



|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| <b>Fall-Nr.:</b>          | IV 2025/226                |
| <b>Stelle:</b>            | Versicherungsgericht       |
| <b>Rubrik:</b>            | IV - Invalidenversicherung |
| <b>Publikationsdatum:</b> | 12.08.2026                 |
| <b>Entscheiddatum:</b>    | 16.06.2026                 |

## Entscheid Versicherungsgericht, 16.06.2026

**Art. 43 und 44 ATSG; Art. 28 IVG. Die Aussage des psychiatrischen Sachverständigen, dass «die Validität» mangels ausreichender Deutschkenntnisse und Einnahme von Psychopharmaka nicht habe geprüft werden können, relativiert die Überzeugungskraft der im psychiatrischen Teilgutachten erhobenen Diagnosen und der basierend darauf abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Für einen medizinischen Laien ist es aufgrund der fehlenden Kenntnis darüber, was der psychiatrische Sachverständige im vorliegenden Kontext mit dem Begriff «Validität» konkret gemeint hat, nicht möglich, die Aussage einzuordnen. Insbesondere ist die Einschätzung der psychiatrischen RAD-Ärztin nicht ohne Weiteres mit der Rückmeldung der Gutachter vereinbar. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Einholung weiterer Erläuterungen zum Inhalt des Begriffs und zur psychiatrischen Bedeutung der Validität im vorliegenden Kontext und zur anschliessenden neuen Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juni 2026, IV 2025/226).**

«Entscheid als PDF»



**Versicherungsgericht**  
Abteilung II

**Entscheid vom 16. Juni 2026**

---

Besetzung      Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus  
und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

---

Geschäftsnr.      IV 2025/226

---

Parteien      **A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein, c/o Procap,  
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten 1 Fächer,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

---

Gegenstand      **Rente**

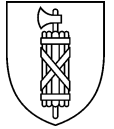


## Sachverhalt

### A.

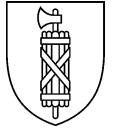
**A.a** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich im Februar 2024 wegen einer koronaren Herzerkrankung (Status nach Vorderwandinfarkt 2009 mit RIVA-Stenting und leicht eingeschränkter LVEF von 50 %), einer Dyslipoproteinämie, einem Schulterschmerz rechts mit / bei ausgeprägter Tendinopathie und einer intratendinöser Partialruptur und Hüftschmerz rechts bei Coxa profunda und beginnender Coxarthrose zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Er gab an, dass er keinen Beruf erlernt habe und seit dem 6. Juli 2023 als Reinigungsangestellter im Pensum von 20 bis 25 % in einem Coiffeur-Geschäft arbeite (IV-act. 4). Der Anmeldung legte er mehrere Unterlagen bei, darunter einen Bericht des Schlafzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 29. August 2023 bezüglich eines Verdachts auf eine schlafassoziierte Atmungsstörung (IV-act. 5) und mehrere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse für den Zeitraum bis August 2023, ausgestellt durch den Hausarzt pract. med. B.\_\_\_\_ und die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ (IV-act. 8).

**A.b** Im Rahmen der Abklärungen reichte das KSSG-Schlafzentrum bei der IV-Stelle einen Bericht zur Untersuchung vom 26. September 2023 ein. Die Ärzte hatten eine schwergradige obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert und bei ausgeprägter Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit eine CPAP-Therapie (in Zusammenarbeit mit der Lungenliga; vgl. hierzu auch IV-act. 20) für indiziert erachtet (IV-act. 15-2 f.). Am 12. März 2024 reichte auch der Hausarzt mehrere medizinische Berichte ein. Der KSSG-Kardiologe hatte am 4. März 2016 festgehalten, dass der Versicherte anamnestisch nach einem Vorderwandinfarkt 2009 in D.\_\_\_\_ operiert worden sei. Der Versicherte sei aus D.\_\_\_\_ geflüchtet und erst seit drei Monaten in der Schweiz. In den letzten Tagen habe er ein leichtes Engegefühl im Hals und Schmerzen im Bereich des linken Oberarms verspürt. Bildgebende Untersuchungen hätten als Korrelat für einen abgelaufenen Vorderwandinfarkt eine Akinesie des Apex mit Einbezug aller angrenzenden apikalen Wandsegmente und weiter eine Akinesie anteroseptal ab midventrikulär gezeigt. Der KSSG-Arzt war zum Schluss gekommen, dass bei nicht typischen kardialen Beschwerden trotz der nicht aussagekräftigen Ergometrie von einem stabilen Verlauf der koronaren Herzerkrankung auszugehen sei. Er hatte notiert, dass er das Beschwerdebild als muskuloskelettal bedingt, möglicherweise getriggert durch die psychosoziale Belastungssituation, interpretiere (IV-act. 37). Die Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 14. Dezember 2020 hatte eine nicht kompressive Diskusprotrusion L5/S1 gezeigt (IV-act. 35). Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 23. August 2021 hatte die Ärztin im Spital C.\_\_\_\_ rechtsseitige Schulterschmerzen mit / bei ausgeprägter Tendinopathie und intratendinöser Partialruptur der Supraspinatussehne, ausgeprägter Bicepstendinopathie, ausgeprägter Bursitis subacromialis und MR-tomographisch und klinisch nicht auszuschliessender Läsion der Subscapularissehne sowie rechtsseitige Hüftschmerzen bei Coxa profunda und beginnender Coxarthrose dokumentiert (IV-act. 36). Dem Verlaufsbericht zur



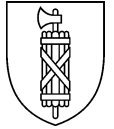
Untersuchung vom 21. November 2022 war zu entnehmen, dass im Juni 2022 eine subacromiale Infiltration erfolgt war, die Schmerzen jedoch weiterhin persistiert bzw. wieder zugenommen hatten. Die Ärztin hatte deshalb eine erneute Infiltration vorgenommen. Auch hatte sie beidseitige Leistschmerzen, linksbetont bei Verdacht auf Progredienz der vorbestehenden Arthrose bei Coxa profunda, und tieflumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung mit Hyperästhesie, nicht Dermatome bezogen im linken Bein, sowie Fusshebeschwäche links erhoben (IV-act. 31). Am 30. Juni 2023 hatten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG den Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus) und Tendinopathie oder Subluxation der langen Bizepssehne geäussert (IV-act. 27). Eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne hatte schliesslich am 12. Juli 2023 MR-tomographisch ausgeschlossen werden können (IV-act. 26).

**A.c** Am 19. April 2024 erachtete der Arzt des Regionalen Ärztlichen Diensts (RAD) Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten durch folgende Diagnosen beeinträchtigt: koronare Herzerkrankung, Subluxation der langen Bizepssehne rechts mit Insertionstendinose der Supraspinatussehne und geringer Bursitis subacromialis der rechten Schulter, Arthrose bei Coxa profunda mit Leistschmerzen beidseits, linksbetont, und tieflumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung. Als Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte er ein Schlafapnoesyndrom, eine Adipositas WHO-Grad II, eine Helicobacter pylori positive Pangastritis mit intestinaler Metaplasie des Magencorpus und einen Status nach anaphylaktischem Schock Stadium III bei Verzehr von Blütenpollen bei bekannter Pollenallergie und Heuschnupfen. Der RAD-Arzt kam zum Schluss, dass schwere körperliche Tätigkeiten wie die letzte Tätigkeit als Reinigungsangestellter nicht leidensadaptiert seien. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende, schulterschonende Tätigkeiten [mit regelmässiger Gewichtslimite von 5 kg, gelegentlich 10 kg, selten bis max. 15 kg ohne regelmässige statische / isometrische Muskelhaltarbeiten mit höheren Blutdruckspitzen] mit Vermeidung von Zwangshaltungen der Wirbelsäule [bspw. repetitive Rumpfvorbeugung, Rotationen, Bückbelastungen etc.] sowie von längeren Geh- und Stehphasen) bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (IV-act. 43). Den entscheidenden IV-relevanten Gesundheitsschaden bilde die Herzerkrankung (koronare Herzerkrankung) mit dem Herzinfarkt und der anschliessenden Intervention (RIVA-Stenting), welche im Jahre 2009 stattgefunden habe. Die übrigen Diagnosen (Schulter, Leisten und Rücken) tauchten im Dossier mit Erstnennungen erst zwischen den Jahren 2020 und 2023 auf. Diese seien, zumindest jede für sich, nicht IV-relevant bzw. begründeten in den dargestellten Formen (basierend auf den beschriebenen Befundberichten und Symptomaten) alleine keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 44).



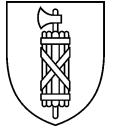
**A.d** Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 23. April 2024 mit, dass er aufgrund einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe (IV-act. 46). Am 19. Juli 2024 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 10 % die Abweisung seines Begehrens um Ausrichtung einer Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 49). Dagegen liess der Versicherte am 23. September 2024 einen Einwand erheben. Er liess unter anderem die Durchführung einer medizinischen Begutachtung mit Evaluation der Leistungsfähigkeit (EFL) beantragen. Eventualiter seien nach der Klärung der Erwerbsfähigkeit berufliche Massnahmen zu gewähren (IV-act. 54). Am 18. Oktober 2024 erachtete der RAD-Arzt eine polydisziplinäre Begutachtung für notwendig (IV-act. 60). Die am 28. März 2025 durchgeführte MRT der LWS zeigte eine leicht progrediente distale Degeneration L5 / S1.

**A.e** Die estimed AG erstattete am 30. April 2025 ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Psychiatrie sowie Rheumatologie. Zudem war eine EFL durchgeführt worden (IV-act. 80). In der Konsensbeurteilung nannten die Sachverständigen nur rechtsseitige Schulterschmerzen (ICD-10: M25.51; bei Impingementsyndrom mit chronischer Bursitis subacromialis / subdeltoidea [ICD-10: M75.4], Enthesiopathie des Musculus supraspinatus [ICD-10: M75.8] und Status nach Partialruptur der Musculus supraspinatus Sehne) als Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 80-50), denn daraus ergäben sich Funktionseinschränkungen in der Belastbarkeit der rechten Schulter (IV-act. 80-51). Aus interdisziplinär-medizinischer Sicht bestünden nur vereinzelt Inkonsistenzen. Die Plausibilität der Aussagen sei weitgehend gegeben. Die «Validität» sei psychiatrisch hingegen mangels ausreichender Deutschkenntnisse und Einnahme von Psychopharmaka nicht ausreichend beurteilbar (IV-act. 80-49). Bei einer Präsenzzeit von 8.4 Stunden täglich ergebe sich eine Gesamtarbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 40 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Die EFL-Abklärung sei hierbei berücksichtigt und fachärztlich eingeordnet worden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 40 % sei rheumatologisch bedingt und bestehe seit ca. Mitte 2021. Da Therapiemöglichkeiten bestünden (konservativ und operativ) gelte die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zunächst für zwölf Monate. Der weitere Verlauf sei zu gegebener Zeit mittels einer erneuten Begutachtung zu klären. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei leicht bis mittelschwer wechselbelastend, schulterschonend (mit regelmässiger Gewichtslimite von 5 kg, gelegentlich 10 kg, selten bis max. 15 kg) und umfasse keine Überkopfarbeiten sowie keine repetitiven Hebebewegungen im Arm-Schulterbereich. Zwangshaltungen der Wirbelsäule seien zu vermeiden. Der Beschwerdeführer sollte Faktoren, die Asthma auslösen könnten, nicht inhalativ exponiert sein. Bei einer inhalativen Exposition gegenüber Chemikaliendämpfen oder -gasen sollte er Atemmasken mit Gaskartuschen gegen chemische Gase und Dämpfe verwenden. Schwere körperliche Belastungen unter Verwendung dieser Maskensysteme sollte er vermeiden. Arbeitstätigkeiten, die mit erhöhten Anforderungen an die selektive und geteilte Aufmerksamkeit und



Vigilanz sowie mit einem erheblichem Gefährdungspotential (Eigen- und Fremdgefährdung) verbunden seien (z.B. Führen von komplexen Maschinen, Lenken eines LKW oder Arbeitstätigkeiten, bei denen er auf das Führen von Fahrzeugen angewiesen sei und ein Termindruck bestehe sowie Arbeitstätigkeiten mit Absturzgefahr) seien derzeit nicht durchzuführen. In einer adaptierten Tätigkeit habe bereits früher keine dauerhafte bzw. längerfristig anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-act. 80-53 ff.).

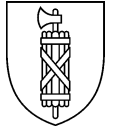
**A.f** Der RAD-Arzt qualifizierte das Gutachten als nachvollziehbar und plausibel. Er notierte, dass für leidensadaptierte Tätigkeiten weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 82). Dem Versicherten wurde die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt (IV-act. 85). Am 23. Mai 2025 liess der Versicherte vorbringen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit weder nachvollziehbar noch schlüssig sei. Die vom rheumatologischen Gutachter erwähnten Einschränkungen bezüglich der Schulterbeschwerden rechts hätten ebenfalls einen leistungsmindernden Einfluss auf eine angepasste Tätigkeit, dies auch unter Berücksichtigung der verschiedenartigen Gesundheitsschäden, welche ungünstig zusammenspielen würden. Zudem liess der Versicherte beantragen, die Verwertbarkeit der rein medizintheoretischen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf dem realen Arbeitsmarkt durch einen Eingliederungsberater beurteilen zu lassen (IV-act. 92). Am 20. Juni 2025 ergänzte der Versicherte seine Stellungnahme. Er liess unter anderem neu beantragen, bei der behandelnden Psychiaterin einen Bericht anzufordern. Er beanstandete, dass gemäss der Aussage im psychiatrischen Teilgutachten aufgrund der Fremdsprachigkeit nicht alle Testungen (z.B. BDI, SRSI, FSMC, etc.) durchgeführt worden seien und die Validität mangels ausreichender Deutschkenntnisse nicht habe überprüft werden können. Zudem liess er eine Stellungnahme von pract. med. B.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2025 einreichen, der die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % schätzte (IV-act. 94). Der Versicherte informierte am 4. Juli 2025 die IV-Stelle darüber, dass die psychiatrische Behandlung aus Kapazitätsgründen bei einem anderen Psychiater stattfinden werde. Die Behandlung werde am 7. Juli 2025 stattfinden (IV-act. 95). Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, dass die Stellungnahme von pract. med. B.\_\_\_\_ lediglich denselben medizinischen Sachverhalt anders beurteile. Somatischerseits würden sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder Tatsachen ergeben. Es könne daher an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werden. Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens hielt die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie fest, dass es nachvollziehbar sei. Die erwähnten nicht durchgeführten Testungen seien keine Voraussetzung für die Diagnostik. Die phobische und zwanghafte Entwicklung sei gemäss Gutachter nach Ausprägung und Frequenz nicht intensiv genug, um eine Diagnose zu stellen. Symptome, die auf das Vorliegen einer – wie vom Hausarzt vorgebracht – posttraumatischen Belastungsstörung hinwiesen, gebe es nicht. Aus psychiatrischer Sicht könne weiterhin vollumfänglich am beschriebenen Adaptionsprofil des Gutachtens und der vollen adaptierten Arbeitsfähigkeit festgehalten werden (IV-act. 101).



**A.g** Mit Verfügung vom 24. Juli 2025 wies die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 10 % das Begehren des Versicherten um Ausrichtung einer Rente ab. Als Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung gelte das Einkommen, welches er in einem Pensum von 100 % als ungelernter Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik (LSE, Kompetenzniveau 1, Männer, 2023) erzielen könnte. Mit der gesundheitlichen Einschränkung könne er in ideal adaptierten Tätigkeiten ein gleichwertiges Einkommen erzielen, wobei ein Pauschalabzug von 10 % aufgrund der Abstützung auf einen statistischen Tabellenwert vorzunehmen sei (IV-act. 102).

**B.**

**B.a** Dagegen liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 12. September 2025 eine Beschwerde erheben. Er liess die Aufhebung der Verfügung vom 24. Juli 2025 und die Zusprache einer Invalidenrente ab dem 1. August 2024 beantragen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, das Gutachten sei hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung weder schlüssig noch nachvollziehbar. Insbesondere hätten die Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt (act. G 1-6). Das pneumologische Teilgutachten habe das offenbar therapieresistente Schlafapnoesyndrom, das die Leistungsfähigkeit und die Geschwindigkeit des Arbeitens erheblich beeinträchtige, nicht beachtet (act. G 1-6). Ferner hätten die Gutachter Hinweise auf eine psychische Erkrankung festgehalten, diese aber angesichts von Sprachbarrieren für nicht validierbar erklärt. Damit seien die gesundheitlichen Einschränkungen nicht hinreichend erfasst worden (act. G 1-4). Dr. B.\_\_\_\_ habe explizit darauf hingewiesen, dass er (der Beschwerdeführer) von traumatischen Erlebnissen aus dem Krieg in D.\_\_\_\_ unter dem Assad-Regime berichtet habe, welche eine posttraumatische Belastungsstörung vermuten liessen. Der psychiatrische Gutachter habe ebenfalls solche Berichte wiedergegeben. Gleichzeitig habe er Ängste, Vergesslichkeit und Verwirrung sowie Verdachtsdiagnosen beschrieben, während er aufgrund der Fremdsprachigkeit zahlreiche Tests als nicht durchführbar befunden habe. Damit stehe fest, dass der psychische Gesundheitszustand nicht hinreichend habe geprüft werden können, obwohl Anhaltspunkte für einen erheblichen Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden gewesen seien. Zwischenzeitlich habe er eine psychiatrische Behandlung bei einer arabisch sprechenden Psychiaterin aufgenommen. Dies sei der Beschwerdegegnerin am 20. Juni 2025 mitgeteilt worden mit dem Antrag, deren Erkenntnisse vor einer definitiven Entscheidung abzuwarten. Sowohl der Anspruch auf rechtliches Gehör als auch der Untersuchungsgrundsatz hätten es geboten, die Erkenntnisse dieser Psychiaterin noch abzuwarten und mit dem Entscheid zuzuwarten. Indem die Beschwerdegegnerin dies nicht getan habe, habe sie den Anspruch auf rechtliches Gehör und den



Untersuchungsgrundsatz verletzt (act. G 1-6 f.). Der Beschwerdeführer liess ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege einreichen (act. G 1).

**B.b** Am 2. Dezember 2025 informierte die IV-Stelle das Versicherungsgericht, dass sie nach Durchsicht der Akten Rückfragen an die Gutachter für notwendig halte (act. G 7). Die IV-Stelle bat die Gutachterstelle um Klärung des Widerspruchs zwischen der Aussage, dass «[d]ie Validität [...] mangels ausreichende[r] Deutschkenntnisse[...] und Einnahme von Psychopharmaka nicht geprüft [habe] werden [können]», und der Tatsache, dass sich im gesamten Gutachten keine Hinweise auf die Einnahme von Psychopharmaka ergäben. Zudem ersuchte sie um eine Erläuterung der Aussage, dass die Validität mangels Deutschkenntnisse nicht habe geprüft werden können (IV-act. 114). Die Gutachter der estimed AG äusserten sich am 18. Dezember 2025 wie folgt zur Frage bezüglich Psychopharmaka: «Wir bedanken uns für die genaue Durchsicht und bedauern die suboptimale Angabe, da wir das vom Exploranden angegebene Schlafmittel (fehlerhaft) unter dem Begriff Psychopharmakon subsumierten. Es ist jedoch korrekt, dass der Explorand – wie Sie schreiben – aktuell keine eigentlichen Psychopharmaka einnimmt. Die Aussage zur Validität bleibt jedoch bestehen, da die Validität bei den nicht ausreichenden Deutschkenntnissen zu hinterfragen ist. Hier besteht kein Widerspruch. Die Aussage 'mangelnde Deutschkenntnisse' bezieht sich auf den gutachterlichen Eindruck der Sprachkompetenz während der Exploration. Dass in casu eine erhebliche Sprachbarriere vorliegt, haben Sie selber festgehalten, da Sie bei der Gutachtensanmeldung auf SuisseMedap unter 'gesprochene Sprache' Folgendes angaben: 'Muttersprache Kurdisch und Arabisch' und dabei um einen Dolmetscher gebeten haben. Zur Beurteilung der Validität benutzen wir in der estimed AG u.a. den Beschwerdevalidierungstest SRSI. Der Beschwerdevalidierungstest SRSI ist jedoch ein sprachbasierter Test, für den muttersprachliche Kenntnisse in Deutsch, also mindestens C2 (gesichert) [erforderlich sind]. Sonst ergibt sich die Gefahr falscher Antworten. Für die Beurteilung der Konsistenz, der Plausibilität und der Validität ist die Benutzung solcher Beschwerdevalidierungstests nur ein Bestandteil und [sie] darf den klinischen Eindruck nie ersetzen. Somit basiert die Bemessung von Konsistenz, Plausibilität und Validität immer auf der Summe mehrerer einflussender Aspekte» (IV-act. 117).

**B.c** Mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2026 beantragte die Beschwerdegegnerin – unter Beilage der Rückmeldung der Gutachterstelle – die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie unter anderem aus, Dr. B.\_\_\_\_ habe keine Ausführungen gemacht, die konkrete Zweifel an der pneumologischen Einschätzung wecken würden. Das Stellen einer anderen Diagnose führe nicht zur Schmälerung des Beweiswerts des Gutachtens (act. G 9-4). Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten traumatischen Erlebnisse, aus denen sich eine posttraumatische Belastungsstörung ergeben sollten, würden weder von Dr. B.\_\_\_\_ noch in der Beschwerdeschrift näher ausgeführt. Auch im Rahmen der Begutachtung habe der Beschwerdeführer nichts darüber berichtet. Zwar habe er sich



Ende 2015 zur Flucht aus Syrien entschlossen. Allerdings habe er in erster Linie nachvollziehbar den Verlust seiner Existenzgrundlage betrauert. Was den ausstehenden Bericht der behandelnden Psychiaterin angehe, habe der Beschwerdeführer genügend Zeit gehabt, den Bericht einzureichen, da der Termin gemäss Angaben des Beschwerdeführers am 7. Juli 2025 hätte stattfinden müssen, die angefochtene Verfügung jedoch erst am 24. Juli 2025 ergangen sei (act. G 9-5 f.).

**B.d** Am 13. Januar 2026 hiess die verfahrensleitende Versicherungsrichterin das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch den Rechtsvertreter) gut (act. G 10).

**B.e** Am 16. März 2026 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest (act. G 14). Er reichte einen Bericht des behandelnden Psychiaters ein. Dieser hatte beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10: F41.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.1) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei seit dem 20. August 2025 bei ihm in Behandlung und werde durch eine integrierte psychotherapeutische Behandlung unterstützt. Durch die psychopharmakologische und psychotherapeutische Unterstützung im ambulanten Setting sei es zu einer leichten Verbesserung des psychischen Zustands gekommen. Aufgrund der sozialen Situation sei es immer wieder zu einer Verschlechterung des psychischen Zustands gekommen. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei ungünstig (act. G 14.1).

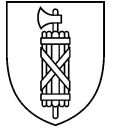
**B.f** Am 20. April 2026 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 16).

## Erwägungen

### 1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich auf die Prüfung des im Februar 2024 eingereichten Rentenbegehrens und damit auf die Frage beschränkt, ob der Beschwerdeführer frühestens ab dem 1. August 2024 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Die Anträge des Beschwerdeführers im vorliegenden Beschwerdeverfahren richten sich denn auch ausschliesslich auf den Rentenanspruch. In diesem Beschwerdeverfahren ist folglich ausschliesslich ein Rentenanspruch frühestens ab dem 1. August 2024 zu prüfen.

### 2.



**2.1** 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 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent 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. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer als vollerwerbstätig qualifiziert (IV-act. 102). Diesem Vorgehen ist zuzustimmen: Der Beschwerdeführer hätte im fiktiven Gesundheitsfall wirtschaftlich gesehen in einem hohen Pensum arbeiten müssen, da er mangels Berufsausbildung im niedrig entlöhnten Segment tätig gewesen wäre, seine Frau nicht erwerbstätig ist und sie drei schulpflichtige Kinder (Jg. 2015 und 2x 2016; IV-act. 4-4) haben (IV-act. 80-80 f.). Im fiktiven Gesundheitsfall wäre der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich zu 100 % erwerbstätig gewesen, da er ansonsten aufgrund des geringen Einkommens – wie jetzt – sozialhilfebedürftig geworden wäre. Vorzunehmen ist daher ein «reiner» Einkommensvergleich.

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

**2.3** 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

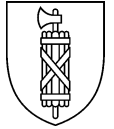


den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (MIRIAM LENDFERS, N 87 ff. zu Art. 61, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024).

**2.4** 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.**

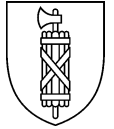
**3.1** Die Teilgutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie beruhen auf einer persönlichen und umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers. Die Sachverständigen haben sich eingehend nach der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers erkundigt (IV-act. 80-77 ff., 80-204 ff.). Anhand von fachärztlichen Untersuchungen haben sie die klinischen Befunde erhoben (IV-act. 80-83 f., 80-86 ff., 80-211 ff.), die es ihnen erlaubt haben, objektive, d.h. von der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers losgelöste, Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu ziehen. Der internistische Sachverständige hat festgehalten, dass aus internistischer Sicht keine Erkrankungen bestünden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (IV-act. 80-86 f.). Der Beschwerdeführer sei demnach aus internistischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Der rheumatologische Sachverständige hat anhand der vorliegenden Arztberichte, der Eigenangaben des Beschwerdeführers, dem aktuellen rheumatologischen Untersuchungsbefund und von Untersuchungen mittels muskuloskelettalen Ultraschalls als Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rechtsseitige Schulterschmerzen (ICD-10: M25.51; bei Impingementsyndrom mit chronischer Bursitis subacromialis / subdeltoidea [ICD-10: M75.4], Enthesiopathie des Musculus supraspinatus [ICD-10: M75.8] und Status nach Partialruptur der Musculus supraspinatus Sehne) erhoben (IV-act. 80-216 f.). Der rheumatologische Sachverständige hat sich sodann mit der EFL-Testung (IV-act. 80-226 ff.) auseinandergesetzt. Anlässlich dieser seien eine Selbstlimitierung und eine mässige Symptomausweitung festgestellt und infolgedessen die Resultate der physischen Leistungstests als nur teilweise verwertbar qualifiziert worden. Indessen liege der aktuellen rheumatologischen Einschätzung neben der funktionellen und klinischen Beurteilung auch eine zusätzliche objektivierende bildgebende Einschätzung der rechten Schulter vor, in der sich eindeutig eine Bursitis subacromialis rechts zeige, die passend zu der Impingementsymptomatik Arbeiten über Kopf und Schulterbewegungen limitiere. Deshalb bestehe trotz der Einschätzung im Rahmen der EFL-Testung eine plausible Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 80-218). Aus rheumatologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit 60 % (60%ige Leistungsfähigkeit bei einer Präsenzzeit von 100 %), dies seit Mitte 2021 und aktuell zunächst für die Dauer von zwölf Monaten (IV-act. 80-221, 80-223). Nach Ablauf der zwölf Monate sei eine Verlaufsbeurteilung erforderlich (IV-act. 80-57). In einer angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere wechselbelastende,



schulterschonende Tätigkeiten [mit regelmässiger Gewichtslimite von 5 kg, gelegentlich 10 kg, selten bis max. 15 kg], keine Überkopfarbeiten, keine repetitiven Hebebewegungen im Arm-Schulterbereich, Vermeidung von Zwangshaltungen der Wirbelsäule [bspw. repetitive Rumpfvorbeugung, Rotationen, Bückbelastungen etc.]) bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 80-222). Weder auf allgemeininternistischem noch auf rheumatologischem Fachgebiet hätten Diskrepanzen und Inkonsistenzen erhoben werden können (IV-act. 80-85 f., 80-214 f.). Die in diesen beiden Teilgutachten angegebenen Diagnosen sind überwiegend wahrscheinlich richtig und die gestützt darauf abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen vermögen jeweils zu überzeugen.

**3.2** Der kardiologische Sachverständige hat den Beschwerdeführer ebenfalls persönlich und umfassend untersucht. Er hat ausgeführt, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Die koronare Gefässerkrankung und weitere nicht-arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen würden zwar die Wahrscheinlichkeit von sekundären Herzkreislaufereignissen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall erhöhen, verblieben aber dennoch versicherungsmedizinisch irrelevant (IV-act. 80-114). Eine Begründung hierfür fehlt jedoch. Es lässt sich daher nicht nachvollziehen, inwiefern die koronare Gefässerkrankung sich beispielsweise nicht qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken soll. Die gestützt auf die erhobenen Diagnosen abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellter vermag mangels Begründung nicht zu überzeugen. Im Ergebnis ändert dies jedoch nichts daran, dass einer allfälligen qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Festlegung eines Adaptionsprofils (keine körperlich schweren Tätigkeiten wie schon gemäss dem rheumatologischen Sachverständigen) begegnet werden könnte und der Beschwerdeführer in einer solchen angepassten – nicht jedoch in der angestammten – Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig wäre. Demnach ist auch das kardiologische Teilgutachten verwertbar.

**3.3** Das pneumologische Teilgutachten beruht auf einer persönlichen und umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers. Der Sachverständige hat sich eingehend nach der subjektiven Sicht des Beschwerdeführers erkundigt (IV-act. 80-131 ff.). Anhand einer fachärztlichen Untersuchung hat er die klinischen Befunde erhoben (IV-act. 80-143 ff.), die es ihm erlaubt haben, objektive Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu ziehen. Der pneumologische Sachverständige hat anhand der Schlafapnoe-Untersuchung durch PAR-basierte Diagnostik nativ vom 26. Februar 2025 (zwei Tage vor der Begutachtung) ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom erhoben (Apnoe-Hypopnoe-Index 14,0/h). Dieser Befund beruht auf einer zur Begutachtung zeitnahen Messung und ist deshalb aktueller als die aktenkundigen Befunde des Schlafzentrums des KSSG im August und September 2023 (IV-act. 5, 15) sowie diejenigen der Lungenliga CPAP-Erfolgsüberwachung im Dezember 2023 (IV-act. 20). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat der Sachverständige auch berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer die



CPAP-Therapie aus Unverträglichkeitsgründen hatte abbrechen müssen (IV-act. 80-150, 80-152). Dass das Schlafapnoesyndrom initial schwergradig gewesen war, bestreitet auch der pneumologische Sachverständige nicht. Dies ändert letztlich nichts daran, dass ein solches anlässlich der Begutachtung nicht mehr objektivierbar gewesen ist. Hierzu hat der Sachverständige auch ausgeführt, dass sich der Apnoe-Hypopnoe-Index durch die deutliche Gewichtsabnahme aktuell deutlich verbessert habe. Aufgrund des noch leichtgradigen und aktuell nicht therapierten obstruktiven Schlafapnoesyndroms könne die Symptomatik des nicht erholsamen Schlafes auf pneumologischem Fachgebiet mit überwiegender Wahrscheinlichkeit damit assoziiert sein. Die Tagesmüdigkeit – welche der Sachverständige entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers durchaus thematisiert hat – könne jedoch auch durch die ebenfalls erhobene leichte chronische Insomnie bedingt sein. Dies sei nicht sicher zu differenzieren (IV-act. 80-146 f., 80-152). Zusammenfassend bestünden auf pneumologischem Fachgebiet keine dauerhaften bzw. längerfristig anhaltenden Funktions- oder Fähigkeitsstörungen (IV-act. 80-153). In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer folglich zu 100 % arbeitsfähig. Ausgenommen davon sei der Zeitraum vom 29. bis 30. Mai 2019 (Hospitalisation; IV-act. 80-155). Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung in der angestammten Tätigkeit vermag nicht zu überzeugen, denn der pneumologische Sachverständige hat für eine angepasste Tätigkeit Kriterien aufgeführt, welche die angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellter nicht erfüllt (keine wesentliche Asthmatriggerfaktoren oder zumindest Vorbeugung anhand geeigneter Atemmasken; Vermeidung schwerer körperlicher Belastungen unter Verwendung dieser Maskensysteme; keine deutlich erhöhte komplexe Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die selektive und geteilte Aufmerksamkeit und Vigilanz sowie mit erheblichen Gefährdungspotential wie etwa Absturzgefahr; IV-act. 80-155 f.). Im Ergebnis spielt dies jedoch keine Rolle, da eine solcherart angepasste Tätigkeit aus pneumologischer Sicht zu 100 % möglich ist (IV-act. 80-156).

### **3.4**

**3.4.1** Der psychiatrische Sachverständige hat den Beschwerdeführer ausführlich befragt (IV-act. 80-169 ff.). Anhand des AMDP-Tests hat der psychiatrische Sachverständige ein depressives Syndrom erhoben (IV-act. 80-182). Gestützt auf die anamnestischen Angaben hat er ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer seit etwa sechs Jahren eine gewisse Lustlosigkeit bestehe. Der soziale Abstieg und die dabei stark empfundenen Kränkungen würden den Beschwerdeführer am meisten stören. Seine somatischen Beschwerden, die seit 2020 bestehen würden, schränkten ihn nach seiner Wahrnehmung ein, belasteten die Psyche aber weniger als seine soziale Situation (IV-act. 80-185). Zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung und der Untersuchung sowie zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe bestünden Diskrepanzen (IV-act. 80-186). Die Angaben des Beschwerdeführers seien plausibel, jedoch wirke das psychische



Beschwerdebild nicht im ganzen Mass nachvollziehbar. Die Validität habe mangels ausreichender Deutschkenntnisse und Einnahme von Psychopharmaka nicht geprüft werden können (IV-act. 80-187). Es hätten sich sehr leichte Verdeutlichungstendenzen im psychischen Bereich ergeben, jedoch keine Aggravation, Simulation und Dissimulation (IV-act. 80-187). Auf psychiatrischem Fachgebiet bestünden keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen (IV-act. 80-187). Der Beschwerdeführer sei mit seiner Lebenssituation und vor allem den Sozialbehörden sehr unzufrieden. Dies habe bisher jedoch nicht belegbar zu einer depressiven Störung geführt. Die affektive Auslenkung genüge für eine Dysthymia, bestehend seit einigen Jahren, die jedoch per definitionem so schwach sei, dass sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, auch wenn sich der Beschwerdeführer von seiner Lustlosigkeit gebremst erlebe. Im Hintergrund gebe es Hinweise auf phobische und zwanghafte Entwicklungen, die jedoch nach Ausprägung und Frequenz bisher noch nicht intensiv genug seien, um eine Diagnose zu rechtfertigen. Weiter sei keine überzeichnete Darstellung von Schmerzverhalten feststellbar gewesen, weshalb die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ausser Betracht falle. Eine Persönlichkeitsstörung liege ebenfalls nicht vor (IV-act. 80-188). Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 80-191).

**3.4.2** Die Aussage des psychiatrischen Sachverständigen, dass «die Validität» mangels ausreichender Deutschkenntnisse und Einnahme von Psychopharmaka nicht habe geprüft werden können (IV-act. 80-187), mindert die Überzeugungskraft der im psychiatrischen Teilgutachten erhobenen Diagnosen und der basierend darauf abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung deutlich, zumal die psychiatrische Exploration deutlich stärker als im somatischen Bereich über die Angaben der untersuchten Person erfolgt. Dieselbe Aussage findet sich auch in der Konsensbeurteilung wieder (vgl. IV-act. 80-49). Für einen medizinischen Laien ist es aufgrund der fehlenden Kenntnis darüber, was der psychiatrische Sachverständige im vorliegenden Kontext mit dem Begriff «Validität» konkret gemeint hat, nicht möglich, die Aussage einzuordnen. Bezieht sich die fehlende Validität auf die Beschwerden des Beschwerdeführers? Bezieht sie sich auf seine Aussagen? Oder bezieht sie sich auf die Ergebnisse der Untersuchung? Wenn sie sich auf die Untersuchungsergebnisse bezieht: Sind die Ergebnisse in dem Sinne nicht valide, dass selbst die Diagnose einer Dysthymie möglicherweise nicht richtig ist? Oder sind die Ergebnisse so zu verstehen, dass die nicht durchgeführten Tests durchaus zu anderen oder weiteren (arbeitsfähigkeitsrelevanten) Diagnosen hätten führen können? Der Stellungnahme der psychiatrischen RAD-Ärztin vom 23. Juli 2025 ist die Ansicht zu entnehmen, dass «[d]ie [...] nicht durchgeführten Testungen [...] nicht Voraussetzung für die Diagnostik» seien (IV-act. 101-4). Diese Aussage reicht für Personen, die über kein medizinisches Fachwissen verfügen, nicht, um die aufgeworfene Frage zur Validität zu beantworten. Auch greift die Aussage der RAD-Ärztin offensichtlich zu kurz, denn ansonsten hätte der psychiatrische Sachverständige bzw. die Gutachterstelle in ihrer Konsensbeurteilung erwähnt, dass die Testungen für die Diagnostik unbeachtlich seien. Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hat der fallführende Sachverständige die Aussage, dass «die Validität»



mangels ausreichender Deutschkenntnisse nicht habe überprüft werden können, erläutert und ausgeführt, dass der Beschwerdeführer einen Dolmetscher gebraucht habe, dass die Gutachterstelle zur Beurteilung der Validität aber unter anderem den sprachbasierten Beschwerdevalidierungstest SRSI heranziehe. Dieser Test habe vorliegend nicht durchgeführt werden können, da er Deutschkenntnisse auf dem Niveau C2 voraussetze, über welche der Beschwerdeführer aber nicht verfügt habe. Für die Beurteilung der Konsistenz, der Plausibilität und der Validität sei die Benutzung solcher Beschwerdevalidierungstests nur ein Bestandteil. Sie dürfe den klinischen Eindruck nie ersetzen. Somit basiere die Bemessung von Konsistenz, Plausibilität und Validität immer auf der Summe mehrerer einflussender Aspekte (IV-act. 117-2). Damit sind für einen medizinischen Laien weiterhin weder die Reichweite noch die Konsequenzen dieser Feststellung hinsichtlich Validität klar. Insbesondere ist die Einschätzung der psychiatrischen RAD-Ärztin nicht ohne Weiteres damit vereinbar. Hinzu kommt, dass die psychiatrische RAD-Ärztin ihre Stellungnahme im Vorfeld zu den Rückfragen abgegeben hatte. Um beurteilen zu können, ob die Diagnosen gemäss dem psychiatrischen Gutachten und die darauf gestützt abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreichen und der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist, sind für medizinische Laien weitere Erläuterungen zum Inhalt des Begriffs und zur psychiatrischen Bedeutung der Validität im vorliegenden Kontext nötig.

**3.5** Nach dem Gesagten kann das Gericht, dessen Mitglieder nicht über medizinisches Fachwissen verfügen, nicht abschliessend beurteilen, ob die psychiatrischen Diagnosen und die darauf gestützt erstellte Arbeitsfähigkeitsschätzung sowie die Gesamtarbeitsfähigkeitsschätzung überzeugen. Der massgebende Sachverhalt erweist sich damit in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend ermittelt. Der RAD bzw. die Beschwerdegegnerin hat also zu Unrecht auf die Gesamtarbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter abgestellt. Da es nicht die Sache des Versicherungsgerichts sein kann, die ureigenste Aufgabe der Beschwerdegegnerin, nämlich die Sachverhaltsabklärung, zu übernehmen, ist die Sache zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird die erforderlichen Abklärungen hinsichtlich des Inhalts und der Tragweite des vom psychiatrischen Sachverständigen verwendeten Begriffs «Validität» durchführen, ehe sie neu verfügen wird.

#### **4.**

Nachdem die Sache in Aufhebung der Verfügung vom 24. Juli 2025 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, erübrigen sich weitere Erwägungen zum Einkommensvergleich.

#### **5.**



**5.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Die Rückweisung einer Sache gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.– festzusetzenden Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

**5.2** Der Beschwerdeführerin hat einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO) für Rechtsanwälte pauschal Fr. 1'500.– bis Fr. 15'000.–. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Für einen durchschnittlichen «IV-Rentenfall» wie den vorliegenden mit einem einzigen Gutachten und mit Durchführung eines (auch wenn eher mageren) doppelten Schriftenwechsels wird jeweils eine Entschädigung von Fr. 4'000.– zugesprochen. Die Parteientschädigung ist demnach auf Fr. 4'000.– (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

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

### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.– zu bezahlen.

### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.– (einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu entschädigen.