutung. Zur Ermittlung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit hat die Beschwerdegegnerin bei der ABI eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und HNO in Auftrag gegeben. Nachfolgend ist zu prüfen, ob dem Gutachten ein ausreichender Beweiswert zukommt, d.h., ob die angegebene Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt ist. Ein Gutachten hat einen ausreichenden Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. 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. 3a).

**4.2.1** Der internistische Sachverständige hat ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer eine COPD mit stark erhöhten Entzündungswerten der Lungenfunktion bestehe. Die Befunde wiesen auf eine akute, jedoch behandelbare Infektexazerbation der COPD hin, welche vorübergehend zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Dauerhaft wirke sich die COPD qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit aus, indem körperlich stark belastende berufliche Tätigkeiten für den Beschwerdeführer ungeeignet seien. Die aktuelle Tätigkeit als Elektroniker falle nicht darunter, weshalb für diese Tätigkeit aus allgemeininternistischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Retrospektiv bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht im Verlauf jemals längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (IV-act. 204-29 f.). Aus allgemeininternistischer Sicht sei seit dem 5. Dezember 2018 keine relevante Veränderung eingetreten (IV-act. 204-31). Inkonsistenzen hätten keine bestanden (IV-act. 204-29). Diese Ausführungen sind nachvollziehbar: Ein Vergleich mit dem allgemeininternistischen BEGAZ-Gutachten zeigt, dass seit der letzten Begutachtung neu die COPD als Diagnose hinzugetreten ist, welche sich jedoch «nur» qualitativ und nicht quantitativ auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung auswirkt. Wie der internistische Sachverständige zu Recht festgehalten hat (IV-act. 204-29), haben sich die Hausärztinnen bei ihren Ausführungen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die HNO-Problematik und auf die psychische Problematik abgestützt. Der Einbezug fachfremder Diagnosen erklärt, weshalb deren Einschätzung von derjenigen des internistischen Sachverständigen abweicht.

**4.2.2** Die psychiatrische Sachverständige hat festgehalten, dass der Beschwerdeführer Konzentrationsstörungen und «Filmrisse» beklagt habe, bei der Untersuchung aber keine Hinweise für Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses feststellbar gewesen seien. Für die Dauer der Untersuchung habe die Konzentration aufrechterhalten werden können (IV-act. 204-39). Die psychiatrische Sachverständige hat sich mit dem psychiatrischen BEGAZ-Teilgutachten auseinandergesetzt, bei welcher als (Verdachts-)Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren angegeben und als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach einer depressiven Episode aufgeführt worden waren. Bezüglich der Verdachtsdiagnose einer Schmerzstörung hat die psychiatrische ABI-Sachverständige erklärt, dass die erhobene Problematik zwar an eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren denken lasse, bei fehlenden psychosozialen Belastungen zum Zeitpunkt des Beschwerdebegins jedoch keine Fehlverarbeitung eines innerseelischen Konfliktes anzunehmen sei, die zur Entstehung der Störung geführt haben könnte. Deshalb könne diese Diagnose – wie schon anlässlich der BEGAZ-Begutachtung – auch aktuell nicht mit Sicherheit gestellt werden.



Trotzdem würden Beschwerden vorliegen, die nicht rein somatisch erklärbar seien. Zur von den behandelnden Ärzten beschriebenen affektiven Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung hat die psychiatrische Sachverständige angemerkt, dass eine offenbar zumindest vorübergehend bestehende affektive Symptomatik mit depressiven Symptomen zum Untersuchungszeitpunkt nicht habe festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei nämlich euthym, und die Schwingungsfähigkeit sei ungestört gewesen. Relevante formalgedankliche oder kognitive Auffälligkeiten hätten nicht bestanden. Auszugehen sei daher von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert, ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 204-40 ff.). Schliesslich hat sich die psychiatrische Sachverständige mit den in den Akten angegebenen Persönlichkeitsauffälligkeiten (akzentuierte Persönlichkeitszüge bis hin zu einer kombinierten Persönlichkeitsstörung) beschäftigt und sich zur Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, die von Dr. D. \_\_\_ im September 2014 (richtig: 2024) gestellt worden war, dahingehend geäussert, dass diese Diagnose nie ausführlich diskutiert worden sei. Sie hat ergänzt, dass zwar anlässlich der zweiten stationären Behandlung in der Klinik B. \_\_\_ die Verdachtsdiagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung aufgeführt worden sei, sie sich offenbar jedoch nicht bestätigt habe. In der Diagnoseliste der dritten stationären Behandlung in der Klinik B. \_\_\_ sei diese Diagnose nämlich nicht mehr aufgeführt worden. Auch hätten in der Kindheit und der Jugendzeit offenbar keine relevanten Auffälligkeiten bestanden. Der Beschwerdeführer sei trotz zusätzlicher Probleme in Zusammenhang mit einer schweren körperlichen Erkrankung in der Schule und zuhause gut integriert gewesen. Er habe dann während Jahren erfolgreich gearbeitet und Beziehungen, wenn auch keine längerfristigen intimen Beziehungen, gepflegt. Er sei verschiedensten Aktivitäten, auch in Vereinen, nachgegangen. Diese Umstände sprächen gegen das Vorliegen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung. Eine mögliche Persönlichkeitsauffälligkeit im Sinne akzentuierter Persönlichkeitszüge sei durchaus möglich, würde sich jedoch nicht in einem relevanten Ausmass auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die psychiatrische Sachverständige hat sodann auf den hochdosierten Konsum von Opioidanalgetika hingewiesen, der für sie nicht nachvollziehbar sei, da offensichtlich trotz höchster Dosierung nur eine gewisse positive Wirkung auf das Schmerzerleben erreicht werde, jedoch auch Nebenwirkungen wie Müdigkeit und subjektiv Konzentrationsstörungen in Kauf genommen würden (IV-act. 204-40 f.). Dieser Einwand scheint gerechtfertigt, auch wenn nicht beurteilt werden kann, ob die Schmerzen bei einem niedrigeren Konsum zunehmen würden. Auf jeden Fall kann der Beschwerdeführer aus dieser Aussage nicht ableiten, die Sachverständige habe die Unterlagen nicht studiert (vgl. act. G 1-6, G 8-3). Abschliessend hat die psychiatrische Sachverständige keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Die Ausführungen der psychiatrischen Sachverständigen sind begründet, nachvollziehbar und plausibel. Das Schreiben von Dr. D. \_\_\_ vom 7. Juli 2025 (IV-act. 219-8 f.) vermag keine Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten zu wecken. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G 1-7, G 8-3) hat die psychiatrische Sachverständige auch die Aufenthalte in der Klinik B. \_\_\_ thematisiert und mit der «schweren



körperlichen Erkrankung» das Stevens-Johnson-Syndrom berücksichtigt. Die Einwände des Beschwerdeführers bezüglich der «Beschwiellung» (act. G 1-1 f., G 8-3), die sie nicht selber erhoben, sondern vom orthopädischen Sachverständigen ungeprüft übernommen habe, sind unbeachtlich, da das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers für das psychiatrische Teilgutachten keine massgebende Rolle gespielt hat (vgl. einzig die Aussage der Sachverständigen, wonach «[...] der Explorand [...] als kräftig und mit beschwielter Haut beschrieben [worden sei], was mit der weitgehenden Inaktivität, die er angegeben [habe], nicht zu vereinbaren [sei]»; IV-act. 204-40) und das Teilgutachten umfassend begründet ist.

**4.2.3** Im orthopädischen Teilgutachten hat der Sachverständige notiert, dass die gesamte Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen bei ausreichender Kooperation problemlos habe durchgeführt werden können. Die klar vermehrte «Beschwiellung» an Knien und Händen sei mit dem angegebenen sehr passiven Lebensstil keinesfalls vereinbar (IV-act. 204-52). Diese Aussage des Sachverständigen ist nachvollziehbar. Denn es ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass eine Zügelaktion, wie sie der Beschwerdeführer angegeben hat (IV-act. 204-50), nicht reicht, um eine «Beschwiellung» hervorzurufen. Letztlich ist die Einordnung dieser «Beschwiellung» jedoch nicht massgebend. Denn der orthopädische Sachverständige hat unabhängig davon festgehalten, dass sich auf Ebene des Bewegungsapparates keine höhergradigeren Veränderungen objektivieren liessen, dass die massive Protraktionsfehlhaltung des Kopfes klar ungünstig sei und dass diese die myofaszialen Befunde im Nacken-Schulterbereich zum Teil erklären könne. Er hat angemerkt, dass nicht-orthopädische Probleme im Vordergrund zu stehen schienen. Hinsichtlich des von Dr. E.\_\_\_\_ im Schreiben vom 21. August 2024 (vgl. IV-act. 169) genannten (jedoch weder klinisch noch radiologisch mit Befunden untermauerten) chronifizierten, gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms an Kiefer, Gesicht, Kopf und Nacken «mit sehr hohem Analgetikabedarf» sowie des Spannungskopfschmerzens und der Migräne sei zu betonen, dass aus ihnen keine relevanten orthopädischen Veränderungen hervorgehen würden (IV-act. 204-52). Es bestünden keine orthopädischen Diagnosen mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen, worunter die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers falle (IV-act. 204-52 f.). Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und plausibel. Orthopädische Befunde, die den Ausführungen widersprechen würden, sind nicht aktenkundig. Mangels eines vorbestehenden orthopädischen Teilgutachtens erübrigen sich vergleichende Ausführungen zum BEGAZ-Gutachten.

**4.2.4** Der neurologische Sachverständige hat festgehalten, dass der Beschwerdeführer von konstant vorhandenen Schmerzen im Kopf- und Kieferbereich beidseits, Verspannungen im Nacken- und Schultergürtel beidseits sowie intermittierenden Migräneattacken berichtete habe (IV-act. 204-61). Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation seien gegeben gewesen. Allerdings bestehe aus neurologischer Sicht eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den



angegebenen Beschwerden sowie deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit. Es sei von einer (chronifizierten) Schmerzfehlerverarbeitung mit Opiat-Abhängigkeit auszugehen (IV-act. 204-61). Im Grundsatz beurteile er die Gesamtsituation gleich wie die behandelnde Neurologin. Allerdings könne er die von Dr. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. August 2024 (vgl. IV-act. 169) beschriebene neuropathische Schmerzkomponente ebenso wenig nachvollziehen wie die generalisierte Allodynie V 1-3 beidseits. Der Schmerz werde weder neuropathisch beschrieben noch könne er einem bestimmten Innervationsgebiet eines Nervs zugeordnet werden. Die angegebene Gefühlsstörung im Gesicht sei im Bereich der Schmerzen lokalisiert, anatomisch aber der Kaumuskulatur und nicht einem Nervenast zuzuordnen (IV-act. 240-61). Der neurologische Sachverständige hat angemerkt, bereits im neurologischen BEGAZ-Teilgutachten sei darauf hingewiesen worden, dass sich das mit einer phlegmonösen Entzündung im Bereich des linken Unterkiefers bei Status nach Zahnextraktion mit Entwicklung einer Osteomyelitis am Unterkiefer und operativer Behandlung einhergehende Schmerzsyndrom rasch zu einem holocephalen Kopfschmerz ausgedehnt habe, was bei hoher Schmerzintensität zum Einsatz hochpotenter Analgetika bis hin zu Opiaten geführt habe. Die chronifizierten Kopf- und Gesichtsschmerzen seien auch im Bericht des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 28. Januar 2022 (vgl. IV-act. 165) festgehalten worden. Aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers liessen sich sowohl die Diagnose des Spannungstyp-Kopfwehs als auch diejenige der Migräne bestätigen. Zusätzlich liege – wie ebenfalls in den vorhandenen Akten schon angemerkt – ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz vor. In diesem Zusammenhang sei auch vom Vorliegen einer Opiatabhängigkeit auszugehen, weshalb gemäss dem Beschwerdeführer auch keine Reduktion der Schmerzmittel möglich sei. Weitere Faktoren kämen von Seiten der Kaumuskulatur und von Seiten von Verspannungen im Nacken-/Schultergürtel. Letztlich sei auch eine Überlagerung durch psychosomatische Faktoren anzunehmen. Der klinisch-neurologische Status sei unauffällig. Zusammengefasst liege ein chronifiziertes, multifaktorielles Schmerzsyndrom im Kopf-/Nackengebiet (ICD-10: R52.2, mit Spannungstyp-Kopfweh, Migräne mit Aura, Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, Opiatabhängigkeit und einer tendomyopathischen Komponente der Kau-, Nacken- und Schultergürtelmuskulatur) vor, welches sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Wegen der chronischen Schmerzen und der medikamentösen Nebenwirkungen werde eine Rendementreduktion von 20 % attestiert. Demnach sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit bei einer Präsenzzeit von 100 % zu 80 % arbeitsfähig. Es könne keine Tätigkeit genannt werden, in welcher eine höhere Arbeitsfähigkeit gegeben wäre (IV-act. 204-62 f.). Auch diese Ausführungen sind plausibel und nachvollziehbar. So hatte sich neurologischerseits bereits am 29. März 2023 ein unauffälliger Untersuchungsbefund gezeigt (IV-act. 158). Die Schmerzkomponente wird sodann auch vom neurologischen Sachverständigen nicht bestritten. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat er als weniger gravierend eingeschätzt als die behandelnde Neurologin Dr. E.\_\_\_\_ (IV-act. 167-7 f., 169). Wie allerdings schon bei dem vom Versicherungsgericht als beweiskräftig erachteten BEGAZ-Gutachten 2018 ergibt sich diese Abweichung überwiegend wahrscheinlich daraus, dass die behandelnden Ärzte



und Ärztinnen tendenziell die gesundheitliche Beeinträchtigung schwerer und die Arbeitsunfähigkeit höher einschätzen als unabhängige Gutachter.

**4.2.5** Der HNO-Sachverständige hat ausgeführt, dass die angegebene Beschwerdesymptomatik teilweise anhand von pathologischen Befunden objektiviert werden könne. Basierend auf den otorhinolaryngologischen Befunden seien die vom Beschwerdeführer angegebenen Einschränkungen nachvollziehbar (IV-act. 204-69). Die in den vorhandenen Akten des Universitätsspitals Zürich (vgl. IV-act. 5) und des KSSG (vgl. u.a. IV-act. 3, 9, 11, 57, 165) aus früheren Untersuchungen genannten Befunde könne er insofern bestätigen, als auch aktuell, d.h. bei reizlosem Lokalbefund, eine chronische Schmerzsymptomatik bestehe. Zusammenfassend bestehe somit weiterhin eine am ehesten postentzündliche chronische Schmerzsymptomatik bei Zustand nach Zahnextraktion im Bereich des Unterkiefers links, mit postoperativer Osteomyelitis, sowie phlegmonöser Entzündung. In Anbetracht dieser Diagnose sei von einer quantitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der Form von vermehrten Ruhepausen zwecks Erholung auszugehen, welche aber im Rahmen der Gesamtbeschwerdesymptomatik festgelegt werden müsse. Sowohl in der angestammten als auch in einer ideal adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % bei einer 100%igen Präsenzzeit (IV-act. 204-69 f.). Aus otorhinolaryngologischer Sicht ergebe sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit dem 5. Dezember 2018 (IV-act. 204-71; identisch das BEGAZ-Teilgutachten in IV-act. 72-42 f.). Auch diese Ausführungen sind nachvollziehbar und plausibel. Abweichende Berichte sind nicht aktenkundig.

**4.2.6** Die Teilgutachten in den einzelnen Fachdisziplinen beruhen auf einer persönlichen und umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers. Die Sachverständigen haben sich eingehend nach seiner subjektiven Sicht erkundigt (IV-act. 204-26 ff., 204-33 ff., 204-46 ff., 204-56 ff., 204-67). Anhand von fachärztlichen Untersuchungen haben sie die klinischen Befunde erhoben (IV-act. 204-28, 204-39, 204-49 ff., 204-59, 204-68), die es ihnen erlaubt haben, objektive, d.h. von der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers losgelöste, Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu ziehen. Die einzelnen Teilgutachten erweisen sich nach dem Gesagten als überzeugend und nachvollziehbar. Es bestehen keine Indizien, die gegen deren Zuverlässigkeit sprechen würden. Die in den Teilgutachten angegebenen Diagnosen sind überwiegend wahrscheinlich richtig und die gestützt darauf abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen vermögen zu überzeugen. Nichts anderes ergibt sich für die interdisziplinäre Beurteilung, wonach die Gesamtarbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer ideal adaptierten Tätigkeit mit 80 % aufgrund einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduzierten Rendement zu beziffern sei. Die Sachverständigen haben ausgeführt, dass sich die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer und HNO-Sicht nicht addieren, sondern ergänzen würden, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden könnten. Es liege eine



Überschneidung der Symptomatik vor (IV-act. 204-11). Diese Erklärung ist plausibel. Das Gesamtgutachten berücksichtigt die vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Es ist beweiskräftig, womit der RAD in den Beurteilungen vom 3. Juni (IV-act. 206) und 27. September 2025 (IV-act. 227) darauf abstellen durfte. Auszugehen ist demnach von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei einer Präsenzzeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit sowie in ideal adaptierten Tätigkeiten.

### 4.3

**4.3.1** Da der Beschwerdeführer derzeit weiterhin als Elektroniker erwerbstätig ist, ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf seinen jetzigen Verdienst, hochgerechnet auf ein Pensum von 80 %, abzustellen. Gemäss den Angaben des Arbeitgebers beträgt der Lohn bei einem Pensum von 60 % jährlich Fr. 46'540.– brutto. Hochgerechnet auf ein Pensum von 100 % ergibt dies einen jährlichen Lohn von gerundet Fr. 77'567.– brutto. Interdisziplinär haben die Sachverständigen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Präsenzzeit von acht Stunden täglich attestiert (IV-act. 204-11). Sie haben den Beschwerdeführer demnach für 32 Stunden in der Woche als vollständig arbeitsfähig erachtet. Da der jährliche Bruttolohn gemäss Arbeitgeberauskunft auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 43.1 Stunden beruht, ist er nicht mit 80 %, sondern mit 75 % zu multiplizieren, weil 32 Stunden einem Pensum von 75 % entsprechen. Das Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf jährlich Fr. 58'175.– brutto (bei 80 % wären es gerundet Fr. 62'053.–).

**4.3.2** Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV bei der Ermittlung des Invalideneinkommens einen pauschalen Abzug von 10 % vorgenommen. Per 1. Januar 2024 hat der Verordnungsgeber eine neue Regelung geschaffen, die bei der Anwendung der statistischen Tabellenlöhnen unabhängig von den Umständen des konkreten Einzelfalls einen pauschalen Abzug von 10 % vorsieht (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 Satz 1 IVV). Mit dieser neuen Regelung hat der Verordnungsgeber offenkundig einzig das Ziel verfolgt, den Abklärungsaufwand der IV-Stellen zu reduzieren, denn die Festsetzung des Tabellenlohnabzuges nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV erfordert keinerlei Abklärungsaufwand und könnte sogar vollständig automatisiert erfolgen. Allerdings bedeutet das notwendigerweise, dass der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) bezüglich der Frage nach dem Tabellenlohnabzug im konkreten Einzelfall ausgeschaltet wird. Zudem dürfte, wenn der entsprechende Sachverhalt dennoch ermittelt würde, der Grundsatz der freien Beweiswürdigung nicht zur Anwendung kommen, denn Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV würde unabhängig vom Ergebnis der Sachverhaltsermittlung zur Berücksichtigung eines pauschalen und damit fiktiven Tabellenlohnabzuges von entweder 10 % oder aber 20 % (vgl. Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 Satz 2) zwingen. Folglich hebt Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV für einen Teil der Invaliditätsbemessung elementar wichtige Grundsätze des Verwaltungsverfahrensrechts aus. Zudem verstösst er in einer krassen Weise gegen das verfassungsmässig vorgeschriebene Gleichbehandlungsgebot, denn er zwingt dazu, Ungleiches nicht nach Massgabe seiner Ungleichheit



ungleich zu behandeln, sondern alle nur denkbaren Fälle über einen Kamm zu scheren. Eine gesetzliche Grundlage für diese vom Verordnungsgeber erlassene verfassungs- und gesetzwidrige Regelung existiert nicht. Der allgemeine Vollzugsauftrag in Art. 86 Abs. 2 IVG kann den Verordnungsgeber nicht ermächtigt haben, von der gesetzlichen Regelung zur Bemessung der Invalidität dergestalt abzuweichen, dass sowohl der Untersuchungsgrundsatz als auch der Grundsatz der freien Beweiswürdigung missachtet und der Invaliditätsgrad nach einer nicht seiner Konzeption entsprechenden Methode berechnet werden müssten. Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV erweist sich damit als gesetz- und verfassungswidrig, weshalb ihm die Anwendung versagt bleiben muss. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass bereits die frühere, per 1. Januar 2022 eingeführte Verordnungsregelung betreffend den Tabellenlohnabzug, die weitestgehend der aktuellen Regelung entsprochen hat, vom Bundesgericht als gesetzwidrig qualifiziert worden war (BGE 150 V 410), nachdem das Bundesgericht bereits in einem früheren Urteil dem Tabellenlohnabzug «überragende Bedeutung» bei der Invaliditätsbemessung zugeschrieben hatte (BGE 148 V 174). Folglich müssen nicht nur über den 31. Dezember 2021, sondern auch über den 31. Dezember 2023 hinaus die «alten» rechtsprechungsgemässen Grundsätze für die Festsetzung des Tabellenlohnabzuges unter Berücksichtigung sämtlicher massgebender Umstände des konkreten Einzelfalls zur Anwendung gelangen (vgl. BGE 150 V 410).

**4.3.3** Fraglich ist, ob der Beschwerdeführer den für den vorliegend ermittelten Lohn in Höhe von jährlich Fr. 58'175.– brutto entsprechenden ökonomischen Mehrwert generieren können. Nach der ständigen Praxis der Abteilung II rechtfertigt sich vorliegend ein Abzug, weil davon ausgegangen werden muss, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht mit demselben ökonomischen Erfolg verwerten kann wie eine gesunde, im selben Pensum tätige Person. Der Beschwerdeführer kann nur einen unterdurchschnittlichen ökonomischen Mehrwert generieren, da die indirekten Lohnkosten und die Lohnnebenkosten überdurchschnittlich hoch sind, sodass für den Arbeitgeber nur ein unterdurchschnittlicher «Arbeitsmehrwert» resultiert. Ein strikt betriebswirtschaftlich operierender, also ganz bewusst keinen Soziallohn ausrichtender Arbeitgeber wird das nicht hinnehmen, sondern diese «Einbusse» auf den Beschwerdeführer überwälzen, indem er ihm nur einen unterdurchschnittlichen Lohn bezahlt, sodass für den Arbeitgeber im Ergebnis ein durchschnittlicher «Arbeitsmehrwert» resultiert. Ein potentieller Arbeitgeber müsste bei einer Beschäftigung des Beschwerdeführers unter anderem in Kauf nehmen, dass der Beschwerdeführer verglichen mit einer gesunden, in einem Pensum von 80 % tätigen Person vermehrt ausfallen würde etwa aufgrund intermittierender Migräneattacken. Ebenso würde der Beschwerdeführer aus Sicht eines ökonomisch denkenden Arbeitgebers einen Arbeitsplatz den ganzen Tag besetzen, jenen aber nur zu 80 % mit der Erzielung eines ökonomischen Mehrwertes «auslasten». Der potentielle Arbeitgeber müsste zudem ein überdurchschnittlich hohes Risiko für krankheitsbedingte Absenzen und Leistungsschwankungen einkalkulieren. Nach der ständigen Praxis der Abteilung II des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen rechtfertigen diese



Einschränkungen einen Abzug von 10 %. Es resultiert demnach ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 50'418.–.

**4.4** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'806.– und einem Invalideneinkommen von 50'418.– resultiert eine Erwerbseinbusse von gerundet Fr. 24'388.–. Dies entspricht einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33 %. Die Beschwerdegegnerin hat demnach das Begehren um Ausrichtung einer Rente zu Recht abgewiesen.

## **5.**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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<sup>bis</sup> IVG). Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.– festzusetzenden Gerichtskosten sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen. Sie sind mit dem von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.– zu verrechnen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

## **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

### **2.**

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.– zu bezahlen; diese sind durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.– gedeckt.

### **3.**

Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.