

GR_GERICHTE SV1 2025 13 vom 11. Juni 2025

GR Gerichte, 2025-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_sv1_2025_13

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 13 du 11 juin 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 13 del 11 giugno 2025

Regeste

Invalidenrente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Juli 2020 als Koch in einem 90 %-Pensum bei der Stiftung E._____ in F._____ tätig war (vgl. IV-act. 151 S. 7, IV-act. 172 und IV-act. 338 S. 81). In dieser Tätigkeit wurde er erst ab dem 24. November 2021 vollständig bzw. zu 50 % arbeitsunfähig erachtet (vgl. Case Report vom 6. Februar 2025 [IV-act. 364 S. 5] und Bericht von

E. 1.005

x 1.012 x 0.995 x 1.034 x 0.986 x 1.015 x 0.993 x 1.01 [Tabelle T1.1.10, Wirtschaftszweige 86-88 Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen {siehe Arbeitszeugnis der Heimstätte B._____ vom 30. November 2009 {IV-act. 115 S. 10 f.} und Stellenbeschreibung {IV-act. 16 S. 10 f.}}, mit für 2024 geschätzter Nominallohnentwicklung von 1 %]). In Gegenüberstellung zum hiervor ermittelten Einkommen mit Invalidität von CHF 61'351.85 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von

E. 6

/ 33 Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberarzt bei den I._____, vom 28. Juni 2022 [IV-act. 197]; siehe ferner Evaluationsgespräch vom 11. Mai 2022 [IV-act. 174 S. 1], Verlaufsprotokoll Eingliederung vom 30. September 2022 [IV-act. 199 S. 1] sowie Verlaufsprotokoll Berufsberatung, Eintrag vom 16. Januar 2022 [IV-act. 212 S. 10]). Demnach ist das Wartejahr als per November 2022 erfüllt zu betrachten. 2.2. Uneins sind sich die Verfahrensbeteiligten hinsichtlich des Einkommens mit Invalidität und dabei betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, insbesondere in angepasster Tätigkeit, und hinsichtlich des Einkommens ohne Invalidität. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer ab dem 10. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen hat, wofür er ein Taggeld beanspruchte (vgl. Verfügungen vom 24. Januar 2023 [IV-act. 218], vom 10. Juli 2023 [IV-act. 243] und vom 19. Oktober 2023 [IV-act. 272]). 3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.1 f., 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.1), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier

umstrittene Rentenanspruch seine Begründung ab dem 1. November 2022 fände (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG), sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9100). 4.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer

E. 7

/ 33 Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG). 4.2.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Diese richtet sich bei erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG, wobei der Bundesrat die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren umschreibt. Mithin ist in diesem Fall ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen bzw. Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen bzw. Einkommen ohne Invalidität). Gemäss Art. 25 Abs. 2 IVV sind die massgebenden Erwerbseinkommen nach Art. 16 ATSG in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen und richten sich nach dem Arbeitsmarkt in der Schweiz. Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). 4.2.2. Nach Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV bestimmt sich das Einkommen ohne Invalidität (sog. Valideneinkommen) anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Hinsichtlich der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (sog. Invalideneinkommen) sieht Art. 26bis Abs. 1 IVV was folgt vor: Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet. Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26bis Abs. 2 Satz 1 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig

sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26bis Abs. 3 IVV

E. 8

/ 33 mit Verweis auf Art. 49 Abs. 1bis IVV in der bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Abs. 3 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1). 4.3. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (lit. c). Nach Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Art. 28b Abs. 4 IVG): Invaliditätsgrad Prozentualer Anteil 49 % 47.5 % 48 % 45 % 47 % 42.5 % 46 % 40 % 45 % 37.5 % 44 % 35 % 43 % 32.5 % 42 % 30 % 41 % 27.5 % 40 % 25 % 5.1. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2025 einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das polydisziplinäre Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 18. Januar 2025 ab (vgl. IV- act. 338, 359 und 360).

E. 8.1

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. auch Erwägung 5.2.2 hiervor) ist festzustellen, dass das Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 18. Januar 2025 in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 338 S. 67 ff. und S. 109 ff.), der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 338 S. 24 ff., S. 44 f., S. 79 f., S. 111 f. und S. 142 ff.). Es basiert auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 338 S. 31 ff., S. 48 ff., S. 85 ff. und S. 115 ff.). Die Gutachterinnen und Gutachter nahmen ferner zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 338 S. 34 ff., S. 50 ff., S. 90 ff. und S. 120 ff.). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 338 S. 145 f.):
■ Schultergelenkverschleissleiden beidseits (ICD-10: M75.5) links > rechts ■ Status nach schulterarthroskopischer OP rechts 2018 und mini open Repair der vorderen Rotatorenmanschette, AC-Gelenksresektion, sekundäre Besserung ■ Partialruptur der Supraspinatus-Sehne, superiore Partialruptur der Subscapularis-Sehne, Bursitis subacromialis/subdeltoidea und ACG- Arthrose beidseits (ICD-10: M75.4; M75.5)

13 / 33 ■ Schulterleiden links mit Impingementsymptomatik (ICD-10: M75.4L)

■ Chronische Lumboischialgien bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit Wirbelgleiten L4/5 (ICD-10: M54.1; M43.06) ■ Extraforaminale flacherhabene

rechtsseitige Diskushernie L4/5 mit leichtgradiger Beeinträchtigung des Spinalganglions L4

(ICD-10: M51.2) ■Solidcystische Raumforderung des Conus medullaris mit dorsalem gadoliniumaffinem kleinen Knoten von 5mm Durchmesser, am ehesten vereinbar mit einem Ependyom, DD Schwannom auf Höhe L1/2 (ICD-10: D43.4; D33.4) ■Chronische Dysästhesien an beiden Oberschenkeln ventral, DD Meralgia paraesthetica (ICD-10: G57.1) beidseits als peripheres Nervenengpasssyndrom des Nervus cutaneus femoris lateralis beidseits Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten die Gutachterinnen und Gutachter namentlich eine Fatigue mit kognitiver und körperlicher Leistungsintoleranz (ICD-10: G93.3), Differentialdiagnose ME/CFS, aktuell ätiologisch nicht geklärt, bei Status nach anamnestisch zweimaliger Corona- Infektion (wohl recte: Impfung), sowie ein Status nach rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4). Dazu führten sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung aus, aus psychiatrischer Sicht sei die in der Vergangenheit mehrfach gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung aktuell nicht nachvollziehbar. Auch die vom Beschwerdeführer geschilderte vermehrte Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit sowie die berichteten kognitiven Schwierigkeiten seien nicht direkt ableitbar und nicht nachvollziehbar. Die neuropsychologische Untersuchung habe ebenfalls keine Auffälligkeiten gezeigt. Es hätten keine kognitive Störung und insbesondere auch keine Hinweise auf eine erhöhte kognitive Erschöpfung bzw. Ermüdung festgestellt werden können. Es hätten sich lediglich eine ungenügende Leistung in der verbalen Aufmerksamkeits- bzw. Merkspanne und eine grenzwertige verbale Aufmerksamkeitskapazität gezeigt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei diesbezüglich von einer vorbestehenden unspezifischen Leistungsschwäche auszugehen, da der Beschwerdeführer erwähnt habe, dass er schon immer bei der Zahlenverarbeitung Probleme gehabt habe. Es hätten weder Hinweise auf negative Antwortverzerrungen noch Zweifel an der Authentizität bzw. Validität des erhaltenen Testprofils bestanden. Auch aus allgemein-internistischer Sicht sei keine eindeutige Ursache für die angegebene Fatigue-Symptomatik festzustellen gewesen. Bei weiterhin fehlenden autonomen und neuroendokrinen Manifestationen habe die Diagnose einer ME bzw. eines CFS – wie bereits in der Vergangenheit – nicht sicher gestellt werden können. Aus

14 / 33 orthopädischer Sicht seien die angegebenen chronischen Rückenschmerzen und die bestehenden Schulterschmerzen nachvollziehbar und vor allem auf die degenerativen Veränderungen bei Wirbelgleiten, auf eine Arthrose im Schulterbereich und auf Partialrupturen der Supraspinatus- und der Subscapularis- Sehne zurückzuführen. In der durchgeführten EFL habe sich eine mässige Symptomausweitung mit teilweise Selbstlimitierung gezeigt. In der Gesamtschau seien qualitative Leistungsbeeinträchtigungen aufgrund der orthopädisch bedingten Gesundheitsstörungen unter Wertung der EFL festzustellen. Die beklagte Chronic- Fatigue-Symptomatik und auch die kognitiven Beeinträchtigungen seien weder aus somatischer noch aus psychiatrischer oder neuropsychologischer Sicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 338 S. 145). In funktioneller Hinsicht hielten die Gutachterinnen und Gutachter dafür, aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich ein als komplett aufgehoben anzusehendes Leistungsvermögen für die Tätigkeit als Koch. Die damit einhergehenden mittelschweren bzw. gelegentlich auch schweren körperlichen Tätigkeiten (Hantieren mit Töpfen und schweren Gegenständen, häufiges bzw. fast überwiegendes Stehen, wiederkehrende Überkopfarbeiten) seien dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Schulter- und Wirbelsäulenproblematik nicht mehr zumutbar. Eine Tätigkeit als Arbeitsagoge sei aus interdisziplinärer Sicht, führend ebenfalls wegen der orthopädischen Problematik, noch in einem Pensum von 60 % möglich (vgl. IV-act. 338 S. 148 f.). Inwiefern – wie der Beschwerdeführer vorbringt – die Tätigkeiten als

Arbeitsagoge und als Chefkoch gleichgestellt worden sein sollen, ist angesichts der gutachterlich ausgewiesenen unterschiedlichen Arbeitsunfähigkeiten für diese beiden Tätigkeiten nicht nachvollziehbar. Damit wurde entgegen seiner Auffassung den mit den Tätigkeiten einhergehenden Belastungen für den Bewegungsapparat, welche bei der Arbeit als Koch im Vergleich zu jener als Arbeitsagoge höher eingestuft wurden, Rechnung getragen. Im Weiteren befanden die Gutachterinnen und Gutachter eine optimal angepasste Tätigkeit, welche kein Stillstehen oder Verharren, keinen hochfrequenten Wechsel aus Sitzen und Aufstehen, keine Armbelastungen in mehr als halbseitlicher Abspreizung, kein Heben und Tragen von Lasten über zwei Kilogramm, keine Überkopfarbeiten und keine Zwangshaltungen erforderten, für uneingeschränkt möglich (vgl. IV-act. 338 S. 146 und S. 148). Dabei handelt es sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers um ein klar definiertes Anforderungsprofil, welches Aufschluss darüber gibt, welche Tätigkeiten seinen Leiden angepasst und aus gutachterlicher Sicht zumutbar sind. Insofern kann von unzulässigen Spekulationen keine Rede sein.

15 / 33

E. 8.2

Wenn der Beschwerdeführer ferner in genereller Weise kritisiert, die Videmus-Gutachterinnen und -Gutachter hätten trotz unübersehbarer Anzeichen für eine ME bzw. ein CFS diese Problematik gänzlich vernachlässigt, geht sein Einwand bereits angesichts der hiervor dargelegten Konsensbeurteilung fehl. Entgegen seiner Auffassung haben die Gutachterinnen und Gutachter die von ihm beklagte chronische kognitive und körperliche Erschöpfung berücksichtigt, sich damit genauso wie mit der vorbefundlichen Diagnose einer ME bzw. eines CFS eingehend auseinandergesetzt und ihre Beurteilung in nachvollziehbarer Weise begründet. So führte die psychiatrische Videmus-Gutachterin med. pract. T. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, aus dem Bericht zur Hospitalisation vom 4. Januar 2022 bis zum 22. Februar 2022 in der Klinik G. _____ gehe nicht hervor, dass der Beschwerdeführer damals über eine Erschöpfung, Fatigue oder kognitive Einschränkungen geklagt hätte (vgl. hierzu auch IV-act. 170). Auch die weiteren Berichte hätten eine rezidivierende depressive Störung ausgewiesen (vgl. hierzu z.B. Bericht von Dr. med. S. _____ vom 20. April 2022 [IV- act. 180 S. 3]). Erst im Bericht des P. _____ vom 15. Juni 2023 sei ein Erschöpfungszustand, Differentialdiagnose ME/CFS, Differentialdiagnose im Rahmen einer Depression, Differentialdiagnose im Rahmen der antidepressiven Behandlung, erwähnt worden (vgl. Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 [IV- act. 338 S. 95]; siehe ferner Bericht der I. _____ vom 22. Mai 2023 [IV-act. 254]). Im besagten Bericht des P. _____ führte dipl. med. O. _____ aus, zusammenfassend bestehe eine ausgeprägte rasche Ermüdbarkeit mit Erschöpfung, insbesondere nach kognitiver Betätigung. Aktuell sei aus der Anamnese schwer zu differenzieren, was zur Erschöpfung beitrage oder ob es sich um eine ME bzw. ein CFS handle. Der Beschwerdeführer werde im Rahmen der Fatigue-Sprechstunde weiterbetreut, um gegebenenfalls anschliessend eine Differenzierung zwischen der ME bzw. dem CFS und einer Depression stellen zu können. Dies sei aktuell nicht möglich (vgl. IV- act. 245 S. 4). Im Bericht zur Fatigue-Sprechstunde vom 15. September 2023 diagnostizierten Dr. med. Q. _____ und Fachspezialistin R. _____ sodann eine Fatigue mit kognitiver und körperlicher Leistungsintoleranz. In anamnestischer Hinsicht hielten sie fest, der Beschwerdeführer berichte von einer anhaltenden Fatigue, welche ihn in all seinen Alltagsaktivitäten einschränke. Im Vordergrund seien die kognitiven Beschwerden. Wenn er sich lange konzentrieren müsse, fühle er sich danach

sehr müde und habe das Gefühl, nicht mehr richtig denken zu können. Er berichte von einer post-exertional malaise: Wenn er den ganzen Tag arbeite oder viele Termine habe, dann fühle er sich danach deutlich erschöpfter. Zugleich äussere der Beschwerdeführer, dass er oft Fahrrad fahre oder wandern gehe und versuche, sich fit zu halten (vgl. IV-act. 275 S. 2). In ihrer Beurteilung stellten Dr. med. Q._____ und Fachspezialistin R._____ fest, beim

16 / 33 Beschwerdeführer bestehe eine vielschichtige Symptomatik, wobei die genaue Ursache der Fatigue zum jetzigen Zeitpunkt unklar sei. Am ehesten gingen sie von einem Zusammenspiel der physischen und psychischen Diagnosen aus. Bestimmte von ihm beschriebene Symptome wären insgesamt mit einer ME bzw. einem CFS vereinbar. Die kanadischen Kriterien für eine ME bzw. ein CFS seien jedoch nicht erfüllt, vor allem fehlten autonome sowie neuroendokrine Manifestationen. Die Diagnose einer ME bzw. eines CFS könne deshalb zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend gestellt werden (vgl. IV-act. 275 S. 2). Dazu nahm auch der internistische Videmus-Gutachter Dr. med. U._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Stellung. In seiner Beurteilung führte er aus, mit Bericht des P._____ vom 15. September 2023 sei eine Fatigue mit kognitiver und körperlicher Leistungsintoleranz diagnostiziert worden. Die damals angegebenen Beschwerden seien auch aktuell im Wesentlichen wieder so genannt worden. Die Diagnose einer ME bzw. eines CFS habe damals bei nicht komplett erfüllten kanadischen Kriterien nicht gestellt werden können. Die Situation stelle sich momentan genauso dar. Die aktuell genannten Symptome könnten prinzipiell mit einer ME bzw. einem CFS in Einklang gebracht werden. Allerdings fehlten weiterhin autonome und neuroendokrine Manifestationen, so dass diese Diagnose lege artis nicht gestellt werden könne (vgl. IV-act. 338 S. 34). Dr. med. U._____ ordnete daher die Fatigue mit kognitiver und körperlicher Leistungsintoleranz, DD ME/CFS, aktuell ätiologisch ungeklärt, den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu und hielt dazu fest, eine Gesundheitsstörung mit Einfluss auf das Leistungsvermögen sei auf allgemein-internistischem Fachgebiet nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen (vgl. IV-act. 338 S. 35 f.). Gleichermassen hielt die psychiatrische Videmus- Gutachterin med. pract. T._____ gestützt auf ihre Exploration fest, die Schilderungen des Beschwerdeführers einer erhöhten Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit könne aus dem klinischen Bild nicht direkt abgeleitet werden und stützten sich vor allem auf seine subjektiven Angaben ab. Auch die berichteten kognitiven Schwierigkeiten könnten nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden, denn der Beschwerdeführer sei geordnet, klar, kohärent, konzentriert und zeige keinerlei Gedächtnisschwierigkeiten (vgl. IV-act. 338 S. 91). Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund des neuropsychologischen Teilgutachtens nachvollziehbar: Videmus-Gutachterin M. Sc. V._____ Fachpsychologin Neuropsychologie FSP/SVNP, konnte während der dreistündigen Untersuchung mit verschiedenen Testverfahren keine Ermüdungszeichen, wie Gähnen, Verlangsamung oder gerötetes Hautkolorit, feststellen (vgl. IV-act. 338 S. 48). Zu den Untersuchungsbefunden hielt sie zusammenfassend fest, beim vollständig orientierten und im Verhalten durchwegs kooperativen und leistungsbemühten Beschwerdeführer liege insgesamt keine kognitive Störung vor. Insbesondere

17 / 33 ergäben sich keine Hinweise auf eine erhöhte kognitive Erschöpfung und Ermüdbarkeit. Ein Leistungsabfall gegen Ende der Untersuchung habe nicht bestanden und in der Alertness, welche nochmals am Schluss geprüft worden sei, sei im Vergleich zum Beginn der Testuntersuchung sogar eine bessere Leistung gezeigt worden (vgl. IV-act. 338

S. 51). In funktioneller Hinsicht führte M. Sc. V. _____ aus, überwiegend wahrscheinlich habe bisher keine Arbeitsunfähigkeit auf neuropsychologischem Gebiet bestanden (vgl. IV-act. 338 S. 54). Insofern konnten die vom Beschwerdeführer geschilderten und gemäss seiner behandelnden Fachpersonen im Rahmen der Fatigue im Vordergrund stehenden kognitiven Beschwerden nicht objektiviert werden. Ausserdem konnte auch in somatischer Hinsicht im Rahmen der am 4./5. Januar 2024 durchgeführten EFL, bei welcher der Beschwerdeführer sich verlangsamt bewegte und sich teilweise selbst limitierte, was als mässige Symptomausweitung erfasst wurde, keine sichtbare Ermüdung während der Tests festgestellt werden, und zwar weder bezüglich der Muskulatur oder der Haltung noch hinsichtlich des Bewegungsverhaltens (vgl. IV-act. 338 S. 7). Insgesamt konnte im Rahmen der durchgeführten EFL ein allgemeines Belastbarkeitsniveau beobachtet werden, das im Wesentlichen einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit entspreche und ganztags zumutbar sei, mit nur manchmal möglichen Arbeiten über Schulterhöhe, mit vorgeneigtem Stehen oder Sitzen, mit Stossen, mit wiederholten Kniebeugen sowie Treppen- und Leitersteigen (vgl. IV-act. 338 S. 7 f.). Wenn somit die Videmus-Gutachterinnen und -Gutachter aufgrund der von ihnen gestützt auf ihre eingehenden klinischen und testologischen Untersuchungen erhobenen Befunde die beklagte Fatigue-Symptomatik für nicht nachvollziehbar erachteten und dieser im Gegensatz zu den behandelnden Fachpersonen, welche in diesem Zusammenhang lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellten, keine funktionellen Auswirkungen zuschrieben, erscheint dies entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers plausibel. Weshalb somit gemäss Bericht von Dr. med. W. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Mai 2025 lediglich eine Arbeitsfähigkeit von

E. 8.3

Im Weiteren setzte sich die psychiatrische Videmus-Gutachterin mit der in den Berichten der I. _____ ausgewiesenen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen Episoden auseinander. Dazu hielt med.

19 / 33 pract. T. _____ in ihrer medizinischen Beurteilung fest, das Bild, das der Beschwerdeführer anlässlich der heutigen Untersuchung zeige, entspreche nicht den in den Akten gestellten Diagnosen von mittelgradigen depressiven Störungen. Er berichte, dass er ein geselliger Typ sei. Er sei gerne Gastgeber, möge Diskussionen und Musik. Er sei eigentlich flexibel und habe auch immer gut einordnen können. Es sei ihm wichtig, vor allem bei der Arbeit, dass sie genau, ordentlich und speditiv gemacht werde. Er sei immer sehr strukturiert gewesen. Die Geselligkeit zeige sich auch daran, dass er sich mit Kollegen regelmässig zu Gesellschaftsspielen treffe. Man müsse aktiv dabei sein, was ihm gefalle. Das habe er gerne. Zudem habe er auch ein gutes Alltagswissen. Er fühle sich nicht depressiv, sondern sei vor allem erschöpft (vgl. IV-act. 338 S. 91; siehe ferner auch S. 79 f. und S. 84, wonach er am Donnerstagabend immer ein Bibelgespräch oder einen Gebetsabend besuche). In ihrer Diagnoseherleitung führte med. pract. T. _____ die diagnostischen ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode an und hielt dazu fest, der Beschwerdeführer berichte aktuell nicht über depressive Symptome. Der Antrieb sei gut und es bestehe eine Motivation. Die Stimmung sei nicht depressiv und Freude könne empfunden werden. Die im Vordergrund stehende Erschöpfung könne nicht einer psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden. Die neuropsychologische Untersuchung habe keine Auffälligkeiten erbracht (vgl. IV-act. 338 S. 92 f.). Insofern schrieb die psychiatrische Videmus-Gutachterin der aktenkundigen Diagnose einer rezidivierenden

depressiven Störung mit mittelgradigen Episoden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu und ordnete sie als Status nach rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), den Diagnosen ohne Einfluss auf das Leistungsvermögen zu (vgl. IV-act. 338 S. 92). Dies erscheint angesichts des von ihr erhobenen, grossmehrheitlich unauffälligen psychopathologischen Befunds mit namentlich einem gut auslenkbaren und euthymen Affekt, einer fehlenden Deprimiertheit, inneren Unruhe und Gereiztheit, einem guten Antrieb, einem fehlenden sozialen Rückzug und der Freude an Gesellschaft auch plausibel (vgl. IV-act. 338 S. 85). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration selber an, sich nicht depressiv zu fühlen (vgl. IV-act. 338 S. 79 f. und S. 82; siehe ferner IV-act. 338 S. 26).

E. 8.4

Im Weiteren äusserte sich med. pract. T._____ auch zu anderslautenden, früheren Diagnosen. Im Austrittsbericht der Klinik G._____ zur stationären Behandlung vom 4. Januar 2022 bis zum 22. Februar 2022 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, vor dem Hintergrund einer beruflichen Überforderungssituation mit zwischenmenschlichen Konflikten ausgewiesen, wobei die beklagte Erschöpfung und das

E. 8.5

In der Folge nahm der Beschwerdeführer eine tagesklinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei den I._____ auf, deren Fokus neben der depressiven Symptomatik auf der stark verunsicherten Sozialkompetenz lag (vgl. Bericht von Dr. med. S._____ vom 14. April 2022 [IV-act. 164]). Mit Bericht vom 20. April 2022 diagnostizierte Dr. med. S._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In befundlicher Hinsicht wies er namentlich ausgeprägte Zukunftsängste, eine Überforderung im zwischenmenschlichen Kontakt mit Tendenzen, harsch zu reagieren, eine schwankende Stimmung mit deutlichen dysthymen Anteilen und eine Neigung zur psychophysischen Erschöpfung aus. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit beurteilte er als gut. Eine leidensangepasste Tätigkeit hielt er mit vorsichtigem Beginn für möglich, initial im Umfang von täglich zwei bis drei Stunden aufgrund der Überforderungsneigung des Beschwerdeführers (vgl. IV- act. 180 S. 3 f.; siehe ferner Bericht von Dr. med. S._____ vom 28. Juni 2022 [IV- act. 197]). Nach der Trennung von seiner Partnerin und einem neudiagnostizierten Diabetes mellitus Typ II trat der Beschwerdeführer am 10. November 2022 zur Krisenintervention in die H._____ der I._____ ein (vgl. IV-act. 202). Anlässlich des rund zweiwöchigen Aufenthalts bis zum 23. November 2022 wurde wiederum eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ausgewiesen. Im psychopathologischen Befund bei Austritt wurden namentlich noch eine bedrückte und niedergeschlagene Stimmung, eine Perspektiven- und

E. 8.6

In der Folge startete der Beschwerdeführer – wie dargelegt – am 10. Januar 2023 ein Aufbautraining (Integrationsmassnahme) in der L._____ in M._____ (vgl. Mitteilung vom 24. Januar 2023 [IV-act. 215]) mit dem Ziel, vorerst die Arbeitsfähigkeit auf 50 % aufzubauen (vgl. Zielvereinbarung vom 6./7. Februar 2023

E. 8.7

Im Rahmen des Arbeitstrainings vom 10. Juli 2023 bis zum 9. Oktober 2023 bei der L._____ erreichte der Beschwerdeführer trotz der anvisierten Präsenzzeit von 80 % letztlich eine solche von 60 % (vgl. Bericht der L._____ vom 13. November 2023 [IV-act. 279 S. 5]; siehe auch Zielvereinbarung vom 5./6. Juli 2023 [IV-act. 252] und Verlaufsprotokoll Berufsberatung, Eintrag vom 12. und 13. September 2023 [IV-act. 263 S. 11 f.]). Im entsprechenden Bericht vom 13. November 2023 identifizierten die Eingliederungsfachleute hohe Anforderungen des Arbeitsmarkts hinsichtlich des Berufswunschs des Beschwerdeführers als Arbeitsagoge. Dieser sei aufgrund der ausbaufähigen Kommunikations- und Kritikfähigkeit sowie der psychischen Belastbarkeit herausfordernd. Generell stünden sie einer Rückkehr in die agogische Tätigkeit angesichts der dabei geforderten Grundfähigkeiten und Kenntnisse, wie z.B. psychische Belastbarkeit, Kommunikations- und Kritikfähigkeit, konstruktive Zusammenarbeit und Eingehen auf andere Bedürfnisse, kritisch gegenüber. Damit der Beschwerdeführer diese Herausforderungen bewältigen könne, brauche es ein intensives Training. Denn in seinem persönlichen Verhalten sei er eher voreingenommen gegenüber anderen Meinungen und tendiere dazu, in seinen Ansichten festzustecken. Es sei daher wichtig, an der Flexibilität seiner Denkmuster zu arbeiten. Ausserdem zeige er ein ausweichendes Verhalten bei Gesprächen, die als fordernd empfunden würden. Daher sollten seine Fähigkeiten zur Konfliktlösung und zum angemessenen Umgang mit schwierigen Situationen gestärkt werden (IV-act. 279 S. 3 ff.). Die Eingliederungsfachleute schlugen daher in Anbetracht des anvisierten Berufswunsches im Sinne eines Wiedereinstiegs in die Arbeitsagodik vor, die

E. 8.8

Die Erfahrungen im Rahmen des durchgeführten Arbeitstrainings bei der Stiftung N._____ werden in dem vom Beschwerdeführer beigebrachten Bericht der I._____ vom 9. Oktober 2024 thematisiert, aus welchen gemäss den Ärztinnen J._____ und Y._____ hervorgehe, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer psychischen Instabilität auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei (vgl. IV- act. 353 S. 4 ff.; siehe ferner auch Bericht der I._____ vom 30. November 2023 [IV- act. 295]). Gemäss Schlussbericht zur Integrationsmassnahme bei der Stiftung N._____ vom 6. Februar 2024 arbeitete der Beschwerdeführer als Assistent Arbeitsagoge in den Bereichen Industrie, Kreativ und Recycling, bevor er der Kreativabteilung zugeteilt wurde und dort einfache Aufgaben in der Produktion verrichtete. Das Arbeitstraining sei nicht so verlaufen, wie ursprünglich geplant worden sei. Schon in der ersten Woche habe sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der anspruchsvollen Aufgaben überfordert gewesen sei. Nach der Zuteilung auf die Kreativabteilung sei er entlastet gewesen und es sei ihm sichtlich besser gegangen. Die Arbeit als Assistenz Arbeitsagoge habe ihn unter grossen Druck und Stress gesetzt. Die Vielfalt der verschiedenen Aufgaben, bei denen er den Überblick hätte behalten sollen, hätten ihm seine Grenzen aufgezeigt. Die Verantwortung, andere Mitarbeitende zu führen, habe ihn gänzlich überfordert. Am besten habe der Beschwerdeführer gearbeitet, wenn er alleine für seine Aufgaben zuständig gewesen sei und er seine Arbeitsschritte selber einteilen und kontrollieren können. Im Verlauf sei er weniger schnell ermüdet, habe aber zusätzliche kurze Pausen gebraucht. Der Beschwerdeführer sei psychisch nicht stabil und nicht belastbar gewesen. Dies verunmögliche im Moment eine Arbeit als Assistent Arbeitsagoge. Obwohl sich der Beschwerdeführer wünsche, einer anspruchsvolleren Arbeit nachgehen zu können, sei er sich bewusst geworden, dass für ihn aktuell nur einfache Tätigkeiten möglich seien. Komplexere Aufgaben würden ihn masslos überfordern. Es werde begrüsst, dass eine Rentenprüfung eingeleitet werde (vgl. IV-act. 306; siehe ferner

Standortgespräch vom 31. Oktober 2023 [IV-act. 282] sowie Verlaufsprotokoll Berufsberatung, Eintrag vom 31. Oktober 2023 [IV-act. 331 S. 2 f.]). Zwar trifft im Allgemeinen zu, dass konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärungen nicht jede Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_272/2024 vom 4. März 2025 E. 4.1 und 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 9.2). Vorliegend

E. 9

/ 33 5.2.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 5.2.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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 (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des

E. 10

/ 33 Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4). 5.2.3. Ausschlaggebend für den

Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C_166/2022 vom

E. 10.1

Zu prüfen bleibt die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität.

E. 10.2

Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (oder der Anspruchsänderung) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist grundsätzlich vom letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst auszugehen. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 und BGE 129 V 222 E. 4.3.1). Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte für die

E. 10.3

Vorliegend ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer den Beruf eines Arbeitsagogen erst nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Rahmen einer von der Invalidenversicherung übernommenen Umschulung erlernte (vgl. Kostengutsprache für die Umschulung zum systemischen Arbeitsagogen vom 27. Dezember 2011 [IV-act. 98]; siehe ferner Zertifikat vom 4. September 2014 [IV-act. 119 S. 2]). Es bestehen keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer diesen Beruf auch ohne Eintritt des Gesundheitsschadens erlernt hätte. Bei der Bemessung des Valideneinkommens hat die IV-Stelle folglich zu Recht auf den letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten Verdienst als Küchenchef und stellvertretender Betriebsleiter in der Gastronomie der Heimstätte B._____ (vgl. Verfügung vom 18. September 2015 [IV-act. 130 S. 2]) und nicht auf den Verdienst als Arbeitsagoge abgestellt (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_49/2009 vom 13. März 2009). Letzteres würde sich denn auch zu Ungunsten des Beschwerdeführers auswirken. Denn während die Beschwerdegegnerin das Einkommen ohne Invalidität als Küchenchef per 2024 mit CHF 97'101.00 veranschlagte (vgl. angefochtene Verfügung vom 27. Januar 2025 [IV-act. 360] und Invaliditätsbemessung vom 2. September 2024 [IV-act. 340]), beliefe sich dieses – mangels konkreter Angaben – gestützt auf den LSE- Tabellenlohn 2022 der Wirtschaftszweige 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen) im zu Gunsten des Beschwerdeführers angenommenen Kompetenzniveau 3 (komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen; siehe hierzu auch Verfügung vom 18. September 2015 [IV-act. 130 S. 2]),

umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (vgl. Tabelle T03.02.03.01.04.01, veröffentlicht am 16. Mai 2024) und in Berücksichtigung der geschlechts- und wirtschaftszweigspezifischen Index- Werte (Tabelle T1.1.10, veröffentlicht am 25. April 2024, für das Jahr 2024 geschätzt 1 %), per 2024 auf CHF 86'990.15 (CHF 6'950.00 x 12 : 40 x 41.6 x 0.993

E. 13

Oktober 2022 E. 4.1.1, 8C_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3, 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 2.2 und 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4, 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2, 8C_736/2021 vom 22. März 2022 E. 5.2 und 8C_764/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2). 5.3. Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom

E. 13.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 fest. Gemäss ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.1).

32 / 33 Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten somit der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

E. 13.2

Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die

Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Satz 1 ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_519/2020 vom 6. Mai 2021 E. 2.2, 9C_64/2019 vom 25. April 2019 E. 4, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2 und 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 HV (BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie vom (üblichen) Stundenansatz ausgeht.

E. 13.3

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte aufforderungsgemäss am 7. April 2025 eine Honorarnote ein (vgl. act. G.2). Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 5'080.70 (bestehend aus einem verrechneten Aufwand von 18.8 Stunden à CHF 250.00 [CHF 4'700.00] zzgl. 8.1 % MWST [CHF 380.70]). Der ausgewiesene Stundenansatz von CHF 250.00 geht aus der im Recht liegenden Honorarvereinbarung hervor (vgl. act. G.1). Der geltend gemachte Aufwand erscheint angesichts der umfangreichen Akten gerade noch als gerechtfertigt. Insgesamt erweist sich somit eine Entschädigung von CHF 5'080.70 als angemessen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen. Bei diesem Verfahrensausgang wird das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung gegenstandslos.

33 / 33 Es wird erkannt:

E. 18

Januar 2025 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen deren

11 / 33 Zuverlässigkeit sprechen bzw. diese von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen werden. Während die Beschwerdegegnerin das Videmus- Gutachten im Ergebnis für schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erachtet (vgl. IV-act. 360 und act. A.2 S. 3 f.), ist der Beschwerdeführer der Ansicht, aufgrund der gutachterlicherseits gänzlich ausser Acht gelassenen Problematik einer ME bzw. eines CFS seien weitere Abklärungen vonnöten. 6. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N. 14 ff. und N. 96 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4,

9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2, 8C_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.1 und 8C_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5). 7. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auf fachärztlich diagnostizierte primäre Abhängigkeitssyndrome ausgedehnt, mit Urteil 9C_106/2019 vom 6. August 2019 auch auf das Chronic

12 / 33 Fatigue Syndrom, sofern die Fatigue und weitere Symptome nicht auf einen somatischen Gesundheitsschaden (ZNS-Erkrankung [Anm. Gericht = entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems]) zurückzuführen sind (vgl. dortige E. 2.3.3; mit Hinweis u.a. auf SVR 2018 IV Nr. 31 S. 99; Urteile des Bundesgerichts 8C_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1, 8C_350/2017 vom 30. November 2017 E. 5.3 und BGE 139 V 346 E. 2 und E. 3.4). Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. KSIR, Stand 1. Januar 2025, Rz. 1105). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; KSIR, Rz. 1105 bzw. Anhang I des KSIR).

E. 20

/ 33 Rückzugsverhalten im Rahmen der depressiven Erkrankung eingeordnet wurden (vgl. Austrittsbericht vom 8. März 2022 [IV-act. 170 S. 1 und S. 3 f.]). Dazu hielt die psychiatrische Videmus-Gutachterin fest, aus dem Psychostatus beim Klinikeintritt gingen nur wenige depressive Symptome hervor, vor allem eine Einengung auf die Arbeitssituation und dazu eine innere Unruhe und Reizbarkeit. Der Antrieb sei als mittelgradig reduziert beurteilt worden. Weitere depressive Symptome fänden sich zumindest im Psychostatus nicht und liessen sich auch aus dem beschriebenen psychotherapeutischen Verlauf nur schwerlich herleiten. Die Diagnose einer damaligen rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, könne so nicht ohne weiteres nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 338 S. 93). Auch bei Klinikaustritt wurde im Psychostatus neben einer weiterhin vorhandenen Selbstunsicherheit, Versagensängsten, Insuffizienzgefühlen und einer mittelgradigen Deprimiertheit eine affektive Aufhellung beschrieben. Zudem habe sich der Antrieb im Vergleich zum Eintrittszeitpunkt gebessert (vgl. IV-act. 170 S. 4). Daneben erreichte der Beschwerdeführer im Beck Depressionsinventar (BDI II) als Selbstbeurteilungsinstrument bei Austritt eine Punktzahl von 15, was auf eine leichte Ausprägung der depressiven Symptomatik hinwies (vgl. IV-act. 170 S. 8).

E. 21

/ 33 Hoffnungslosigkeit und einen leicht reduzierten Antrieb bei regelrechter Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration, affektiver Schwingungsfähigkeit und psychomotorischer Ruhe verzeichnet. Aufgrund der Medikation hätten sich die Stimmung, der Antrieb und der Schlaf verbessern können. Für die Dauer des Aufenthalts wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Austrittsbericht vom 5. Dezember 2022 [IV-act. 204]). Die psychiatrische Videmus-Gutachterin med. pract. T._____ merkte zu diesen Berichten der I._____ an, sie würden depressive Symptome nennen, welche aufgrund der Anzahl der Symptome zwar einer mittelgradigen depressiven Episode entsprechen könnten, allerdings könnte aufgrund der psychosozialen Belastungssituation sowie der neuen körperlichen Erkrankung eines Diabetes mellitus Typ II auch eine Anpassungsstörung vorliegen (vgl. IV-act. 338 S. 93). In funktioneller Hinsicht führte sie mit Blick auf angepasste Tätigkeiten aus, während der Hospitalisationen habe formal eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ansonsten könne von einer zeitweisen bedingten Teilarbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Restsymptomatik ausgegangen werden (vgl. IV-act. 338 S. 97). Diese Beurteilung fand auch Einzug in die gutachterliche Konsensbeurteilung, ohne dass dazu jedoch retrospektiv detaillierte Angaben gemacht werden konnten (vgl. IV-act. 338 S. 149). Auch der RAD-Arzt X._____ nahm in seiner Abschlussbeurteilung vom 27. August 2024 keine Konkretisierung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vor (vgl. IV-act. 364 S. 14 f.). Eine fachpsychiatrische Präzisierung der damaligen Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der vollständig aufgehobenen Leistungsfähigkeit während des stationären Aufenthalts vom 10. bis 23. November 2022 ist allerdings für die hier im Streit liegende Frage des Rentenanspruchs ab dem 1. November 2022 unabdingbar. Denn je nachdem, ob überhaupt bzw. in welcher Höhe der Beschwerdeführer dannzumal in adaptierter Tätigkeit arbeitsfähig war, vermag ein Rentenanspruch zu entstehen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c und Art. 28b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 3 IVG). Die Beurteilung des damals tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens hat sich dabei am für psychische Leiden massgebenden strukturierten Beweisverfahren zu orientieren, mit welchem dieses anhand eines Katalogs von (Standard-)Indikatoren unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) eingeschätzt wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.6; Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.3). Immerhin lässt sich den Akten diesbezüglich entnehmen, dass die beiden genannten Ereignisse (Trennungssituation und neue Diagnose eines Diabetes mellitus Typ II) zu einem Einbruch mit stationärer Behandlung geführt haben: Nach Angaben des Beschwerdeführers sei es nach dem Urlaub im Oktober 2022 zu einer Trennung von seiner Partnerin mit Auflösung der Verlobung gekommen und zwei

E. 22

/ 33 Wochen später habe er die neue Diagnose mit Insulinresistenz erhalten, womit das Ganze zu viel geworden sei (vgl. Verlaufsprotokoll Berufsberatung, Eintrag vom 17. November 2022 [IV-act. 212 S. 4 f.]). Dabei erwies sich die ambulante und tagesklinische Behandlung aufgrund des erhöhten Leidensdrucks als nicht mehr ausreichend (vgl. Nachricht der I._____ vom 10. November 2022 [IV-act. 202]). Ob es sich jedoch lediglich um eine vorübergehende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands handelte und welche (Rest-)Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit im Übrigen bestand, bedarf – wie aufgezeigt – einer weiteren fachpsychiatrischen Abklärung. In diesem Zusammenhang ist ausserdem zu berücksichtigen, dass bereits während des stationären Aufenthalts in der H._____ im November 2022 eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands erzielt werden konnte (vgl. Austrittsbericht vom 5. Dezember 2022 [IV-act. 204]). So liess

sich denn auch der Beschwerdeführer am 25. November 2022 gegenüber seinem Berufsberater dahingehend vernehmen, dass es ihm deutlich besser gehe und er bereit für weitere Schritte sei (vgl. IV-act. 205 S. 2; siehe ferner Nachricht der I._____ vom 25. November 2022 [IV-act. 212 S. 5], wonach der Beschwerdeführer so schnell wie möglich mit der beruflichen Integration beginnen könne; vgl. auch Zusammenstellung zum Werdegang vom 1. Februar 2023 [IV-act. 221 S. 2]). Diese Entwicklung ist mit Blick auf die mögliche rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente, auf welche die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG i.V.m. Art. 88a IVV) rechtsprechungsgemäss analog anzuwenden sind, ebenfalls zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_23/2023 vom 21. August 2023 E. 5.1). Zu beachten ist ferner, dass der Beschwerdeführer ab dem 10. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 an Eingliederungsmassnahmen teilnahm, wofür er ein Taggeld bezog (vgl. Verfügungen vom 24. Januar 2023 [IV-act. 218], vom 10. Juli 2023 [IV-act. 243] und vom 19. Oktober 2023 [IV-act. 272]), was gegebenenfalls zu einer Unterbrechung des Rentenanspruchs führen könnte (vgl. Art. 43 Abs. 2 IVG und Art. 20ter IVV; MEIER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, Art. 43 N. 2; siehe ferner act. A.2 S. 3). Diesfalls stellte sich die Frage der Koordination von (bereits bezogenen) Taggeldern der Invalidenversicherung (Art. 22 IVG) mit einem möglichen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 47 IVG), was ebenfalls von der Beschwerdegegnerin abzuklären ist.

E. 23

/ 33 [IV-act. 226]), was auch von seiner behandelnden Psychologin K._____ als erreichbar angesehen wurde (vgl. Nachricht vom 5. Mai 2023 [IV-act. 232]). Anlässlich des Standortgesprächs vom 2. Mai 2023 wurde neben einer schwankenden Belastbarkeit eine positive Wirkung der neuen Medikation auf den Antrieb und die Stimmung festgehalten (vgl. IV-act. 230 S. 3). Letzteres bestätigte auch die behandelnde Psychologin K._____ und befand anlässlich eines Telefongesprächs am 5. Mai 2023 zudem, dass sich die Belastbarkeit und Stabilität verbessert hätten (vgl. IV-act. 232). Der Beschwerdeführer konnte sodann das Ziel einer Arbeitsfähigkeit von 50 % erreichen, wobei er sich zuverlässig und pünktlich zeigte und nur eine minimale Anzahl an Absenzen aufwies. Daher wurde beschlossen, die Massnahme als Arbeitstraining bei der L._____ weiterzuführen (vgl. Verlaufsprotokoll Berufsberatung vom 10. Juli 2023 [IV-act. 237 S. 13]; siehe auch Mitteilung vom 10. Juli 2023 [IV-act. 240]). Gleiches geht aus dem Bericht zum Aufbaustraining der L._____ vom 10. Juli 2023 hervor. Zwar wurden als mögliche Schwierigkeiten bei der Eingliederung namentlich eine psychisch bedingte, reduzierte Leistungsfähigkeit sowie eine unklare Fatigue-Symptomatik identifiziert. Während des Aufbaustrainings hat sich der Beschwerdeführer gemäss den Eingliederungsfachleuten allerdings pflichtbewusst, zuverlässig und pünktlich gezeigt. Gegenüber der Massnahme und der neuen Situation sei er offen und positiv eingestellt gewesen. Er sei vielseitig interessiert und bringe viel berufliche Erfahrung sowie Fachwissen im Gastronomie-Bereich mit. Er sei sehr gut organisiert und strukturiert sowie in der Lage gewesen, seine Aufgaben und Arbeiten selbstständig einzuteilen und umzusetzen. Bezüglich der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei eine positive Tendenz erkennbar. Eine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt erscheine nach einer weiteren Stabilisierung und einem Aufbau der beruflichen Belastbarkeit realistisch (vgl. IV-act. 248 S. 1 f. und S. 4 ff.). Aus dieser Stellungnahme der Eingliederungsfachleute der L._____ sind keine typischen Symptome einer depressiven Episode – mithin namentlich gedrückte Stimmung,

Interessenverlust, Freudlosigkeit oder verminderter Antrieb (vgl. dazu Videmus- Gutachten vom 2. Juli 2024 [IV-act. 338 S. 92] und DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014 S. 169) – erkennbar. Auch im Bericht der I. _____ vom 22. Mai 2023 wiesen Oberärztin J. _____ und Psychologin K. _____ einen verbesserten Gesundheitszustand aus mit leichter Besserung der depressiven Symptomatik, weiterhin schwankender, jedoch verbesserter Stimmung und geringfügig verbesserter Belastbarkeit. Es bestehe indes weiterhin eine psychophysische Erschöpfung, welche den Beschwerdeführer mittelgradig in seiner Leistungsfähigkeit einschränke (vgl. IV-act. 254; siehe ferner auch Bericht der I. _____ vom 30. November 2023 [IV-act. 295 S. 2 f.] mit einem grundsätzlich

E. 24

/ 33 unauffälligen Befund mit nur leicht bedrückter Grundstimmung und leicht reduziertem Antrieb). Insofern erscheint es plausibel, wenn die psychiatrische Videmus-Gutachterin med. pract. T. _____ in ihrer Beurteilung aufgrund des verbesserten psychischen Gesundheitszustands schloss, die Depression sei als remittiert zu werten, wobei eine Erschöpfung unklarer Ätiologie im Vordergrund stehe (vgl. IV-act. 338 S. 93 f.). In funktioneller Hinsicht ging sie dabei davon aus, dass spätestens ab dem Bericht vom 22. Mai 2023, in welchem eine Verbesserung der depressiven Symptomatik beschrieben und nun eine Erschöpfung im Vordergrund gesehen worden sei, eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht in angepasster Tätigkeit anzunehmen sei (vgl. IV-act. 338 S. 97 f.; siehe so auch Konsensbeurteilung im Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 [IV-act. 338 S. 149]). Dies deckt sich mit den eigenen Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der psychiatrischen Exploration, sich eigentlich nicht depressiv gefühlt zu haben (vgl. Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 [IV-act. 338 S. 79 und S. 82]; siehe ferner IV- act. 338 S. 26).

E. 25

/ 33 Integrationsmassnahme bei der Stiftung N. _____ weiterzuführen, wobei sie empfahlen, den Beschwerdeführer punktuell und in kleinen Schritten mit agogischen Aufgaben zu betrauen (vgl. IV-act. 279 S. 2 und S. 6).

E. 26

September 2019 E. 3.5.3). Dies merkte denn auch die Videmus AG in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2025 zum Bericht der I. _____ vom 9. Oktober 2024 an, indem festgehalten wurde, die genannte Überforderung beruhe auf einem subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 359). Den Gutachterinnen und Gutachtern waren in ihren Beurteilungen die Ergebnisse der Arbeitstrainings hinreichend bekannt (vgl. IV-act. 338 S. 75 ff. und S. 96; siehe Urteil des Bundesgerichts 8C_272/2024 vom 4. März 2025 E. 4.1) und sie nahmen zu den dabei aufgetretenen Schwierigkeiten am 18. Januar 2025 in einem klärenden medizinischen Schreiben Stellung (vgl. IV-act. 359). Rechtsprechungsgemäss obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache denn auch dem Arzt oder der Ärztin und nicht den Fachleuten der beruflichen Eingliederung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 9.2 und 8C_53/2023 vom 31. August 2023 E. 4.2.3.2). Vorliegend konnten die Videmus-Gutachterinnen und -Gutachter in Würdigung der Aktenlage gestützt auf ihre umfangreichen Untersuchungen

keine objektivierbaren Ursachen auf psychiatrischem, neuropsychologischem und allgemein-internistischem Fachgebiet feststellen, welche die beklagten Schwierigkeiten zu erklären und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen (vgl. IV-act. 338 S. 145 ff.). Insbesondere schloss die psychiatrische Videmus-Gutachterin med. pract. T._____ überwiegend wahrscheinlich eine psychische Erkrankung aus (vgl. IV-act. 338 S. 92 f.), wie auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2025 betont wurde (vgl. IV-act. 359 S. 2). Dabei wurde zudem darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung selber angegeben habe, sich nicht depressiv zu fühlen (vgl. dazu IV-act. 338 S. 79 f. und S. 82 sowie S. 26), und weder ein reduzierter Antrieb noch eine depressive Stimmung auszumachen gewesen seien (vgl. IV-act. 359 S. 2). Inwiefern daher – wie im Bericht der I._____ vom 9. Oktober 2024 vorgebracht – eine psychische Instabilität vorliegen, welche eine Arbeitsfähigkeit

E. 27

/ 33 auf dem ersten Arbeitsmarkt verunmöglichen soll (vgl. IV-act. 353 S. 4 ff.), vermag somit nicht einzuleuchten. Gleiches gilt mit Blick auf die im Abschlussbericht der Stiftung N._____ vom 6. Februar 2024 beschriebene Überforderung bei komplexen Aufgaben (vgl. IV-act. 306), konnten doch in der neuropsychologischen Untersuchung weder eine kognitive Störung noch Hinweise auf eine erhöhte kognitive Erschöpfung bzw. Ermüdbarkeit festgestellt werden (vgl. IV-act. 338 S. 51 und S. 145). Letztlich geht denn auch aus verschiedenen Berichten von beruflichen Eingliederungsfachpersonen hervor, dass der Berufswunsch des Beschwerdeführers als Arbeitsage kritisch betrachtet und angesichts seiner Grundfähigkeiten nicht als geeignete Tätigkeit eingestuft wurde (vgl. Bericht der L._____ vom 13. November 2023 [IV-act. 279 S. 5] und Abklärungsbericht der BEWO vom 18. März 2011 [IV-act. 76 S. 4]; siehe auch die eigene Einschätzung des Beschwerdeführers in der Einwanderung vom 23. Oktober 2024 [IV-act. 353 S. 2]; vgl. ferner Bericht von Dr. med. Z._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Januar 2011 [IV-act. 73 S. 3]). Insofern kann aus den dabei gewonnenen Erfahrungen nicht direkt auf die erreichbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit geschlossen werden. Vielmehr kann der Beschwerdeführer auch gemäss dem Schlussbericht der Stiftung N._____ vom 6. Februar 2024 – wie dargelegt – Arbeiten in reizloser Umgebung, die er selbstständig ausführen kann und eine klare Struktur aufweisen, gut ausführen (vgl. auch Verlaufsprotokoll vom 22. Mai 2024 [IV-act. 331 S. 10]). 9. Insgesamt ergibt sich somit, dass sich der rechtserhebliche Sachverhalt für den Zeitraum von November 2022 bis Mai 2023 als unvollständig abgeklärt präsentiert. Diesfalls verbleibt dem zuständigen Sozialversicherungsgericht auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben. Ein solches ist in der Regel namentlich dann einzuholen, wenn ein (im Verwaltungsverfahren anderweitig) erhobener medizinischer Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig gehalten wird oder eine Administrativexpertise in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig ist und dieser Mangel nicht alleine durch eine Klarstellung, Präzisierung oder Gutachtensergänzung behoben werden kann (vgl. FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 1/2019 S. 4 f.; vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.). Eine Rückweisung an den Versicherungsträger steht dem Versicherungsgericht aber weiterhin in den Fällen offen, in denen die Rückweisung in der Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn – wie hier – lediglich eine

Klarstellung,

E. 28

/ 33 Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; KIESER, a.a.O., Art. 44 Rz. 75). Vorliegend ist die für den Zeitraum von November 2022 bis Mai 2023 massgebliche Frage des Umfangs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierter Tätigkeit bisweilen immer noch offen und bedarf ergänzender fachpsychiatrischer Klärung, die sich am für psychische Leiden massgeblichen strukturierten Beweisverfahren zu orientieren hat. Im Übrigen vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm angeführten Berichte der behandelnden Fachpersonen keine konkreten Zweifel am Videmus-Gutachten vom 2. Juli 2024 und an der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2025 zu erwecken und deren Beweiswert zu schmälern. Dies trifft auch auf die im Gutachten festgehaltenen Funktionseinschränkungen auf orthopädischem Fachgebiet zu, welche vom Beschwerdeführer ohnehin nicht kritisiert werden. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin gestützt darauf auf die gutachterlich ausgewiesene 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab Ende Mai 2023 abstellte. Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragten Beweisvorkehrungen, insbesondere die Rückweisung zu weiteren Abklärungen zur Diagnose ME/CFS bzw. zur Einholung eines solchen spezifischen Gutachtens, verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen darf, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3.3, 136 I 229 E. 5.3 und 134 I 140 E. 5.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_718/2022 vom 8. Juni 2023 E. 4.1, 9C_548/2022 vom 23. Februar 2023 E. 3.2, 9C_436/2022 vom 26. Januar 2023 E. 3.3, 9C_59/2022 vom 31. März 2022 E. 4.4, 8C_411/2021 vom 27. August 2021 E. 4.3.2 und 9C_89/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.8).

E. 29

/ 33 Einkommensermittlung, so ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen, wie sie in der LSE enthalten sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_53/2023 vom 31. August 2023 E. 2.5.1 und 8C_572/2021 vom 19. Januar 2022 E. 3.1). Eine berufliche Weiterentwicklung nach Eintritt des Gesundheitsschadens kann rechtsprechungsgemäss nur berücksichtigt werden, wenn konkrete Anhaltspunkte für einen beruflichen Aufstieg bestehen. Namentlich kann aus einer erfolgreichen Invalidenkarriere nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, die versicherte Person hätte ohne Invalidität eine vergleichbare Position erreicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_760/2023 vom 24. Juni 2024 E. 5.2.2, 8C_214/2023 und 8C_273/2023 vom 20. Februar 2024 E. 4.2.2, 8C_220/2018 vom 14. November 2018 E. 5.1).

E. 30

/ 33 x 1.01). Dadurch würde sich im Vergleich zum Valideneinkommen als Küchenchef die Erwerbseinbusse als Differenz zum Invalideneinkommen und damit auch der Invaliditätsgrad verringern. 11.1. Zum Einkommensvergleich nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen ab dem 1. Januar 2024 ist was folgt festzuhalten: 11.2. Im Rahmen der Invaliditätsbemessung stellte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2025 für das Einkommen mit Invalidität auf die LSE-Tabelle 2022, Kompetenzniveau 2, Männer, ab. Dabei errechnete sie bei einer Leistungsfähigkeit von 100 % und einem Pauschalabzug von 10 % ein auf das Jahr 2024 indexiertes

Invalideneinkommen von CHF 67'632.00 (vgl. IV-act. 360; siehe ferner Invaliditätsbemessung vom 2. September 2024 [IV-act. 340]). In der Vernehmlassung vom 25. März 2025 verwendete sie den Lohn der Tabelle TA 1 der LSE 2022 im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art) für Männer, welcher umgerechnet auf die übliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit und Vornahme eines Abzugs von 10 % in Berücksichtigung der Lohnentwicklung im Jahr 2024 ein Invalideneinkommen von CHF 61'351.83 ergab (vgl. A.2 S. 6). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung keine ihm zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_53/2023 vom 31. August 2023 E. 2.5.1 und 8C_68/2023 vom 10. August 2023 E. 5.2.1), welche die vollständige Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit besser gewährleistet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_92/2023 vom 18. Januar 2024 E. 5.3.3, 8C_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 5.2 und 6.3.1, 8C_13/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3.2 f. und 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 5.2; vgl. zu der im gesamten Gebiet der Sozialversicherung geltenden Schadenminderungspflicht: BGE 138 V 457 E. 3.2 und BGE 113 V 22 E. 4a), stellte die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf die Tabelle TA 1 der LSE 2022, welche vor Erlass der angefochtenen Verfügung veröffentlicht worden ist (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.1 und Urteil des Bundesgerichts 9C_15/2018 vom 2. Juli 2018 E. 4.3), und dabei auf den altersunabhängigen und geschlechtsspezifischen Wert der Zeile "Total" für Männer des Kompetenzniveaus 1 ab. In Anwendung der geschlechtsspezifischen Nominallohnentwicklung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_703/2019 vom 6. Oktober 2020 E. 4.3, 8C_72/2019 vom 11. Juni 2019 E. 4.1, 8C_704/2018 vom 31. Januar 2019 E. 9 und 9C_444/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 408; vgl. auch betreffend die per 1. Januar 2022 geltende Rechtslage: KSIR [Stand: 1. Juli 2022], Rz. 3210 und Bemerkungen in Anhang III zu den Tabellen[blättern] T1.10, T1.1.10 und T1.2.10) ergibt dies bei

E. 31

/ 33 einer Arbeitsfähigkeit von 100 % und einem nicht zu beanstandenden Leidensabzug von 10 % einen Betrag von CHF 61'351.85 ($\text{CHF } 5'305.00 \times 12 : 40 \times 41.7 \times 1.017 \times 1.01 \times 0.9$; siehe hierzu Tabelle T1.1.10, veröffentlicht am 25. April 2024, mit für 2024 geschätzter Nominallohnentwicklung von 1 %). 11.3. Hinsichtlich des Einkommens ohne Invalidität ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf den als Küchenchef und stellvertretender Betriebsleiter in der Gastronomie der Heimstätte B._____ erzielten Lohn (vgl. hierzu Verfügung vom 18. September 2015 [IV-act. 130 S. 2]) von einem auf das Jahr 2024 indexierten Betrag von CHF 97'101.00 aus (vgl. IV-act. 360 S. 2; Invaliditätsbemessung vom 2. September 2024 [IV-act. 340]). Werden allerdings die geschlechts- und wirtschaftszweigspezifischen Index-Werte verwendet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_703/2019 vom 6. Oktober 2020 E. 4.3 und 9C_467/2009 vom 19. August 2009 E. 2.2), resultiert ein Einkommen ohne Invalidität von CHF 94'393.20 ($\text{CHF } 88'363.00 \text{ per } 2011 \times 1.003 \times 1.007 \times 1.003 \times 1.003 \times 1.001 \times$

E. 35

%, was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente verleiht. 12. Im Ergebnis ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen für den Zeitraum von November 2022 bis Mai 2023 und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen erweist sich die Beschwerde als

unbegründet und ist abzuweisen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.