13

KANTON URI

OBERGERICHT

Verwaltungsrechtliche Abteilung

OG V 25 22

Entscheid vom 13. November 2026

Besetzung

Präsidentin Agnes H. Planzer Stüssi
Vizepräsidentin Lenka Ziegler, Oberrichterin Renata Graf
Gerichtsschreiberin Claudia Schlüssel

Verfahrensbeteiligte

A.___
vertreten durch RA MLaw Eliane Steiger, Rudolf & Bieri AG, Ober-Emmenweid 46, 6021 Emmenbrücke 1

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Uri, Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf

Beschwerdegegnerin

Gegenstand

Invalidenrente (IVG)

(Verfügung vom 28.10.2025)

Prozessgeschichte:

A.

A.___ (nachfolgend: Beschwerdeführer) beantragte mit Anmeldung vom 29. August 2021 (Eingang: 31.08.2021) die Ausrichtung von Invalidenversicherungsleistungen, namentlich berufliche Integration/Rente. Mit Schreiben vom 9. Februar 2022 sprach die IV-Stelle Uri (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) dem Beschwerdeführer Unterstützung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes zu. Nach verschiedenen operativen Eingriffen startete der Beschwerdeführer am 1. Februar 2023 einen Arbeitsversuch bei seiner bisherigen Arbeitgeberin in einer leidensangepassten, sitzenden Tätigkeit im Umfang von 30 Prozent. Vom 18. April 2023 bis 17. Januar 2024 gewährte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Integrationsmassnahmen (Aufbau- und Arbeitstraining). In einem ersten Vorbescheid vom 24. April 2024 wurde die Zusprache einer Rente von 68 Prozent ab 1. Januar 2024 in Aussicht gestellt. Nachdem der Beschwerdeführer hiergegen Einwand erhoben hatte, gab die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten bei der medexperts AG in Auftrag. Gestützt auf das am 11. April 2025 erstattete Gutachten sprach sie dem Beschwerdeführer – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens – mit Verfügung vom 28. Oktober 2025 eine ganze Invalidenrente von 1. März 2022 bis 30. April 2023 sowie ab 1. Januar 2024 eine Rente von 32.5 Prozent (IV-Grad: 43%) zu.

B.

Gegen die Verfügung vom 28. Oktober 2025 erhob der Beschwerdeführer am 27. November 2025 Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung).

Er stellt folgende Anträge:

" 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2025 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit dem 1. März 2022 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zuzusprechen.
3. Eventualiter: Es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Die Begründung dieser Anträge ergibt sich, soweit erforderlich, aus den nachstehenden Erwägungen.

C.

Mit Stellungnahme vom 16. Januar 2026 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde vom 27. November 2025 abzuweisen.

Die Begründung dieses Antrages ergibt sich, soweit erforderlich, ebenfalls aus den nachstehenden Erwägungen.

Erwägungen:

1.

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der richterlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

2.

Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege [VRPV, RB 2.2345]).

3.

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung

zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.2 Die Festlegung der Höhe des Rentenanspruchs ist in Art. 28b IVG geregelt. Gemäss dieser Bestimmung entspricht bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 Prozent der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gelten die in Abs. 4 festgelegten prozentualen Anteile.

3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Einkommensvergleich; BGE 141 V 15 E. 3.2).

3.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (potentiellen) Rentenbeginns massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.2).

4.

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2). Zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen unterbreiten die IV-Stellen die notwendigen Akten dem zuständigen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Art. 49 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Die RAD stellen den IV-Stellen für jeden geprüften Fall einen schriftlichen Bericht mit den notwendigen Angaben zu. Darin enthalten sind die Ergebnisse der medizinischen Prüfung und eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (Art. 49 Abs. 3 IVV).

4.1 Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; BGer 9C_478/2019 vom 30.09.2019 E. 3.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 125 V 351 E. 3a, BGer 8C_42/2008 vom 19.01.2009 E. 2.4 mit Hinweisen).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b).

4.3.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_549/2019 vom 26.11. 2019 E. 3.2).

4.3.2 Bei den Ausführungen von RAD-Ärzten ohne eigene Untersuchung (Art. 54a IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV) handelt es sich hingegen lediglich um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (BGE 142 V 58 E. 5.1). In diesen würdigen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben. Solche RAD-Berichte vermögen sich einzig dazu zu äussern, ob der einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGer 9C_839/2015

vom 02.05.2016 E. 3.3). Die dabei erstellten Berichte haben eine andere Funktion als die medizinischen Gutachten (Art. 44 ATSG) oder die Untersuchungsberichte i.S.v. Art. 49 Abs. 2 IVV (vergleiche zu Letzteren BGer 9C_204/2009 vom 06.07.2009 E. 3.3.2).

4.3.3 In Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; BGer 8C_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2).

5.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

5.1 Der Beschwerdeführer wurde ab 24. Januar 2021 zu 100 Prozent arbeitsunfähig geschrieben (Rücken: degenerative Veränderungen LWS mit Olisthese L4/5 und Spinalkanalstenosen Höhe L1/2, 2/3 und 3/4 [Protrusion)]. Nach einem Unfall am 12. Mai 2021 mit Bizepssehnen-Abriss links und rechts fanden am 27. Mai und am 22. Juli 2021 Operationen statt; die Behandlung wurde im Herbst 2021 abgeschlossen. Am 30. November 2021 und 2. August 2022 wurde der Beschwerdeführer am Rücken operiert (Berichte von Dr. med. B.___ vom 17.02., 23.03., 07.04., 21.04. und 24./25.08.2022 sowie Bildgebungen vom 12.01., 06.04., 14.04., 04. und 12.10.2022 [BG-act. 37 und 41]).

5.2 Dr. med. C.___ hielt in seiner RAD-Stellungnahme vom 19. Januar 2023 fest, die funktionellen Einschränkungen aufgrund der Rückenproblematik seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nachvollziehbar. Mit der operativen Sanierung des eingebrochenen Cages sei im Sommer 2022 ein stabiler Zustand mit lumbaler Wirbelsäulenversteifung hergestellt worden. Die MRI/CT-Kontrolle im Oktober 2022 habe bei unauffälligem Gangbild auch keine Hinweise für eine nervale Kompression gezeigt. Mit den postoperativen Berichten fänden sich keine pathologischen und funktionell einschränkenden Befunde. Der Arbeitsversuch sei damit möglich und eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (BG-act. 43).

5.3 Dr. med. B.___ berichtete am 9. Februar 2023 von einem verbesserten Gesundheitszustand (deutlich gebesserte Gehfähigkeit/Beinkraft und deutlich gebesserte Schmerzsymptomatik) bei gleichgebliebener Diagnose. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte er mit 100 Prozent bis 31. Januar 2023 und 70 Prozent ab 1. Februar 2023. Er empfahl Physiotherapie und eine schrittweise Wiedereingliederung in die Arbeitstätigkeit. Eine Steigerung des Arbeitspensums sei voraussichtlich Mitte März 2023 möglich (BG-act. 44).

5.4 Am 8. März 2023 berichtete Dr. med. B.___ über die gleichentags durchgeführte Verlaufskontrolle. Der Patient habe im Februar seine Arbeitstätigkeit mit einem 30-prozentigen Pensum wieder

aufgenommen (täglich 3 Stunden von 08:00 - 11:00 Uhr), wobei er gegen Ende der Woche jeweils vermehrt Schmerzen gehabt hätte. Sitzend arbeiten würde sehr gut gehen, stehend noch nicht ganz so gut. Sie sähen insgesamt weiter Fortschritte. Die beim aktuellen Pensum bestehenden Beschwerden seien unter analgetischer Therapie gut kontrolliert. Sie hätten den Patienten noch einmal für sechs Wochen zu 70 Prozent krankgeschrieben, danach wäre eine monatliche Steigerung um 10 Prozent geplant (BG-act. 75).

5.5 Dr. med. B.___ berichtete am 27. Juli 2023 über die Jahreskontrolle nach Revisionsspondylodese mit postoperativ sehr protrahiertem Verlauf. Der Patient sei aktuell bei einem 50-prozentigen Arbeitspensum im Rahmen einer Wiedereingliederungsmassnahme. Die Steigerung von 40 auf 50 Prozent Anfang Woche sei gemäss Angabe des Patienten ganz gut gegangen. In den letzten Monaten habe es eine deutliche Besserung gegeben, der Patient nehme nur noch leichte Schmerzmittel ein, die Kraft in den Beinen sei praktisch wieder normal. In der Bildgebung zeige sich ein regelrechter Befund ohne Hinweis auf Materiallockerung oder Bruch. Beginnende Fusion in den Segmenten LWK 3/4 und 4/5 und kein Hinweis auf Anschlussdegeneration. Er habe den Patienten noch einmal bis Ende August zu 50 Prozent krankgeschrieben. Eine weitere Steigerung des Pensums sollte nach Beschwerdemassgabe und unter Rücksichtnahme auf die lange bestehende Arbeitsunfähigkeit erfolgen. Wahrscheinlich könne das Arbeitspensum auf 80 bis 100 Prozent gesteigert werden, aber wahrscheinlich nur für die aktuelle angepasste Tätigkeit (BG-act. 70).

5.6 Gemäss Stellungnahme der beruflichen Eingliederung (Eintrag vom 05.01.2024) habe das durchschnittliche Pensum nach Aussage des Teamleiters beim angestammten Arbeitgeber im letzten Jahr etwa 30 bis 50 Prozent betragen, mit sehr starken Schwankungen. Grundsätzlich müsse ein künftig zumutbares Arbeitspensum durch eine ärztliche Fachperson beurteilt werden und auch dann gebe es keine Garantie, dass er diese Vorgaben mittel- oder langfristig permanent erreichen werde. Im Eintrag vom 15. Januar 2024 hiess es, der Versicherte habe während der neunmonatigen Integrationsmassnahme (18.04.2023 - 17.01.2024) die Präsenzzeit von zwei auf maximal fünf Stunden erhöhen können. Mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe er ab November zunehmende Schmerzen gehabt und bereits am Mitte der Arbeitswoche die Präsenzzeit teilweise auf eine bis zwei Stunden reduzieren müssen. Eine weitere Steigerung der Präsenzzeit sei im Dezember 2023 und Januar 2024 nicht mehr möglich gewesen (BG-act. 71).

5.7 In der Notiz vom 15. Januar 2024 zur interprofessionellen Fallbesprechung der beruflichen Eingliederung und des Regionalärztlichen Dienstes vom 15. Dezember 2023 wurde festgehalten, die Integrationsmassnahme zeige auf, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Polymechaniker nicht mehr vollschichtig zumutbar sei. Nach dem bisherigen Verlauf werde wahrscheinlich nur noch

eine circa 50-prozentige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich optimal angepassten Tätigkeit möglich sein. Es soll noch ein aktueller medizinischer Verlaufsbericht eingeholt werden (BG-act. 72).

5.8 Dr. med. B.___ hielt im Bericht vom 25. Januar 2024 fest, der Patient sei erneut zugewiesen worden bei erneuter Schmerzexazerbation seit November 2023. Ein schrittweiser Arbeitsversuch mit 10-prozentiger Pensumsteigerung im letzten Jahr habe anfangs ganz gut funktioniert, jedoch unter weitergeführter regelmässiger Schmerztherapie. Die Arbeitsfähigkeit habe Ende August 2023 sogar auf 60 Prozent gesteigert werden können. Danach seien die Beschwerden – welche vor allem beim Stehen und Gehen bestünden, im Sitzen habe er keine Beschwerden – wieder deutlich stärker geworden. Nach einer Stosswellentherapie am 20. November habe er auch in Ruhe wieder Schmerzen gehabt; danach habe er seinen Job aufgeben müssen. Aktuell sei er 80 Prozent krankgeschrieben. Dr. med. B.___ ging davon aus, dass die Beschwerden hauptsächlich von der residuellen Schädigung/Vernarbungen herrührten. Die Schmerzen seien in erster Linie neuropathisch zu erklären. Er möchte noch eine mögliche Anschlussdegeneration mittels MRI LWS ausschliessen (BG-act. 77/81).

5.9 Dr. med. D.___ hielt in der Beurteilung des MRI-LWS vom 5. Februar 2024 eine progrediente kraniale Anschlussarthrose LWK 1-2 und LWK 2-3 sowie eine persistierende foraminale Enge L3 linksbetont und L4 rechtsbetont fest. Bezüglich LWK 5-SWK 1 erhob er einen unauffälligen Befund (BG-act. 81).

5.10 In der RAD-Stellungnahme vom 4. April 2024 schrieb Dr. med. C.___, Dr. med. B.___ habe im Bericht vom 25. Januar 2024 unverändert an der bekannten Diagnose einer Femoralgie festgehalten. Anderseits könnten klinisch und bildgebend zugrundeliegende Materiallockerung oder eine klinisch signifikante Anschlussdegeneration bei vorbestehender foraminaler Enge der der Versteifung benachbarten Wirbelsäulensegmente weitgehend ausgeschlossen werden. Dr. med. B.___ halte in seinem Bericht explizit ein sicheres Gangbild ohne subjektive oder objektive Einschränkungen beim Sitzen fest. Damit könne unverändert von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit in angepassten und überwiegend sitzenden Tätigkeiten ausgegangen werden (BG-act. 82).

5.11 Dr. med. E.___ hielt im Bericht vom 13. Mai 2024 (zur Konsultation vom 26.01.2024) fest, der Patient beklage brennende – beim Stehen und Gehen auftretende – Schmerzen im rechten ventralen Oberschenkel, welche nach der Revisionsfusionsoperation ventrodorsal am 2. August 2022 aufgetreten seien. Nach einer Stosswellentherapie im November 2023 habe eine Schmerzexazerbation bestanden. In letzter Zeit zeige sich eine langsame Verbesserung dieser Symptomatik. Den Status beschrieb er wie folgt: "Einbeinstand, Fersenstand, Zehenstand sicher. Keine sensomotorischen Defizite an den unteren Extremitäten. ASR und PSR bds. normal auslösbar. Lasègue und umgekehrter Lasègue bds. negativ." Es handele sich am ehesten um ein chronisches postoperatives neuropathisches Schmerzsyndrom. Zur weiteren Abklärung sei ein MRI der LWS angemeldet worden. Sollte keine OP-Indikation

bestehen, habe er mit dem Patienten über mögliche Therapieoptionen gesprochen. Da momentan eher eine Beschwerdelinderung bestehe, möchte dieser zunächst abwarten (BG-act. 93).

5.12 Dr. med. F.___ beschrieb den Gesundheitszustand im Verlaufsbericht vom 23. Juni 2024 als stationär und bejahte eine Änderung der Diagnose. Es bestehe eine persistierende beziehungsweise erneut exazerbierte Femoralgie vor allem unter Belastung am ehesten residuell neuropathisch sowie ein Verdacht auf chronisches postoperatives neuropathisches Schmerzsyndrom. Die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 20 Prozent (BG-act. 93).

5.13 Dr. med. G.___ beschrieb in ihrer RAD-Stellungnahme vom 9. Juli 2024 einen undulierenden und protrahierten Verlauf nach einer Rückenoperation im August 2022 mit kompliziertem Verlauf und stattgehabter postoperativer Nervenläsion. Eine nochmalige Operation werde zwar nicht empfohlen, Dr. B.___ halte jedoch fest, dass die Beschwerden wahrscheinlich durch Vernarbung/Schädigung neuropathisch zu erklären seien. Da weiterhin Unklarheiten bestünden und eine Restsymptomatik vorliege werde eine medizinische Abklärung in den Disziplinen Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie empfohlen (BG-act. 100).

5.14 Dr. med. H.___ hielt im Bericht vom 18. Juli 2024 fest, der Patient beklage neuropathische Schmerzen im rechten Bein, seit bei der zweiten Operation zwei Nerven beschädigt worden seien. Er fühle sich nicht mehr berufsfähig. Eine Wiedereingliederung sei neun Monate lang ausprobiert worden; das habe nicht funktioniert. Die IV wolle keine 100-prozentige Rente zusprechen, deshalb komme er für eine Zweitmeinung. Die Schmerzen seien belastungs- und positionsabhängig. Mechanische Rückenschmerzen habe er nicht. Die Kraft habe sich wieder normalisiert. Der Neurostatus zeige eine Parästhesie und eine Dysästhesie im ventralen Oberschenkel rechts. Keine motorischen Defizite. Lasègue, Retrolasègue und Kernig bds. negativ. Das MRT der LWS vom 18. Juli 2024 zeige eine leichtgradige beginnende Spinalkanalstenosierung L1/2 mit einer bds. Rezessusstenose mit einer vorbestehenden höhergradigen spinalen Enge L1/2 bei Retrolisthese und Diskusbulging sowie Fazettengelenksarthrosen. Signifikante Wurzelkompressionen seien in den anderen Segmenten nicht ersichtlich. Aufgrund der klinisch-radiologischen Befundkonstellation bestehe keine neurochirurgische Re-Operationsindikation. Er würde auch keine Infiltration empfehlen (BG-act. 96).

5.15 Die Ärztin Dr. med. F.___ berichtete am 23. September 2024 über einen stationären Gesundheitszustand. Es bestehe keine neurochirurgische Re-Operationsindikation, auch eine Infiltration werde nicht mehr empfohlen. Mögliche Therapieoptionen wie gepulste Radiofrequenz-Behandlung der Nervenwurzeln L3 und L4 links sowie über eine Rückenmarkstimulation (Spinal-Cord-Stimulation) habe der Patient nicht angenommen. Die Arbeitsunfähigkeit werde auf monatlicher Basis zu jeweils 80 Prozent fortgeführt (BG-act. 96).

5.16 Nach Eingang der Arztberichte von Dr. med. H.___ vom 18. Juli 2024 sowie Frau Dr. med. F.___ vom 23. September 2024 hielt Dr. med. C.___ am 1. Oktober 2024 auf entsprechende Rückfrage fest, an der polydisziplinären Begutachtung könne festgehalten werden (BG-act. 100). Gemäss Aktennotiz vom 22. Oktober 2024 wurde zusätzlich noch die Disziplin Psychiatrie für die geplante medizinische Abklärung vorgesehen (BG-act. 101).

5.17 Am 18. Dezember 2024, am 6. und 24. Februar 2025 wurde der Beschwerdeführer bei der medexperts ag, Interdisziplinäre Medizin, St. Gallen, untersucht. Die Begutachtungen erfolgten durch Dr. med. N. Schröder, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. univ. S. Hartmann-Fussenegger, Fachärztin FMH für Neurologie, Dr. med. H. Demirden, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. E. Belz, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und M.Sc. F. Stauffacher, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP.

5.17.1 Im Gutachten vom 11. April 2025 (BG-act. 114 [nachfolgend: GA]) wurde in der Konsensbeurteilung festgehalten, die vom Versicherten dargestellten und beschriebenen Beschwerden seien aus polydisziplinärer Sicht nachvollziehbar, plausibel und konsistent. Anhand der klinischen Untersuchung und der Aktenlage könne beim Versicherten eine deutliche Funktionsminderung der Lendenwirbelsäule nachvollzogen werden. Neben dem St. n. Spondylodese L3-L5 würden im MRI der LWS vom 5. Februar 2024 progrediente kraniale Anschlussarthrosen LWK 1-2 und LWK 2-3 beschrieben. Weiter werde eine foraminale Enge L3 links sowie L4 rechts betont beschrieben. Klinisch bestünden jedoch keine Hinweise auf radikuläre Reizungen im Bereich der unteren LWS. Die ergänzende neuropsychologische Testung habe eine leichte kognitive Funktionsstörung und eine herabgesetzte psychophysische Belastbarkeit ergeben, welche im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms zu interpretieren sei. Angesichts der Instrumentierung über zwei Etagen und der bereits bestehenden Anschlussdegenerationen nach kranial sei von einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans auszugehen. Die bestehende Fehlhaltung mit vermehrter BWS-Kyphose und Kopfprotraktion weise auf eine deutliche muskuläre Insuffizienz hin. Daher seien körperlich schwere und regelmässig mittelschwere Tätigkeiten aus orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar (GA S. 4; siehe auch rheumatologisches Teilgutachten, GA S. 45). Aus allgemein-internistischer und psychiatrischer Sicht bestünden keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (GA S. 4).

5.17.2 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt (GA S. 5).

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anhaltendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M48.86) bei
  - St. n. Spondylodese L3-L5 mit
  - Anschlussdegenerationen der Segmente L1/2 und L2/3
- Neuropathische Schmerzen im ventralen Oberschenkel rechts (ICD-10: M79.2)

- bei St.n. intraoperativer Plexusirritation i.R. der Operation vom 30.11.2022 (ICD-10: G54.1)
- postoperativ: Hyposensibilität am distalen Drittel des Oberschenkels und proximalen Drittel des Unterschenkels links sowie eine Schwäche der Hüftflexion M3 links, Hüftadduktion M3 links, Knieextension M3- links
- aktuell: kein sensomotorisches Defizit, PSR rechts abgeschwächt

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Cervicobrachialgie (ICD-10: M54.92)
  - St. n. bds. Bicepssehnenruptur
  - degenerativen HWS Veränderungen
  - aktuell: Kribbelparästhesien gesamter rechter Arm, keine radikulären Ausfälle
- Adipositas Grad II (ICD-10: E66.01)
- Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10)
- Nikotinkonsum (ICD-10: Z72)
- Eisenmangelsyndrom, abklärungsbedürftig (ICD-10: E61.1)
- St. n. distalem Bicepssehnenabriss beidseits (ICD-10: S56.2

5.17.3 Sie hätten in der aktuellen Begutachtung keine relevanten Persönlichkeitsaspekte beziehungsweise Persönlichkeitsstörungen mit negativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. An Ressourcen nannten sie ein stabiles familiäres Umfeld und die berufliche Qualifikation. Belastungen seien die Schmerzproblematik, die finanzielle Zukunft sowie eine schlechte Selbstprognose (GA S. 5).

5.17.4 Polydisziplinär führend für die Gesamtarbeitsfähigkeit sei die orthopädische und neurologische Beurteilung, wobei sich die einzelnen fachlichen Arbeitsunfähigkeits-Einschätzungen aufgrund der symptomatischen Überschneidungen nicht addieren würden (GA S. 5).

5.17.5 Die angestammte Tätigkeit (dem Arbeitgeberfragebogen vom 03.01.2022 zufolge eine körperlich leichte Tätigkeit, die überwiegend im Stehen und Gehen ausgeübt werde) sei – aufgrund der fehlenden Möglichkeit zu regelmässigen Positionswechseln – nicht mehr zumutbar. Die 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit gelte ab März 2021 (GA S. 6).

5.17.6 Optimal angepasst seien Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne körperlichen Zwangshaltungen, insbesondere ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne regelmässiges Bücken, Hocken, Kriechen, ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen auf die Wirbelsäule (z.B. mit Stielgeräten wie Schaufeln), ohne Stoss-, Schlag- und Vibrationsbelastungen und ohne Tragen und Bewegen von schweren und regelmässig mittelschweren Lasten. Solche Tätigkeiten könnten dem Exploranden weiterhin zugemutet werden, dies zu maximal sieben Stunden pro Tag. Aufgrund des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs, der die Arbeitsfähigkeit weiter einschränke, reduziere sich die Arbeitsfähigkeit gesamthaft auf 80 Prozent. Dies entspreche einer Arbeitsfähigkeit von 6:24 pro Tag oder 32 Stunden pro Woche. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit könne auf die Einschätzung des Operateurs abgestellt werden, der eine stufenweise Wiedereingliederung ab

03/2023, beginnend mit 30 Prozent Arbeitsfähigkeit und einer monatlichen Steigerung um jeweils 10 Prozent empfohlen habe (vergleiche E. 5.4).

Dementsprechend definierten die Gutachter die Arbeitsfähigkeitsgrade wie folgt (GA S. 6):

03/2023 - 04/2023:	30% AF
04/2023 - 05/2023:	40% AF
05/2023 - 06/2023:	50% AF
06/2023 - 07/2023:	60% AF
07/2023 - 08/2023:	70% AF
ab 09/2023:	80% AF

5.17.7 Eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei durch weitere medizinische Massnahmen nicht zu erwarten (GA S. 6).

5.18 Dr. med. C.___ hielt in der RAD-Stellungnahme vom 6. Mai 2025 fest, gestützt auf das Gutachten sei der Versicherte in der angestammten (gehend-stehenden) Tätigkeit seit März 2021 zu 100 Prozent arbeitsunfähig. In wechselbelastender Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und ohne regelmässiges Hocken, Kriechen und Arbeiten auf Leitern/Gerüsten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent, wobei er zum zeitlichen Verlauf auf Ziff. 4.7 des Gutachtens verwies (BG-act. 119).

6.

6.1 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2025 ging die Beschwerdegegnerin von einer Restarbeitsfähigkeit von 80 Prozent in angepasster Tätigkeit ab September 2023 aus. Da der Versicherte bei Ablauf des Wartejahrs im März 2022 noch nicht eingliederungsfähig gewesen sei, bestehe ab März 2022 bis zum Beginn der Eingliederungsmassnahmen von Ende April 2023 Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Diese werde danach vom IV-Taggeld abgelöst. Nach Abschluss der Eingliederungsbemühungen im Januar 2024 errechnete sie – ausgehend von der 80-prozentigen Restarbeitsfähigkeit gemäss Gutachten – einen Invaliditätsgrad von 43 Prozent (Valideneinkommen: CHF 86'203, Invalideneinkommen: CHF 48'888).

6.2 Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 27. November 2025 (nachfolgend: VGB) wird geltend gemacht, auf die gutachtliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung könne nicht abgestellt werden, da im Gutachten das Ergebnis der Eingliederungsmassnahmen nicht berücksichtigt beziehungsweise nicht ausreichend gewürdigt worden sei. Falls nicht auf die echtzeitlichen RAD-Berichte bis im Jahr 2024 und die Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werden sollte, dränge sich die Einholung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens auf. Selbst wenn der gutachterlichen Arbeitsbeurteilung zu folgen wäre, sei aufgrund des fortgeschrittenen Alters die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit zu verneinen. Falls auch die Verwertbarkeit bejaht würde, ergäbe sich bei Vornahme einer korrekten Invaliditätsbemessung ein IV-Grad von mindestens 54 Prozent (VGB Ziff. 5).

6.3 Die Beschwerdegegnerin bringt mit Stellungnahme vom 16. Januar 2026 vor, die Gutachter und der behandelnde/operierende Arzt gingen beide von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einem vergleichbaren Zeitraum bis zu einem Arbeitspensum von 80 bis 100 Prozent beziehungsweise bis auf sieben Stunden pro Tag aus. Dass diese beiden Einschätzungen nicht deckungsgleich formuliert seien, tue der Beweiskraft des Gutachtens keinen Abbruch. Da die Gutachter beim Versicherten eine gewisse Selbstlimitierung festgestellt hätten, vermöchten allfällige abweichende Stellungnahmen von Eingliederungsfachleuten beziehungsweise gescheiterte oder nur teilweise erfolgreiche Eingliederungsversuche die Beweiskraft ebenfalls nicht zu erschüttern. Dem am 11. April 2025 (Zeitpunkt für Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit) 61 Jahre und 3 Monate alten Versicherten seien angepasste Tätigkeiten zu sieben Stunden pro Tag zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit insgesamt 80 Prozent betrage. Er verfüge über mehrere abgeschlossene Berufsausbildungen und sei erst seit März 2021 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Kasuistik erhelle nicht, weshalb diese Restarbeitsfähigkeit für den Versicherten nicht mehr verwertbar sein sollte. Betreffend Invaliditätsbemessung könne der Versicherte nichts aus dem Umstand ableiten, dass die Ausgleichskasse Nidwalden von einem höheren Jahreseinkommen (CHF 91'686.00) ausgegangen sei als sie dieser gemeldet (CHF 83'786.00) und auch der Invaliditätsbemessung zugrunde gelegt habe. Beim Invalideneinkommen entspreche es konstanter Praxis, ein 100-Prozent-Pensum mit der in der entsprechenden Branche üblichen wöchentlichen Arbeitszeit gleichzusetzen. Für einen höheren Leidensabzug als 10 Prozent vom Tabellenlohn für einfache Hilfsarbeitertätigkeiten bestehe aufgrund der vergleichsweise leichten quantitativen und qualitativen Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit des über mehrere abgeschlossene Berufsausbildungen verfügenden Versicherten kein Anlass.

7.

Zunächst ist zu prüfen, ob auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung abgestellt werden kann.

7.1 Die Gutachter der medexperts ag verfügten als Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates über die für die Beurteilung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers angezeigten fachärztlichen Aus- und Weiterbildungen. Das Gutachten vom 11. April 2025 (E. 5.17) enthält ausführliche Untersuchungsbefunde und beschreibt die gesundheitlichen Einschränkungen sowie die verbleibenden Fähigkeiten. Die Annahme einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ist deshalb grundsätzlich nachvollziehbar. Weniger deutlich wird hingegen, weshalb diese gerade 80 Prozent beträgt und bereits ab September 2023 bestanden haben soll. Erklärungsbedürftig ist zunächst das Verhältnis zwischen Präsenzzeit und Leistungsfähigkeit. Neurologisch wird eine Präsenz von acht Stunden mit einer Leistungsminderung von 20 Prozent aufgrund des Pausenbedarfs angenommen. Daraus ergeben sich täglich 6 Stunden und 24 Minuten effektive Arbeitsleistung. Orthopädisch und in der

Konsensbeurteilung werden dagegen sieben Stunden Präsenz bei derselben effektiven Arbeitsleistung angenommen. Innerhalb dieser sieben Stunden verbleiben somit lediglich 36 Minuten für die zusätzliche Einschränkung. Weshalb die kürzere Präsenzzeit mit einem entsprechend geringeren zusätzlichen Pausenbedarf vereinbar sein soll, wird nicht näher erläutert.

7.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Gutachter hätten das Ergebnis der Eingliederungsbemühungen (wie es sich aus den Standortgesprächen der Eingliederung ergebe) in keiner Weise thematisiert und inhaltlich berücksichtigt (VGB Ziff. 25). Nach BGE 151 V 306 E. 4.3 und 4.4 ist eine relevante Diskrepanz zwischen gutachterlich attestierter Arbeitsfähigkeit und (bei einwandfreiem Arbeitsverhalten) dokumentiertem Eingliederungserfolg medizinisch zu erläutern. Den Gutachtern waren die Eingliederungsmassnahmen bekannt. Eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit der Differenz zwischen dem dabei erreichten Leistungsvermögen von 50 Prozent und der attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent lässt sich dem Gutachten jedoch nicht entnehmen. Diese Abweichung hätten die Gutachter jedoch begründen müssen, nachdem das Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers einwandfrei war; gemäss Verlaufsprotokoll der Beruflichen Eingliederung (Eintrag vom 05.01.2024, BG-act. 71) arbeitete er "sehr gewissenhaft" und hat "qualitativ wie quantitativ gute Ergebnisse erreicht". Es kommt hinzu, dass die rückwirkende gutachterliche Beurteilung auch den echtzeitlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte und des RAD (insbesondere dessen Beurteilung vom 04.04.2024) widerspricht.

7.3 Die im Gutachten erwähnte "gewisse Selbstlimitierung" wird im Wesentlichen mit Alltagsaktivitäten, der niedrigen Medikamentendosierung und der negativen Selbsteinschätzung begründet. Gleichzeitig werden die Beschwerden als plausibel und konsistent beschrieben. Orthopädisch wurden keine Inkonsistenzen festgestellt, neuropsychologisch zeigten sich eine gute Anstrengungsbereitschaft und keine Aggravationstendenzen. Die niedrige Medikamentendosierung wird zudem mit Nebenwirkungen bei höherer Dosierung erklärt. Die Alltagsaktivitäten sind nach den anamnestischen Angaben mit Ruhephasen und belastungsabhängigen Beschwerdezunahmen verbunden. Diese Feststellungen schliessen eine Selbstlimitierung zwar nicht aus. Sie erklären aber auch nicht, weshalb die während der Eingliederung erreichte Belastungsgrenze auf die Selbstlimitierung und nicht auf gesundheitliche Einschränkungen zurückzuführen sein soll. Da aber die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nur dann beweiskräftig wäre, wenn das Scheitern überwiegend einer nicht-pathologischen Tendenz zur Aggravation und Dramatisierung zuzuschreiben wäre (vergleiche BGE 151 V 306 E. 4.3.2), verbleibt eine ungeklärte Diskrepanz. Dass nach den bisherigen Angaben in den früheren Berichten keine Selbstlimitierung beschrieben wurde, verstärkt diesen Klärungsbedarf. Entscheidend wären konkrete Beobachtungen zum damaligen Arbeitsverhalten und zur damaligen Belastbarkeit.

8.

Insgesamt ergeben sich für das Gericht objektive Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung im medexperts-Gutachten vom 11. April 2025, auf welches sich die Beschwerdegegnerin stützt. Für die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit sind weitere Abklärungen notwendig. Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherungsträgers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die notwendigen Abklärungen vornehme und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge. In diesem Sinne ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gutzuheissen.

9.

Die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zu neuer Abklärung und anschliessend neuer Verfügung mit noch offenem Ausgang gilt für die Frage der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 210 E. 7.1).

9.1 Die Gerichtsgebühr (inklusive Schreibgebühren und Barauslagenpauschale; Art. 32 Abs. 2 VRPV, Art. 25 Abs. 1 und 2 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGebR, RB 2.3232]) ist auf CHF 900.00 festzusetzen (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG i.V.m. Art. 69 Abs. 1bis IVG). Sie ist der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV).

9.2 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers macht mit Kostennote vom 16. Oktober 2026 eine Entschädigung von insgesamt CHF 4'484.30 geltend. Praxisgemäss wird für eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde in einer Angelegenheit mittlerer Komplexität in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht CHF 3'000.00 (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG, Art. 18 Abs. 1 Verordnung über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenverordnung, GGebV, RB 2.3231] i.V.m. Art. 32 Abs. 1 GGebR). Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde in vorliegender Sache übersteigt wohl eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde mittlerer Komplexität in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht im Sinne der aufgezeigten Praxis. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Kostennote jedoch verschiedene Bemühungen aufgeführt, welche nicht berücksichtigt werden können (Kanzleiarbeiten und fallfremde Abklärungen) und ist von einem Honoraransatz von CHF 270.00 pro Stunde (plus Mehrwertsteuer) ausgegangen. Der Stundenansatz bei der Anwaltsentschädigung beträgt in der Regel – so auch vorliegend – CHF 260.00 exklusive Mehrwertsteuer (Art. 34 Abs. 1 und 4 GGebR). Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 3'900.00 zuzusprechen (Art. 27 Abs. 2 lit. c GGebV i.V.m. Art. 32 Abs. 1 GGebR).

Das Obergericht erkennt:

1. In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Oktober 2025 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfahre und neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von CHF 900.00 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3’900.00 zu entrichten.

4. Eröffnung:

   - Beschwerdeführer
   - Beschwerdegegnerin
   - Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 13. November 2026

OBERGERICHT DES KANTONS URI
Verwaltungsrechtliche Abteilung

Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert **30 Tagen** nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG.

Versand: