



Fall-Nr.:	IV 2025/64
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	01.10.2026
Entscheiddatum:	25.08.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 25.08.2026

Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87 Abs. 2 IVV. Rentenerhöhungsgesuch. Gestützt auf das medizinische Verlaufsgutachten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs nicht anhaltend verändert hat. Damit liegt kein Revisionsgrund vor. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. August 2026, IV 2025/64). Beim Bundesgericht angefochten.

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung II

Entscheid vom 25. August 2026

Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus
und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr. IV 2025/64

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei Daniel
Küng, Rorschacher Strasse 150, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Rentenrevision (Erhöhung)**



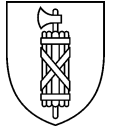
Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im Mai 2012 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, er habe keinen Beruf erlernt. Zuletzt sei er zu 100 % als Lagermitarbeiter tätig gewesen. Dr. med. B.____, Ambulatorium Psychiatrisches Zentrum C.____, berichtete der IV-Stelle am 17. Mai 2013, dass der Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode leide und auf dem ersten Arbeitsmarkt aktuell zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 64). Am 26. März 2014 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie, monodisziplinär begutachtet. Dr. D.____ hielt im Gutachten vom 30. Mai 2014 (IV-act. 100) fest, dass die Diagnosekriterien einer rezidivierend depressiven Störung von schwerer und mittelschwerer Ausprägung im Wechsel erfüllt seien. Nach einem nunmehr seit mindestens zwei Jahren mit mittelschweren und schweren depressiven Episoden stattfindenden Krankheitsverlauf seit dem Jahr 2011 könne von einer langfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % ausgegangen werden. Die Ausübung einer Tätigkeit sei, abhängig vom Verlauf der depressiven Episoden, sehr schwankend zu erwarten.

A.b Mit Verfügung vom 16. Februar 2015 (IV-act. 122, 129) sprach die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 46 % rückwirkend ab dem 1. Dezember 2012 eine Viertelsrente zu. Zur Begründung hielt sie fest, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Maschinenbediener im Versand sowie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Ohne Gesundheitsschaden könnte er in einem 100 %-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 57'200.-- erzielen. Unter Berücksichtigung des Gesundheitsschadens sei er gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) in der Lage, bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 31'135.-- zu verdienen. Nachdem die Rechtsvertreterin die IV-Stelle am 1. April 2015 darüber informiert hatte, dass sie die Rentenverfügung nicht erhalten habe (IV-act. 131 f.), erliess die IV-Stelle am 2. April 2015 eine neue, inhaltlich identische Verfügung (IV-act. 137). Gegen die Verfügung vom 2. April 2015 liess der Versicherte Beschwerde erheben (IV-act. 136-2 ff.). In Gutheissung der Beschwerde hob das Gericht die Verfügung vom 2. April 2015 mit Entscheid vom 20. November 2017 (IV 2015/122) auf und sprach dem Versicherten für die Zeit ab 1. Dezember 2012 eine halbe Rente, ab 1. März 2014 eine ganze Rente und ab 1. September 2014 eine halbe Rente zu (IV-act. 155; siehe auch die Verfügungen vom 31. August 2018, IV-act. 166 ff.; der ausführliche Sachverhalt ist dem Entscheid IV 2015/122 vom 20. November 2017, IV-act. 155-2 ff., zu entnehmen).

B.



B.a Am 14. April 2022 liess der Versicherte durch die Procap St. Gallen-Appenzell (nachfolgend: Procap) ein Rentenrevisionsgesuch stellen (IV-act. 191). Er liess geltend machen, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache im August 2018 verschlechtert habe. Es bestünden neue Diagnosen (Thrombose im Schädel, Hirninfarkt, Epilepsie mit einer damit einhergehenden mittelgradigen neuropsychologischen Störung). Zudem sei er immer wieder über mehrere Wochen in der Psychiatrischen Klinik E.____ hospitalisiert gewesen. Am 3. Mai 2018 hatte der Versicherte eine Thrombose des Sinus sagittalis superior sowie einer Brückenvene links parietal, Verdacht auf Thrombosierung einer Brückenvene auch rechts parietal mit konsekutivem Stauungsinfarkt und sekundärer Einblutung links parietal und akut symptomatische epileptische Anfälle erlitten (Austrittsbericht des KSSG vom 18. Mai 2018, IV-act. 218). Vom 16. Mai 2018 bis zum 7. Juli 2018 war er in der Rehaklinik F.____ hospitalisiert gewesen (Austrittsbericht vom 19. Juli 2018, IV-act. 217). Beim Rehaaustritt hatten noch eine leichte kognitiv-kommunikative Sprachstörung sowie neuropsychodiagnostisch eine leichte bis mittelschwere kognitive Störung mit Schwerpunkten in der Aufmerksamkeit, im verbalen Kurzzeitgedächtnis und im deduktiven Denken bestanden. Dr. med. G.____ und med. pract. B.____ von der Psychiatrie St. Gallen H.____ hatten der Procap am 10. November 2021 berichtet (IV-act. 195), dass der Verlauf sehr wechselhaft mit schwankender Symptomatik sei. Wegen suizidaler Gedanken sei es immer wieder zu stationären sowie teilstationären Eintritten gekommen. In Anbetracht des bisherigen Verlaufs zeige sich eine deutliche Chronifizierung der Depression. Der Versicherte sei auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurochirurgie, hatte der Procap am 17. Januar 2022 berichtet, dass der Versicherte aus neurochirurgischer Sicht wegen eines therapieresistenten Panvertebralsyndroms mit neuropsychischen Komponenten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Eine neuropsychologische Abklärung im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) vom 18. März 2022 (IV-act. 193) hatte eine mittelgradige neuropsychologische Störung mit mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen und mittelschweren Auffälligkeiten in der Antriebs-, Affekt- und Verhaltensregulation gezeigt. Dr. phil. J.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, hatte in ihrem Bericht vom 23. März 2022 festgehalten, dass bei einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung von einer arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit von 30-50 % auszugehen sei. Dem Anhang des Untersuchungsberichts war zu entnehmen, dass die Fachpsychologin drei Symptomvalidierungsverfahren durchgeführt hatte. RAD-Psychiater Dr. med. K.____ notierte am 1. Juni 2022 (IV-act. 226-9 ff.), dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich und anhaltend verändert habe.

B.b Dr. med. L.____, Allgemeine Innere Medizin, berichtete der IV-Stelle am 10. Juni 2022 (IV-act. 231-2 f.), dass bei ihm aktuell keine medizinische Behandlung erfolge. Einem Untersuchungsbericht des KSSG vom 12. April 2018 (IV-act. 231-25 f.) war zu entnehmen, dass das schwergradige obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom mit zentralen und gemischten Anteilen, ED 07/2016, mit der Unterkieferprotrusionsschiene optimal behandelt sei. Dr. med. M.____, Neurochirurgie, berichtete dem



Hausarzt am 28. November 2022 (IV-act. 250), dass der Versicherte an einer linksbetonten Nuchalgie mit vereinzelter Beteiligung der linken Schulter bei Spondylarthrose C4/5 linksbetont mit einer kleinen Bandscheibenprotrusion und einer beginnenden Diskopathie HWK4/5 und an einer lumbovertebralen Schmerzsituation mit pseudoradikulärer Ausstrahlung linksseitig bei beginnender Diskopathie L5/S1 mit vereinzelt annular tears leide. Insgesamt zeige der Versicherte keine fokale neurologischen Defizite, jedoch die Folgen einer spondylarthrotischen Veränderung an der Wirbelsäule hoch zervikal sowie lumbosakral. Am 2. Dezember 2022 unterzog sich der Versicherte Infiltrationen der Facettengelenke C/4/5, C5/6, C6/7 (IV-act. 253).

B.c Dr. med. G.____ und dipl. Ärztin B.____ von der Psychiatrie St. Gallen H.____ berichteten der IV-Stelle am 17. Januar 2023 (IV-act. 264), dass sich der Versicherte vom 14. Dezember 2022 bis zum 6. Januar 2023 in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik D.____ befunden habe. Aktuell befinde er sich wieder in einer integrierten psychiatrischen Behandlung im Ambulatorium der Psychiatrie H.____. Der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), an einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, F41.0) und an Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Z60.3). Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei er für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Laut dem Austrittsbericht der Psychiatrie H.____ vom 13. Februar 2023 (IV-act. 269) hatte es sich bei der stationären Behandlung vom 14. Dezember 2022 bis zum 6. Januar 2023 um die 14. Hospitalisation des Versicherten in dieser Klinik gehandelt. Der Versicherte habe bei der Aufnahme geäußert, er habe eine psychische Krise aufgrund der Trennung von seiner Ehefrau. Er habe im Februar 2022 zum zweiten Mal in N.____ geheiratet und sich im Sommer 2022 wieder scheiden lassen.

B.d Dr. I.____ hatte der IV-Stelle bereits am 19. Januar 2023 berichtet (IV-act. 266), dass der Versicherte in den letzten Jahren wegen anhaltender Zervikalgien, Lumbalgien und einer Lumboischialgie rechts sowie der Depression psychisch und körperlich dekonditioniert sei. Neurologisch klare Ausfälle im HWS und LWS-Bereich habe er nicht. Aus neurochirurgischer Sicht sei der Versicherte für eine leichte und mittelschwere Arbeit zu 80 % arbeitsunfähig. Unter Ziff. 4 des Verlaufsberichts ("Potential für die Eingliederung") hielt Dr. I.____ fest, dass es dem Versicherten nicht mehr zumutbar sei, irgendeine Tätigkeit auszuüben. Am 31. Januar 2023 erfolgte eine BV-gestützte peri-/intraartikuläre Infiltration der Facettengelenke LW3/4 bis lumbosakral linksseitig (IV-act. 271). Dr. M.____ hielt im OP-Bericht fest, dass bei fehlendem Ansprechen lediglich konservative/therapeutische Massnahmen mit einer Intensivierung der passiven/physikalischen Behandlung lokoregional lumbal blieben.

B.e Am 30. März 2023 erlitt der Versicherte segmentale bis subsegmentale Lungenarterienembolien bds., rechtsbetont, mit hämorrhagischer Infarzierung dorsobasal im rechten Lungenlappen



(Notfallbericht KSSG vom 30. März 2023, IV-act. 282). Ein CT Abdomen vom 30. März 2023 ergab erosive und sklerotische Veränderungen der Iliosakralgelenke bds., zusammen mit angedeuteten Wirbelsäulenalterationen, verdächtig auf eine Spondylarthropathie (bspw. Morbus Bechterew). Die Ärztinnen hielten fest, dass bei entsprechender Klinik weiterführende Abklärungen zu erwägen seien. Des Weiteren hatten sie einen Verdacht auf ein Osteochondrom gestellt und ein MRI zur weiteren Abklärung erwogen. Am 21. März 2023 hatte Dr. M.____ eine weitere BV-gestützte peri-/intraarticuläre Infiltration der Facettengelenke LW3/4 bis lumbosacral beidseitig durchgeführt (IV-act. 310-4). Am 7. Juni 2023 wurde die Infiltration wiederholt (IV-act. 310-5).

B.f Im Juni und Juli 2023 wurde der Versicherte interdisziplinär durch die O.____ AG begutachtet. Die Sachverständigen gaben im Gutachten vom 10. August 2023 (IV-act. 304) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an:

- Linksbetonte Zervikobrachialgie mit vereinzelter Beteiligung der linken Schulter bei Spondylarthrose HWK4/5 linksbetont mit kleiner Bandscheibenprotrusion und beginnender Diskopathie HWK4/5;
- lumbovertebraler pseudoradikulärer Schmerz mit Ausstrahlung linksseitig bei beginnender Diskopathie L5/S1;
- chronische SI-Gelenksblockaden, DD Sakroiliitis, DD nicht abgeklärte Spondylarthropathie mit SI-Gelenkbeteiligung.

Die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten unter anderem (vollständige Diagnoseliste siehe IV-act. 304/98):

- Aktenanamnestisch Status nach tiefer Beinvenenthrombose rechts und Lungenembolie, aktuell Antikoagulation mit Xarelto;
- Status nach Sinusvenenthrombose 05/2018 mit/bei heterozygoter Faktor-V-Leiden-Mutation und symptomatischen epileptischen Anfällen in diesem Rahmen;
- episodischer Spannungstypkopfschmerz;
- essentieller Tremor;
- chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, betont nuchal und lumbal;
- Problem mit Bezug auf die Lebensführung, nicht näher bezeichnet (Z72.9);
- Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (Migration; Z60.3).

Der orthopädische Sachverständige Dr. med. P.____ führte aus, in der Untersuchung hätten sich pseudoradikuläre Schmerzen bei einem lumbovertebrogenen Verschleissleiden eruieren lassen. Zuletzt seien die Schmerzen durch Infiltrationen gebessert gewesen. Ab etwa 2018 seien Nackenschmerzen und Schulter-Armbeschwerden hinzugekommen. Verschleissleiden der HWS seien im MRI seit 2020 bestätigt herleitbar. Das zusätzliche ISG-Syndrom werde seit 2018 beschrieben, sei in der Untersuchung klinisch aber nicht zu erheben gewesen. Die Symptome bzw. die teils auf



schmerzbedingten Selbstlimitierungen beruhenden Funktionseinbussen seien plausibel. Als ungelernter Lagermitarbeiter sei der Versicherte noch 3-4 Stunden (pro Tag) arbeitsfähig, da in dieser Tätigkeit nicht vollumfänglich rückenschonend gearbeitet werden könne. Zusätzlich bestehe etwa seit November 2022 eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % und damit gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 20 %. In einer sitzenden oder wenig wechselbelastenden Tätigkeit mit selbstbestimmbarem Wechsel aus Stehen und ergonomischem Sitzen bestehe in zeitlicher und qualitativer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Tragen und Heben sei nur ergonomisch bis 10 kg möglich. Nicht möglich seien das Heben vom Boden ohne Hebevorrichtung, Vibrationsbelastung, Fahrtätigkeiten mit ruckartigen oder hochfrequenten Umwendbewegungen der HWS, Arbeiten still veharrend im Stand, Arbeiten in leichter Vorneigung des Oberkörpers und Arbeiten in leichter Rückenlage oder über Kopf. Der allgemein-internistische Sachverständige Dr. med. Q.____ erklärte, auf allgemein-medizinischem Fachgebiet bestünden keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der neurologische Sachverständige Dr. med. R.____ hielt fest, die 2018 erlittene Sinusvenenthrombose mit entsprechenden neurologischen Komplikationen erscheine ausgeheilt. Insgesamt habe der Versicherte von einer sehr konsistenten Beschwerdesituation berichtet. Die Symptomatologie der berichteten Kopfschmerzen sei typisch für einen Spannungstypkopfschmerz, der keine Arbeitsunfähigkeit begründe. Weder in der neurologischen Untersuchung noch in den diesbezüglich durchgeführten MRI-Bildgebungen (HWS 2020, LWS 2023) hätten sich relevante Neurokompressionen gezeigt, die die panvertebralen Schmerzen erklären könnten. Ein abgrenzbarer neurologischer Schwindel lasse sich weder anamnestisch noch in der neurologischen Untersuchungssituation nachvollziehen. Aus neurologischer Sicht sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Die psychiatrische Sachverständige med. pract. S.____ führte aus, der aktuelle psychopathologische Befund habe nur wenige objektivierbare Auffälligkeiten gezeigt. Einzig der Affekt sei eher dysphorisch und nicht ins Positive auslenkbar gewesen, was für eine depressive Stimmung sprechen könnte. Aufgrund der Inkonsistenzen und der Aggravation könnten die subjektiven Angaben des Versicherten nicht vollumfänglich gewertet und deshalb keine depressive Erkrankung diagnostiziert werden. Wenn die psychosozialen Belastungsfaktoren ausgeklammert würden, bleibe nicht viel übrig an Symptomatik. Retrospektiv könne nicht abschliessend beurteilt werden, ob die festgestellten Inkonsistenzen und die Aggravation bereits vor der erlassenen Verfügung vorgelegen hätten. Zumindest hätten die in den Berichten durchgehend erwähnten und auch vom Versicherten vorgebrachten psychosozialen Belastungsfaktoren bereits damals deutlich im Vordergrund der Beschwerden gestanden. Es sei davon auszugehen, dass abgesehen von den Zeiträumen der zahlreichen Klinikaufenthalte eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass sich die tatsächlichen Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen aufgrund der Inkonsistenz und Aggravation nicht abschliessend feststellen liessen. In der Gesamtschau ergäben sich Hinweise darauf, dass das Funktionsniveau höher liege als dargestellt. Defizite zeigten sich im Durchhaltevermögen, was



aber auch einer jahrelang andauernden Dekonditionierung und weniger einer depressiven Antriebsstörung geschuldet sein könne. Interdisziplinär ergebe sich in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Dabei gelte das seitens des orthopädischen Teilgutachters geäußerte Fähigkeitsprofil. Auf der Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die früheren Beurteilungen als nicht plausibel.

B.g RAD-Arzt Dr. med. T.____, Facharzt für Chirurgie, notierte am 19. September 2023 (IV-act. 313, vgl. auch IV-act. 326), dass das Gutachten der O.____ AG umfassend, schlüssig, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei sei. Der von Dr. T.____ eingeholten Stellungnahme der RAD-Psychiaterin U.____ vom 20. September 2023 (IV-act. 313-3) war zu entnehmen, dass auf das psychiatrische Teilgutachten nicht abgestellt werden könne. Die Sachverständige habe keine Stellung zum Gutachten von Dr. D.____ und zu den von der Neuropsychologin Dr. J.____ am 23. März 2022 festgestellten Funktionseinschränkungen genommen und das Ergebnis des Symptomerfassungsbogens nicht diskutiert. Auch wäre allein durch die Medikation eine gewisse Tagesmüdigkeit gut nachvollziehbar. Die Sachverständige hätte zumindest eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4), angeben müssen. Für den RAD sei es nicht nachvollziehbar, dass die Sachverständige keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe feststellen können und dass sie den Versicherten für 100 % arbeitsfähig halte. Der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zu 2014 nicht wesentlich verbessert, sodass aus psychiatrischer Sicht weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von 50 % ausgegangen werden könne.

B.h Am 26. September 2023 stellte die IV-Stelle Rückfragen an die psychiatrische Sachverständige der O.____ AG (IV-act. 314). Sie bat um eine Stellungnahme zum Gutachten von Dr. D.____ sowie darum, die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung am KSSG vom 23. März 2022 psychiatrisch einzuordnen und Stellung zu den Einschränkungen zu nehmen. Weiter stellte sie die Frage, ob nicht zumindest eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, hätte diagnostiziert werden müssen. Zuletzt wollte sie wissen, ob trotz der unter der aktuellen Pharmakotherapie bestehenden gewissen Stabilität Schwankungen des Ausprägungsgrades in der Vergangenheit und in der Zukunft möglich seien. Dr. med. V.____ und med. pract. S.____ – deren Unterschrift allerdings fehlte – antworteten am 20. Dezember 2023 (IV-act. 321), dass sich aus dem von Dr. D.____ erhobenen Befund wenig objektivierbare Symptome ergäben. Zudem seien die psychosozialen Belastungsfaktoren bei der Beurteilung nicht genügend beachtet worden. Eine Beschwerdevalidierung sei nicht durchgeführt worden. Die neuropsychologische Untersuchung sei ebenfalls ohne Beschwerdevalidierung durchgeführt worden. Sofern die Angaben des Versicherten in den vorangegangenen Beurteilungen als valide angenommen würden, müsste tatsächlich zumindest eine rezidivierende depressive Störung,



gegenwärtig remittiert, diagnostiziert werden. Aufgrund des aggravierenden Verhaltens des Versicherten sei jedoch die retrospektive und auch die prospektive Beurteilung erschwert.

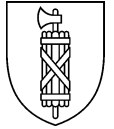
B.i RAD-Psychiater Dr. K.____ notierte am 8. Januar 2024 (IV-act. 322), wie der RAD sei auch Dr. V.____ fälschlicherweise davon ausgegangen, dass bei der neuropsychologischen Untersuchung keine Symptomvalidierung durchgeführt worden sei. Dem Anhang könne jedoch entnommen werden, dass die Symptomvalidierung unauffällig gewesen sei. Somit könnten die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung als valide eingestuft werden. Dr. V.____ habe den Versicherten anlässlich der Begutachtung nicht persönlich untersucht. Die psychiatrische Sachverständige habe die Antworten auf die Rückfragen nicht unterzeichnet. Es sei davon auszugehen, dass Dr. V.____ die Fragen anhand des Gutachtens von med. pract. S.____ beantwortet habe. Da med. pract. S.____ nicht mehr für die O.____ AG arbeite, sei eine erneute Rückfrage nicht zielführend.

B.j Med. pract. B.____, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. W.____, berichtete der IV-Stelle am 22. April 2024 (IV-act. 338), dass der Versicherte für alle Tätigkeiten voll arbeitsunfähig sei. Er leide unverändert an einem depressiven Syndrom. Die Depression sei chronifiziert. Dank der intensiven Behandlung sei es gelungen, den psychischen Zustand des Versicherten auf einem tiefen Niveau zu stabilisieren. Am 5. Juni 2024 ging bei der IV-Stelle ein MR LWS-Befund vom 14. Juni 2023 ein (IV-act. 342). Dem Bericht war zu entnehmen, dass sich die Situation im Vergleich zur Voruntersuchung vom 4. Juli 2016 kaum verändert habe. Es gebe eine Diskusdegeneration vor allem L5/S1 mit Einrissen im Anulus fibrosus und kleiner breitbasiger Hernie ohne Nervenwurzelkompression. RAD-Psychiater K.____ notierte am 17. Juli 2024 (IV-act. 346), med. pract. B.____ habe die Diagnosen weder hergeleitet noch begründet. Es scheine, dass sie stark auf die subjektiven Angaben des Versicherten abstelle.

B.k Am 25. September 2024 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle psychiatrisch und neuropsychologisch begutachtet (IV-act. 367). Dr. med. X.____ hielt im Gutachten vom 5. Dezember 2024 fest, dass sich weder aus den Aktenbefunden, dem heutigen Bild noch aus dem Längsschnitt eindeutige Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ergäben. Die von med. pract. B.____ diagnostizierte Panikstörung sei schon darum fraglich, weil sie festgehalten habe, dass die nächtlichen Panikattacken unter Medikation momentan selten aufträten. In den Akten sei immer wieder eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden. Teilweise sei die angegebene Ausprägung der depressiven Symptomatik nicht plausibel, weil ein deutlicher Widerspruch innerhalb weniger Tage bestehe. Zudem habe die Behandlerin Stimmungsschwankungen beschrieben, die sich in der Diagnostik nicht abgebildet hätten. In Anbetracht der Gesamtsituation erscheine die Diagnose einer Depression jedoch plausibel. Die beschriebenen Ängste in schwankendem Ausmass sehe er allenfalls im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung. Zudem sei es gut möglich, dass die



Schmerzwahrnehmung und die Schmerzäußerung durch die Depression beeinflusst würden. Für die beschriebenen Schmerzen gebe es aber auch körperliche Ursachen. Deshalb gehe er nicht vom Vorliegen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung aus. Eine Verschlechterung seit der Rentenzusprache lasse sich aus der Aktenzusammenfassung nicht herauslesen. Vorher wie auch nachher hätten Schwankungen bestanden und es sei zu Hospitalisationen gekommen. In letzter Zeit sei es nicht mehr zu Hospitalisationen gekommen. Aus der Aktenzusammenfassung ergebe sich, dass psychosoziale Belastungsfaktoren stets eine wesentliche Rolle gespielt hätten. Zwar seien nicht alle Eskalationsstufen der Therapie ausgereizt worden. Angesichts des Verlaufs sei jedoch davon auszugehen, dass medizinische Massnahmen zu keiner relevanten und anhaltenden Verbesserung der Situation führen würden. Der Tagesablauf des Versicherten und seine Aktivitäten sprächen nicht für sehr schwere Einschränkungen des Aktivitätenniveaus, eine sehr starke Interessenlosigkeit oder einen sehr starken sozialen Rückzug. Der Versicherte habe über eine anhaltende Müdigkeit und Antriebslosigkeit berichtet, wobei er nicht besonders schläfrig oder müde gewirkt habe. Er (der Sachverständige) würde höchstens von einer Verdeutlichungstendenz ausgehen. Die Angaben des Versicherten seien recht konkret, nicht ausweichend oder vage und sein Verhalten sei nicht eindeutig demonstrativ oder appellativ gewesen. In der neuropsychologischen Abklärung hätten sich allerdings Hinweise auf eine eingeschränkte Mitwirkung gefunden, was die Validität der Angaben des Versicherten im psychiatrischen Gutachten etwas in Frage stelle. Eine Verschlechterung seit der Vorbegutachtung durch Dr. D.____ sei nicht plausibel. Plausibel sei ein schwankender Verlauf, im Schnitt sei es aber wohl selten zu einer schweren, sondern eher zu einer mittelgradigen depressiven Episode gekommen und wenn, dann habe sich die Symptomatik beispielsweise während der Klinikaufenthalte rasch wieder gebessert. Die bisherige wie auch andere angepasste Tätigkeiten seien dem Versicherten halbtags ohne Leistungseinschränkung zumutbar (Arbeitsfähigkeit von 50 %). Der Zustand habe sich seit der Begutachtung durch Dr. D.____ nicht anhaltend verändert. Dr. phil. Y.____ hatte den Versicherten am 10. Oktober 2024 neuropsychologisch abgeklärt (IV-act. 372). In seiner Beurteilung vom 10. Oktober 2024 hatte er festgehalten, dass sich Auffälligkeiten ergeben hätten, die auf eine negative Antwortverzerrung hinwiesen. Die erbrachten Leistungen stimmten überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential überein. Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten ergäben sich aus den Resultaten in den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren und den Diskrepanzen zwischen Testleistungen und bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen. Der Bericht von Dr. J.____ enthalte keine Diskussion der Validität der Befunde. Die beigelegte Ergebnistabelle lege nahe, dass zwei Beschwerdevalidierungsverfahren eingesetzt worden seien. Die Interpretation der Resultate wäre aufgrund der fehlenden Diskussion aber spekulativ. Obschon relevante kognitive Einschränkungen gut möglich seien und mindestens unmittelbar nach der partiellen Thrombose 2018 höchstwahrscheinlich bestanden hätten, lasse sich anhand der vorliegenden Befunde kein klares Bild der neurokognitiven Leistungen im Zeitverlauf erstellen. In der neuropsychologischen Untersuchung seien vorwiegend unterdurchschnittliche Leistungen zu beobachten gewesen. Da keine zuverlässige



Interpretation der Befunde möglich sei, seien jedoch keine Befunde objektivierbar, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. RAD-Psychiater K.____ notierte am 10. Dezember 2024 (IV-act. 374), dass auf das psychiatrische Gutachten von Dr. X.____ abgestellt werden könne.

B.I Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2024 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentenerhöhungsgesuchs an (IV-act. 379). Zur Begründung führte sie aus, seit der Begutachtung durch Dr. D.____ habe sich der Zustand des Versicherten im Schnitt nicht anhaltend verändert. Es bestehe angestammt und adaptiert weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Für die Bemessung des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens habe sie sich auf den Medianlohn der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (Männer, Niveau 1, 2023) gestützt. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'494.22 und einem Invalideneinkommen von Fr. 30'372.40 resultiere ein IV-Grad von 55 %. Ab dem 1. Januar 2024 seien die statistischen Einkommen, die zur Bemessung des Invaliditätsgrades verwendet würden, bei Personen, welche aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein könnten, um 20 % zu reduzieren. Die Anwendung des Pauschalabzugs führe zu einem Invaliditätsgrad von 60 %. Die bisherige Rente bleibe jedoch auch bei einer Änderung des Invaliditätsgrades ab 1. Januar 2022 bestehen, wenn die Änderung des Invaliditätsgrades nicht mindestens 5 Prozentpunkte betrage. Seit dem 1. Januar 2022 gelte das stufenlose Rentensystem. Auf alle Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2022 entstanden seien, finde das alte Rentensystem Anwendung. Dagegen wendete der Versicherte am 4. Februar 2025 ein (IV-act. 383), für ihn sei nicht nachvollziehbar, dass die Sachverständigen zum Schluss gekommen seien, dass sich seine Situation nicht anhaltend verändert habe. Seine Psychiaterin werde keine weitere Stellungnahme schreiben, da sie nicht mehr angeben könne, als sie in den Berichten an die IV bereits festgehalten habe. Seit dem Jahr 2018 sei es zu deutlich mehr stationären Aufenthalten pro Jahr gekommen als zuvor und es hätten in dieser Zeit auch drei Suizidversuche stattgefunden. Es sei unverständlich, dass die Sachverständigen und die RAD-Ärzte von einem suboptimalen Leistungsverhalten ausgingen bzw. ihm unterstellten, sich einen Gewinn aus seinem Kranksein verschaffen zu wollen. Aufgrund der Summe aller Diagnosen könne er seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht verwerten. RAD-Psychiater Dr. K.____ notierte am 21. Februar 2025 (IV-act. 385), dass sich aus dem Einwand keine neuen medizinischen Sachverhalte oder Diagnosen ergäben, die nicht bereits im medizinischen Dossier oder in den Gutachten erwähnt bzw. diskutiert worden seien.

B.m Mit Verfügung vom 24. Februar 2025 wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch ab (IV-act. 386). Betreffend den Einwand gab sie die Stellungnahme des RAD vom 21. Februar 2025 wieder.

C.



C.a Gegen die Verfügung vom 24. Februar 2025 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 18. März 2025 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab April 2022. Eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, die Abklärung durch die O.____ AG sei vor rund eineinhalb Jahren vorgenommen worden. Es sei davon auszugehen, dass die damals beginnende Diskopathie L5/S1 in der Zwischenzeit weiter fortgeschritten sei. Allein aufgrund der von den Sachverständigen beschriebenen somatischen Störungen könne der Aussage der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), dass sich der Gesundheitszustand seit dem 11. Dezember 2017/31. August 2018 nicht verändert habe, nicht gefolgt werden. Zudem sei die somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weitaus höher als von den Sachverständigen angenommen. Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der O.____ AG sei nicht verwertbar, da das psychiatrische Teilgutachten nicht verwertbar sei. Indem die Beschwerdegegnerin nur ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben habe, habe sie eine Auslosung der Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip vermieden, was sie nicht hätte tun dürfen. Somit liege keine verwertbare polydisziplinäre Begutachtung vor. Es sei nicht verständlich, wie es mittels eines zweistündigen Explorationsgesprächs mit zusätzlichem Aktenstudium möglich sein soll, die psychischen Störungen abschliessend zu beurteilen. Es bestehe keine Veranlassung, von der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin abzuweichen.

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 2. Juni 2025 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung hielt sie fest, es sei nicht ersichtlich, inwiefern das Gutachten der O.____ AG betreffend den somatischen Teil den Anforderungen an eine Expertise nicht genüge solle. Das psychiatrische Teilgutachten von med. pract. S.____ hingegen weise erhebliche materielle Mängel auf. Zudem sei med. pract. S.____ neben ihrer Gutachtentätigkeit für die O.____ AG in Teilzeit bei der Beschwerdegegnerin tätig. Damit bestünden erhebliche Zweifel an ihrer Unparteilichkeit. Die Einholung eines neuen psychiatrischen Teilgutachtens sei somit gerechtfertigt gewesen. Das Gutachten von Dr. X.____ und Dr. phil. Y.____ entspreche den rechtsprechungsgemässen Anforderungen. Allein das Alter eines Gutachtens vermöge keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Hätte die Beschwerdegegnerin das gesamte polydisziplinäre Gutachten wiederholt, hätte sie sich dem Vorwurf der Einholung einer "second opinion" ausgesetzt. Schliesslich sei nicht die Dauer der Untersuchung, sondern deren Beweiswert bzw. die Einhaltung der von der Rechtsprechung geforderten Kriterien entscheidend.

C.c In seiner Replik vom 2. Juli 2025 (act. G 8) machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ergänzend geltend, med. pract. S.____ habe auch an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung mitgewirkt, weshalb das gesamte Gutachten nicht verwertbar sei. Am 30. April 2025 war in der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie des KSSG eine Koloskopie durchgeführt worden (Bericht vom



14. Mai 2025, act. G 8.1.). In der Untersuchung hatte sich ein stenosierendes Sigmakarzinom ohne Fernmetastasen gezeigt.

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 10).

C.e Am 4. September 2025 ging beim Gericht ein Sprechstundenbericht der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie des KSSG vom 5. August 2025 ein (act. G 12.1). Die Konsultation war zur Besprechung der adjuvanten Chemotherapie bei operiertem Adenokarzinom Stadium IIB erfolgt.

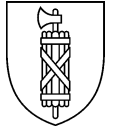
Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2022 ist die Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV) in Kraft getreten. Laufende Renten von Versicherten, welche am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr noch nicht erreicht haben (Jahrgänge 1967 bis 2003), werden, wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) erfüllt sind (Änderung im Invaliditätsgrad um mindestens 5 Prozentpunkte), ins neue stufenlose Rentensystem (Art. 28b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20) überführt. In Abweichung davon bleibt der bisherige Rentenanspruch trotz Erfüllung der Voraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG bestehen, wenn der Rentenanspruch bei einer Erhöhung des Invaliditätsgrades sinken oder bei einem Sinken des Invaliditätsgrades ansteigen würde (lit. b der Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV]; Rz. 9105 f. des Kreisschreibens über Invalidität über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR, gültig ab 1 Januar 2022, Stand 1. Januar 2025).

2.

2.1 Wird ein Revisionsgesuch eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Der Beschwerdeführer bezieht wegen einer rezidivierenden depressiven Störung von schwerer und mittelschwerer Ausprägung im Wechsel seit dem 1. Dezember 2012 eine IV-Rente, seit dem 1. September 2014 eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 20. November 2017, IV 2015/122). Im April 2022 hat er ein Rentenerhöhungsgesuch gestellt und unter der Angabe neuer Diagnosen (Thrombose im Schädel, Hirninfarkt, Epilepsie mit damit einhergehender mittelgradiger neuropsychologischer Störung) eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache geltend gemacht. Den eingereichten medizinischen Berichten war nebst der im Mai 2018 erlittenen Sinusvenenthrombose eine mittelgradige neuropsychologische Störung, eine deutliche Chronifizierung der Depression mit



wiederholten stationären und teilstationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken sowie ein therapieresistentes Panvertebralsyndrom mit neuropsychischen Komponenten zu entnehmen. Damit hat der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu Recht auf das Revisionsgesuch eingetreten.

2.2 Die Invalidenrente wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder sich auf 100 Prozent erhöht (lit. b des Art. 17 Abs. 1 ATSG, in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung).

2.3 Gegenstand dieses Verfahrens ist, ob die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch des Beschwerdeführers vom April 2022 zu Recht abgewiesen hat. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen der erstmaligen Rentenzusprache (Verfügung vom 2. April 2015) und dem 24. Februar 2025 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) derart verändert hat, dass daraus eine Änderung des Invaliditätsgrades um mindestens fünf Prozentpunkte resultiert.

3.

3.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung im Recht liegt.

3.2 Die Parteien sind sich einig darüber, dass das psychiatrische Teilgutachten der O.____ AG nicht verwertbar ist. Die Beschwerdegegnerin hat angegeben, dass die psychiatrische Sachverständige med. pract. S.____ neben ihrer Gutachtertätigkeit für die O.____ AG in Teilzeit bei ihr, der Beschwerdegegnerin, tätig sei. Damit lägen Umstände vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermöchten. Zudem erscheine das Misstrauen in objektiver Weise zweifellos als begründet. Zwar geht aus den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht explizit hervor, dass die psychiatrische Sachverständige der O.____ AG bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung für die Beschwerdegegnerin tätig gewesen ist. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin selbst davon ausgeht, dass das psychiatrische Teilgutachten wegen der Doppeltätigkeit der psychiatrischen Sachverständigen unverwertbar sei, muss der entsprechende Befangenheitsverdacht als berechtigt qualifiziert werden. Durch die gleichzeitige Tätigkeit der psychiatrischen Sachverständigen für die Beschwerdegegnerin (bzw. wohl den RAD Ostschweiz) und für die O.____ AG ist die Unabhängigkeit der psychiatrischen Sachverständigen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gewährleistet gewesen, weshalb das psychiatrische Teilgutachten der O.____ AG nicht verwertbar ist. Darüber hinaus ist der RAD zum Schluss gekommen, dass das psychiatrische Teilgutachten von med. pract. S.____ aus verschiedenen Gründen inhaltlich nicht überzeugend sei und dass deshalb auch aus diesem Grund nicht auf es abgestellt werden könne. Daran hat auch die Rückfrage an die



Gutachterstelle nichts zu ändern vermocht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten der O.____ AG nicht beweiskräftig ist.

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat, nachdem sie zum Schluss gekommen ist, dass auf das psychiatrische Teilgutachten der O.____ AG nicht abgestellt werden kann, ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten inklusive einer neuropsychologischen Untersuchung eingeholt. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat vorgebracht, wenn das psychiatrische Teilgutachten nicht verwertbar sei, könne auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der O.____ AG nicht verwertbar sein. Zudem habe die Beschwerdegegnerin durch die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens eine Auslösung der Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip vermieden. Die Beschwerdegegnerin hat dagegen eingewendet, dass sie sich dem Vorwurf der Einholung einer "second opinion" ausgesetzt hätte, wenn sie das gesamte polydisziplinäre Gutachten wiederholt hätte. Die psychiatrische Sachverständige der O.____ AG hat den Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeit als uneingeschränkt arbeitsfähig erachtet. Sie hat deshalb keinen Einfluss auf die Gesamtarbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen gehabt (welche im Übrigen der Arbeitsfähigkeitsschätzung des orthopädischen Sachverständigen entsprochen hat, da lediglich aus orthopädischer Sicht Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sind). Zudem hat sich der Vorwurf der Befangenheit lediglich gegen die psychiatrische Sachverständige gerichtet. Daher liegen keine Gründe vor, weshalb auf die anderen Teilgutachten sowie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung nicht sollte abgestellt werden können. Des Weiteren hat der Beschwerdeführer entgegen der Behauptung seines Rechtsvertreters keinen Anspruch auf eine psychiatrische Begutachtung im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens, nur weil ursprünglich eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt worden ist. Entscheidend ist einzig, ob im Zeitpunkt der Auftragsvergabe eine mono- oder bidisziplinäre Begutachtung oder eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig gewesen ist. Es ist keine zweite polydisziplinäre Begutachtung erforderlich gewesen, da betreffend die somatischen Einschränkungen des Beschwerdeführers eine verwertbare gutachterliche Beurteilung und Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgelegen hat.

3.4 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat weiter geltend gemacht, es sei unverständlich, wie es mittels eines zweistündigen Explorationsgesprächs möglich sein soll, die psychischen Störungen des Beschwerdeführers abschliessend zu beurteilen. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2019, 9C_190/2019 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Explorationsdauer von knapp zwei Stunden (Gutachten von Dr. X.____, IV-act. 367-3) ist, verglichen mit der Explorationsdauer in anderen Gutachten, nicht auffallend kurz gewesen. Zudem sind keine Hinweise dafür ersichtlich, dass die Dauer der psychiatrischen Exploration durch Dr. X.____ nicht ausreichend gewesen wäre, um eine inhaltlich



vollständige und schlüssige Beurteilung abzugeben. Mit der Dauer der Abklärung lässt sich der behauptete fehlende Beweiswert des Gutachtens von Dr. X.____ nicht belegen.

3.5 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. X.____ ist der Beschwerdeführer neuropsychologisch durch Dr. phil. Y.____ untersucht worden. Dr. phil. Y.____ hat in seiner Beurteilung festgehalten, dass sich aus den Resultaten in den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren und den Diskrepanzen zwischen den Testleistungen und den bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten ergeben hätten. Die erbrachten Leistungen stimmten überwiegend wahrscheinlich nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential überein. Obschon relevante kognitive Einschränkungen gut möglich seien und mindestens unmittelbar nach der partiellen Thrombose 2018 höchstwahrscheinlich bestanden hätten, lasse sich anhand der vorliegenden Befunde kein klares Bild der neurokognitiven Leistungen im Zeitverlauf erstellen. Da keine zuverlässige Interpretation der Befunde möglich sei, seien keine Befunde objektivierbar, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Der neuropsychologischen Beurteilung ist zu entnehmen, dass die Leistungen des Beschwerdeführers bei den Tests zur Überprüfung der Aufmerksamkeit fast durchgehend nur leicht unterdurchschnittlich gewesen sind; lediglich bei einer Aufgabe sind seine Leistungen stark unterdurchschnittlich gewesen, dafür bei einer anderen durchschnittlich (vgl. IV-act. 372-6). Die Leistungen im Bereich der räumlich-perzeptiven Analyse/der räumlich-konstruktiven Verarbeitung sowie in der Sprache sind hingegen durchschnittlich gewesen. Hinzu kommt, dass aufgrund der Ergebnisse des Beschwerdevalidierungsverfahrens davon ausgegangen werden muss, dass das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers besser ist als das in der neuropsychologischen Untersuchung gemessene. Angesichts der Tatsache, dass sich in der neuropsychologischen Testung keine starken Beeinträchtigungen gezeigt haben und unter Berücksichtigung des suboptimalen Leistungsverhaltens ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus neuropsychologischer Sicht im Untersuchungszeitpunkt (Oktober 2024) deutlich weniger als zu 50 % eingeschränkt gewesen ist. Dr. X.____ hat dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine Arbeitsunfähigkeit von weiterhin 50 % für jegliche Tätigkeiten attestiert. Er hat festgehalten, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. D.____ im Jahr 2014, abgesehen von deutlichen Schwankungen im Verlauf, im Schnitt nicht anhaltend verändert habe. Auch wenn beim Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt (September/Oktober 2024) kognitive Einschränkungen bestanden haben sollten, so wären sie in ihrem Ausmass nicht so erheblich gewesen, dass sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht gehabt hätten. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einschätzung von Dr. X.____ überzeugt, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit auch dessen Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung im Jahr 2014 nicht anhaltend relevant verändert hat. Der



Beschwerdeführer ist im Begutachtungszeitpunkt somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin in jeglicher in Frage kommenden Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Die Beschwerdegegnerin hat das Vorliegen eines Revisionsgrundes daher zu Recht verneint. Der Beschwerdeführer hat somit weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente.

3.6 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- gedeckt.

3.

Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.