

200 20 893 IV und
200 21 146 IV (2)
MAK/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. September 2021

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügungen vom 2. November 2020 und 14. Januar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im April 2017 unter Hinweis auf eine Herzinsuffizienz und einen Diabetes mellitus Typ II bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 31. Mai 2018 verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 36 % (ab Oktober 2017, dies unter Berücksichtigung eines in einer angepassten Tätigkeit möglichen Einkommens) bzw. 0 % (ab Januar 2018, dies unter Berücksichtigung der Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als ... in einem Pensum zu 100 %) einen Rentenanspruch (AB 37).

Im September 2018 wiesen der Hausarzt (AB 38) bzw. der Versicherte selber (AB 40) auf einen verschlechterten Gesundheitszustand und drohenden Arbeitsplatzverlust hin. Die IVB trat auf die Neuanmeldung ein. In der Folge holte sie insbesondere die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 53) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (AB 54, 57 f., 68, 71, 73, 78 f., 82, 86 f., 92, 98, 100, 104 ff.) ein und liess den Versicherten polydisziplinär begutachten (AB 176.2 – 176.10). Mit Vorbescheid vom 7. August 2020 stellte die IVB die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2019 in Aussicht (AB 180). Auf Einwand des Versicherten (AB 186, 193) und Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 196) hin verfügte sie am 2. November 2020 (laufende Rente ab 1. Dezember 2020; AB 198) und 14. Januar 2021 (rückwirkende Rente vom 1. Mai bis 30. November 2020; AB 208) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Gegen die Verfügung vom 2. November 2020 (AB 198; Verfahren IV/2020/893) liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, mit Eingabe vom 2. Dezember 2020 Beschwerde erheben

und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm ab 1. Mai 2019 eine ganze Rente auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 15. Februar 2021 liess der Beschwerdeführer, ebenfalls vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, auch gegen die Verfügung vom 14. Januar 2021 (AB 208; Verfahren IV/2021/146) Beschwerde mit deckungsgleichen Rechtsbegehren und identischer Begründung erheben.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Februar 2021 vereinigte die Instruktionsrichterin (antragsgemäss) die beiden Verfahren IV/2020/893 und IV/2021/146.

Mit Replik vom 19. März 2021 und Duplik vom 27. April 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin verwies in ihrer Duplik ausserdem auf die Möglichkeit einer reformatio in peius; dem Beschwerdeführer sei eine solche anzudrohen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist in den vorinstanzlichen Verfahren mit seinen An-

trägen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zu den Beschwerden befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bilden die Verfügungen vom 2. November 2020 (AB 198) und 14. Januar 2021 (AB 208). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. deren Höhe

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft die angefochtenen Entscheide frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. S. 346).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um

nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom September 2018 (AB 38, 40) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht

zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 31. Mai 2018 (AB 37) mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen beiden materiell identischen Verfügungen vom 2. November 2020 (AB 198) und 14. Januar 2021 (AB 208) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiervor).

Zu Recht ging die Beschwerdegegnerin insbesondere auch aufgrund der erstmalig anlässlich der aktuellen Begutachtung gestellten rheumatologischen Diagnosen und der am 30. Januar 2019 durchgeführten Hemikolektomie rechts (vgl. AB 42/5, 176.2/9 f. Ziff. 4.7 ff.; vgl. auch E. 3.2.1 nachfolgend) von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aus, was einen medizinischen Revisionsgrund darstellt. Damit ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.3 letzter Abschnitt hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht ergingen die angefochtenen Verfügungen vom 2. November 2020 (AB 198) und 14. Januar 2021 (AB 208) im Wesentlichen gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der C. _____ (MEDAS) vom 28. Juli 2020 (Konsensbeurteilung; AB 176.2) und die RAD-ärztliche Stellungnahme vom 28. Oktober 2020 (AB 196/2 ff.):

3.2.1 Im polydisziplinären, eine internistische, psychiatrische, rheumatologische, pneumologische, neurologische, ophthalmologische, kardiologische und endokrinologische Untersuchung umfassenden MEDAS-Gutachten vom 28. Juli 2020 wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (AB 176.2/6 ff. Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. Impingement-Syndrom beider Schultern (ICD-10 M75.4) und beginnende adhäsive Capsulitis beider Schultern (ICD-10 M75.0) mit/bei
 - begleitende Tendinose der Supraspinatussehne rechts und geringeren Ausmasses links (ICD-10 M75.1)
 - Einengung des Subakromialraums beidseits wegen Akromion Typ I - II nach Bigliani rechts und III nach Bigliani links, leichte bilaterale AC-Gelenkarthrose (MRI beider Schultergelenke nativ vom 28.02.2020)

- klinisch eingeschränkte Beweglichkeit der Schultergelenke in alle Richtungen bei Abduktion 70° beidseits, Aussenrotation 30°, Innenrotation aufgehoben
 - klinisch Insuffizienz der Rumpfmuskulatur mit Fehlhaltung der Schulterachsen beidseits mit Protraktion nach vorne, massive Insuffizienz der paravertebralen Muskulatur im thorakolumbalen Bereich sowie der abdominalen Muskulatur
 - Risikofaktor für adhäsive Capsulitis: Diabetes mellitus
2. Senk-Spreizfüsse mit Hallux valgus (ICD-10 M21.6) mit/bei
- bilateraler Hallux valgus, Arthrose der Mittelfüsse
 - Risikofaktoren: Diabetes mellitus, periphere Polyneuropathie der unteren Extremitäten
3. Diastolische Herzinsuffizienz bei hypertensiver Kardiopathie (HFpEF)
- rezidivierende kardiale Dekompensationen (u.a. 24.10.2016, 04.01.2017, 14.02.2017)
 - LZ-BD 20.02.2020: nicht kontrollierte arterielle Hypertonie bei Medikamenteneinnahme unter Aufsicht
 - Anstrengungs-Dyspnoe NYHA III, initial grosser Pleuraerguss rechts, Ödeme der unteren Extremitäten
 - TTE 27.10.2016: konzentrische Hypertrophie des grenzwertig dilatierten linken Ventrikels, normale Ventrikelkontaktilität, mässige diastolische Dysfunktion mit Zeichen der Füllungsdruckerhöhung
 - cvRF: metabolischem Syndrom, psychosoziale Belastungssituation (Verkehrsunfall mit tödlichem Ausgang 2016, hohe Arbeitsbelastung, pflegebedürftiger Bruder), mittelgradig obstruktives Schlafapnoesyndrom, aktuell unter aPAP-therapie sehr gut eingestellt
4. Metabolisches Syndrom mit
- sekundär insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 (ED 1998, insulinpflichtig seit 2006) mit
 - o diabetischer und womöglich zusätzlicher hypertensiver Nephropathie mit Makroalbuminurie, diabetischer peripherer Polyneuropathie mit assoziierter sensibler Stand- und Gangataxie sowie leichten neuropathischen Schmerzen der Füsse, proliferativer diabetische Retinopathie mit St. n. Makulaödem, 02/2019, und St. n. Lasertherapie sowie Operation, aktuell intraokuläre Infiltrationen alle 10 Wochen, möglicher autonomer Dysregulation
 - aktuell unzureichend kontrollierter arterieller Hypertonie
 - Dyslipidämie
 - Hyperurikämie mit rezidivierenden Gichtanfällen
5. Intermittierende Episoden mit binokularer Sehstörung ("Verschwommen-sehen")
- Ätiologie unklar, a. e. im Rahmen der arteriellen Hypertonie (während der Untersuchung Auftreten einer solchen Episode bei gemessenem Blutdruck von 196/114 mmHg), DD mitbedingt durch den Diabetes bei auch schwerer diabetischer Retinopathie
 - cMRI 30.05.2020: keine Hinweise auf St. n. PRES oder Ischämien im vertebrobasilären Stromgebiet
6. Mittelgradig obstruktives Schlafapnoesyndrom, ED 2019
- ESS 4 Punkte, Mallampati IV, BMI 39 kg/m²
 - respiratorische Polygraphie: AHI 16.2/h, ODI 22.1/h
 - Anpassung aPAP-Therapie 10/2019: resmed Airsense 10 Autoset ohne Befeuchter, Maske Airfit F20 M, Druck 5 - 15 cm H₂O
 - aktuell unter Therapie sehr gut eingestellt ohne Tagesschläfrigkeit
7. Mässig differenziertes Adenokarzinom des mittleren Kolon transversum pT2 pN0 L0/V0 Pn0 R0
- St. n. offener erweiterter Hemikolektomie rechts mit Seit-zu-Seit-Ileo-Descendostomie und partieller Resektion des Omentum majus am 30.01.2019

- häufige Stuhlentleerungen bis 15 Mal pro Tag, selten mal im Wechsel mit Obstipation

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2)
2. Intermittierende Gichtarthritis des rechten Handgelenks (ICD-10 M10.99), ED 05/2018
 - St. n. Punktion rechtes Handgelenk am 29.05.2018
 - aktuell in Remission unter Allopurinol 200 mg täglich mit Rezidivhäufigkeit von 2 -3x im Jahr
 - Risikofaktor: chronische Nierenfunktionseinschränkung
3. OU Myopie, Astigmatismus, Presbyopie (ICD-10 H52.2, H52.4)
4. OU Pseudophakie (ICD-10 Z96.1)
5. Subklinische Hypothyreose
 - unter aktueller Medikation mit Euthyrox 25 µg 1x täglich etwas unterdosiert
6. Unzureichender Vitamin D-Spiegel

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, es liessen sich nicht alle vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden objektivieren. Bezüglich des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit stehe die Beschwerdesymptomatik vonseiten des Bewegungsapparats im Vordergrund. Die rheumatologischen Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Ziff. 1 und 2) führten zu einer verminderten Belastbarkeit und Funktionalität der Schultern und der Füsse beidseits. Daneben weise der Beschwerdeführer ein ausgeprägtes kardiovaskuläres Risikoprofil auf. Es bestehe ein langjähriger, seit 2006 insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 mit bereits eingetretenen Endorganschäden. Der Beschwerdeführer berichte über einen Schwindel und führe diesen auf einen Blutdruckabfall zurück. Ein solcher sei jedoch messtechnisch kaum nachvollziehbar gewesen; vielmehr erscheine eine Symptomverdeutlichung im Rahmen der psychiatrischerseits gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion vorzuliegen, wobei die psychiatrische Störung sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Der Beschwerdeführer scheine sehr fixiert auf subjektiv empfundene Blutdruckabfälle zu sein, wogegen diese im Rahmen der gutachterlich durchgeführten 24h-Blutdruckmessung zu keinem Zeitpunkt hätten nachgewiesen werden können. Auch wenn er immer wieder über Schwindel klage, sei die Ätiologie dieses Schwindels unklar. Eine autonome diabetische Neuropathie mit schwankendem Blutdruck könnte mitursächlich verantwortlich zeichnen, es lägen jedoch auch klare Hinweise für Symptomverdeutlichung vor. So habe der

Beschwerdeführer anamnestisch angegeben, dass er meistens nach ca. 15 min Sitzen (z.B. vor dem Computer) einen Abfall des Blutdrucks merke, so dass er sich hinlegen müsse, obwohl er während der gutachterlichen Anamnese mehrfach für ca. 75 min problemlos ohne Schwindel habe sitzen können.

Die kardiologischerseits gestellte Diagnose einer diastolischen Herzinsuffizienz bei hypertensiver Kardiopathie wirke sich in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Das pneumologischerseits diagnostizierte mittelgradig obstruktive Schlafapnoesyndrom sei unter der aktuellen aPAP-Therapie sehr gut eingestellt. Aus ophthalmologischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Denkbar sei, dass das vom Beschwerdeführer angegebene zwischenzeitlich "Verschwommensehen" zum Teil durch Blutdruckerhöhungen und/oder einen unzureichend eingestellten Blutzucker verursacht werden könne, eine Symptomverdeutlichung könne aber auch hier nicht ausgeschlossen werden.

Anlässlich der Exploration habe der Beschwerdeführer seit der Hemikolektomie rechts eine häufigere Stuhlfrequenz mit maximal 15x pro Tag auftretenden breiigen Stuhlabgängen beklagt, weshalb jeder Arbeitsplatz dem Beschwerdeführer nur dann zugemutet werden könne, wenn er dabei die Möglichkeit habe, selbstständig jederzeit eine Toilette aufsuchen zu können. Aufgrund der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit beklage der Beschwerdeführer nachvollziehbar Mühe, sich nach dem Stuhlgang reinigen zu können, weshalb idealerweise auch am Arbeitsplatz ein Closomat zur Verfügung stehen sollte (AB 176.2/5 f. Ziff. 4.1).

In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe schon rein aufgrund der objektivierbaren Befunde des Bewegungsapparats ab Gutachtenszeitpunkt eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ab 31. Mai 2018 eine 50%-ige Einschränkung in der angestammten Tätigkeit bestanden habe, dies aufgrund einer Polyneuropathie der unteren Extremitäten mit Stand- und Gangunsicherheit sowie eines zusätzlichen vermehrten Pausenbedarfs aufgrund von regelmässigen Blutzuckerkontrollen, Nahrungsaufnahme und Insulintherapie. Am 30. Januar 2019 sei dann eine Hemikolektomie rechts bei mässig

differenziertem Adenokarzinom des mittleren Colon transversum mit mindestens dreimonatiger postoperativer voller Arbeitsunfähigkeit sowie konsekutiv stark erhöhter Stuhlfrequenz erfolgt, welche kaum mit einer Arbeitsfähigkeit als ... vereinbar sei. Auch wenn die rheumatologischen Diagnosen erst anlässlich der aktuellen Begutachtung erstmalig gestellt worden seien, könne mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem 30. Januar 2019 bestehe.

In einer körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Notwendigkeit, Arbeiten über der Horizontalen bzw. Überkopfarbeiten zu verrichten, ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, tragen oder stossen zu müssen, ohne Notwendigkeit, auf unebenen Flächen gehen zu müssen, ohne Tätigkeiten auf Gerüsten, Treppen oder Leitern oder an gefährlichen Maschinen, mit der Möglichkeit, die Arbeit jederzeit selbstständig zu unterbrechen und eine Toilette aufzusuchen (ein Closomat sollte zur Verfügung stehen), bestehe seit mindestens 31. Mai 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer den körperlichen Leiden angepassten Verweistätigkeit sei kombiniert bedingt durch die Polymorbidität mit Stand- und Gangataxie diabetischer Polyneuropathie, multifaktoriell bedingtem Verschwommensehen, vermehrtem Pausenbedarf bei Insulintherapie mit häufigen Blutzuckermessungen, Nahrungsaufnahme und Insulinapplikation sowie aufgrund der erhöhten Stuhlfrequenz. Im Zusammenspiel der einzelnen Krankheitsbilder wirkten sich die per se jeweils geringfügigen Einschränkungen gesamthaft auch in einer angepassten Tätigkeit mindernd auf die Arbeitsfähigkeit aus (AB 176.2/9 f. Ziff. 4.7 ff.).

3.2.2 Zu den einwandweisen Vorbringen des Beschwerdeführers (AB 186) und dessen Hausarztes (AB 193/2 ff.) nahm der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 28. Oktober 2020 wie folgt Stellung (AB 196/3 ff.): Gemäss Vorbringen des Hausarztes sei am 3. August 2020 eine Koronarangiographie durchgeführt worden, wobei eine hypertensive Kardiopathie mit einer (linksventrikulären) Auswurfraction von 70 % (was das Vorliegen einer normalen linksventrikulären Funktion bestätige) ohne Nachweis einer relevanten Koronarsklerose be-

schrieben werde. Bei symptomatischem tachykardem Vorhofflimmern habe unter einer Betablockertherapie eine Konversion in den Sinusrhythmus erreicht werden können. Vor diesem Hintergrund sei die vom Hausarzt aufgrund des tachykarden Vorhofflimmerns geltend gemachte Verschlechterung nicht nachvollziehbar, da dieses Vorhofflimmern schliesslich in einen normalen Sinusrhythmus habe konvertiert werden können. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei die vom Beschwerdeführer beanstandete Unterlassung eines entsprechenden Belastungstests in Bezug auf die Blutdruckschwankungen, sei doch anlässlich der Begutachtung eine Langzeit-Blutdruckmessung durchgeführt worden, wobei während dieser Messung entsprechende Schwächeanfälle nicht beschrieben worden seien.

Vom Hausarzt werde zudem eine chronische Stressbelastung geltend gemacht, welche zu den hypertensiven Blutdruckwerten sowie auch wiederholten nächtlichen Hypoglykämien führen würden, welche sich nur ungenügend durch orale Zuckereinnahme korrigieren liessen. Aus Sicht des Hausarztes lasse sich diese Stressbelastung einzig durch die Zusprache einer Rente beheben. Aus Sicht des RAD-Arztes lasse sich erfahrungsgemäss aber der Umgang mit entsprechenden Stressoren nicht durch die Zusprache einer Rente therapieren, sondern durch eine leitliniengerechte Psychotherapie, unter welcher der Beschwerdeführer nunmehr offenbar stehe. Zusammenfassend sei die geltend gemachte Verschlechterung seit der Begutachtung (vgl. E. 3.2.1 hiervor) nicht nachvollziehbar, da die aktuell beschriebenen bzw. geltend gemachten Einschränkungen bereits im angepassten Leistungsprofil der polydisziplinären Begutachtung berücksichtigt seien.

3.3 Die behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers äusserten sich wie folgt:

3.3.1 Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Endokrinologie-Diabetologie, bestätigt im Bericht vom 26. November 2020 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] I 3), dass der Beschwerdeführer unter einem Diabetes mellitus Typ 2 mit Folgeerkrankungen (diabetische Retinopathie, periphere Neuropathie und beginnende Nephropathie) leide, und sie wies darauf hin, dass der Diabetes aktuell im Rahmen der Steroidtherapie entgleist sei.

3.3.2 Im Vorbescheidverfahren hatte der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 12. Oktober 2020 (AB 193/2 ff.; vgl. bereits E. 3.2.2 hiervor) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend gemacht; dies aufgrund eines durch die hypertensive Kardiopathie ausgelösten und neu seit September 2020 bestehenden symptomatischen tachykarden Vorhofflimmerns und der chronischen Stressbelastung mit nun hypertensiven Blutdruckwerten und nun auch wiederholten nächtlichen Hypoglykämien. Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. F. _____ vom 12. November 2020 (BB I 4) sei eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands dahingehend eingetreten, dass die Herzinsuffizienz progredient (Anstieg des BNP) mit Symptomen (zunehmende Leistungsinsuffizienz und Belastungsdyspnoe) und die Sehbeschwerden grösser seien sowie die Blutdruckwerte nunmehr zu stark hypertensiven Werten entgleisen und vermehrt Hypoglykämien auftreten würden.

3.3.3 Gemäss Bericht von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Ophthalmologie, vom 1. März 2021 (BB IA 1) weise der Beschwerdeführer aktuell einen Visus von 50 % rechts und 50 % links auf. Das Pigmentdispersionsyndrom sei unter Azopt im Augendruck stabil, jedoch zeigten sich neue retinale Blutungen peripher links mehr als rechts bei bekannter proliferativer, diabetischer Retinopathie. Daraufhin sei erneut gelasert worden; die Injektionstherapie sei ebenfalls fortzuführen.

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4.3 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stel-

lungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.5 Sowohl das MEDAS-Gutachten vom 28. Juli 2020 (AB 176.2/1 ff.; vgl. E. 3.2.1 hiervor) als auch die RAD-Stellungnahme vom 28. Oktober 2020 (AB 196/3 ff.; vgl. E. 3.2.2 hiervor) genügen den höchstrichterlichen Anforderungen (vgl. E. 3.4.1 hiervor) und haben damit vollen Beweiswert (vgl. E. 3.4.2 f. hiervor). Die im Gutachten enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein. Überzeugend haben die Experten schliesslich dargelegt, dass und in welcher Weise sich der Gesundheitszustand gegenüber dem Jahr 2018 verändert hat. Damit ist auf das MEDAS-Gutachten abzustellen. Zur seither geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands sowie zur einwandweise beanstandeten Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gemäss polydisziplinärem Gutachten hat der RAD-Arzt eingehend und überzeugend Stellung genommen. Seine Ausführungen sind schlüssig begründet, weshalb auch darauf abzustellen ist. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht stichhaltig.

3.5.1 In Bezug auf das MEDAS-Gutachten bemängelt der Beschwerdeführer, dass die Wechselwirkungen seiner verschiedenen Krankheiten nicht berücksichtigt worden seien (Beschwerde, S. 5 Art. 8; Replik, S. 2 Art. 2). Während er selber von mannigfaltigen schweren körperlichen Einschränkungen ausgeht (Beschwerde, S. 4 Ziff. 6 zweiter Abschnitt), ist im Gutachten von per se jeweils geringfügigen Einschränkungen der einzelnen Krankheitsbilder die Rede, die sich im Zusammenspiel dann doch mindernd auf die Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit auswirken (AB 176.2/10 Ziff. 4.9). Das zeigt, dass im Gutachten die Wechselwirkungen sehr wohl berücksichtigt worden sind, insbesondere auch in Bezug auf die Dysfunktion des Herzens, die Zuckerkrankheit und die Sehfähigkeit

(vgl. insbes. AB 176.7/7 Ziff. 7.2). Ebenfalls wurden entgegen den Ausführungen in der Replik, S. 2 Art. 2, auch die ophthalmologischen Aspekte und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit berücksichtigt (vgl. AB 176.8/3 f. Ziff. 6 ff.).

Die weitere Kritik am Gutachten basiert allein auf Behauptungen des Beschwerdeführers, ohne aber objektivierte, dem Gutachten widersprechende Befunde vorzulegen. Damit erweist sich die wenig substantiiert gebliebene Kritik am Gutachten als haltlos; diese vermag daher keine Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der Expertise zu begründen.

3.5.2 Eine seit der Begutachtung vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung (Beschwerde, S. 6 Ziff. 9 f.; Replik, S. 3 Art. 3; vgl. dazu auch den Bericht des Hausarztes vom 12. Oktober 2020 [AB 193/2 ff.]) wurde (entgegen seiner Meinung) von der Beschwerdegegnerin nicht etwa ignoriert, sondern vom RAD-Arzt in allen Punkten überzeugend verneint (AB 196/3 ff.; vgl. 3.2.2 hiervor; vgl. auch E. 3.5 hiervor). Daran vermag auch der neuerliche Bericht vom 12. November 2020 (BB I 4; vgl. E. 3.3.2 hiervor) nichts zu ändern, der in weiten Teilen dem Bericht vom 12. Oktober 2020 (AB 193/2 ff.) entspricht, welcher dem RAD vorgelegt wurde.

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt

nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Die vom Hausarzt gestellten Diagnosen waren den Gutachtern hinlänglich bekannt und zur geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung insbesondere bezüglich der (nunmehr anscheinend progredienten) Herzinsuffizienz hat der RAD, wie erwähnt, nachvollziehbar Stellung genommen. Zudem lagen bereits im Gutachtenszeitpunkt hypertensive Blutdruckwerte vor (vgl. AB 176.10/4 unten). Damit erweisen sich diese geltend gemachten Verschlechterungen nicht als signifikant. Die Gutachter haben sich auch eingehend und nachvollziehbar (vgl. E. 3.3 hiervor) mit dem Diabetes mellitus Typ 2 mitsamt Folgeerkrankungen auseinandergesetzt, der von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 26. November 2020 (BB I 3; vgl. E. 3.2.1 hiervor) diagnostiziert worden war (vgl. AB 176.2 Ziff. 4; vgl. auch AB 176.7/6 ff. Ziff. 6.1 und 7.1 f.). Insoweit liefert auch dieser Bericht keine neuen oder vom Gutachten abweichende Erkenntnisse.

Die weiter dokumentierte Entgleisung des Diabetes im Rahmen der Steroidtherapie ist hier nicht zu beachten, da dies erst nach Verfügungserlass – der zeitlich massgebenden Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – erfolgt ist und ohnehin aufgrund der gewählten Formulierung ("*Aktuell* [...] entgleist" [BB I 3; Hervorhebung durch das Gericht]) nicht davon auszugehen ist, dass sich dies zusätzlich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirken vermag. Gleich verhält es sich in Bezug auf den Bericht der Dr. med. G. _____ vom 1. März 2021 ("Zum *aktuellen* Zeitpunkt [...] ein Visus von 50 % rechts und 50 % links [...] [BB IA 1; Hervorhebung durch das Gericht]), zumal hier Angaben zum Ergebnis der durchgeführten Augenlaserung und entsprechend zu den (dauerhaften) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fehlen.

3.5.3 Nach dem Gesagten lassen die Ausführungen des Beschwerdeführers keine Zweifel an dem übereinstimmend von den MEDAS-Gutachtern

(AB 176.2/10 Ziff. 4.8) und vom RAD-Arzt (AB 196/4 f.) für eine angepasste Tätigkeit formulierten Zumutbarkeitsprofil aufkommen, so dass kein Bedarf an weiteren medizinischen Abklärungen bzw. Beweiserhebungen (insbesondere ein [weiteres] Administrativ- oder Gerichtsgutachten; vgl. Beschwerde, S. 6 Art. 9, und Replik, S. 3 Art. 3) besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

3.6 Dem beweiskräftigen (vgl. E. 3.5 hiervor) MEDAS-Gutachten vom 28. Juli 2020 (AB 176.2/1 ff.) und dem ebenfalls beweiskräftigen RAD-Bericht vom 28. Oktober 2020 (AB 196/3 ff.) zufolge ist der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Als angepasst gelten körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten, ohne Notwendigkeit, Arbeiten über der Horizontalen bzw. Überkopfarbeiten zu verrichten, ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, tragen oder stossen zu müssen, ohne Notwendigkeit, auf unebenen Flächen gehen zu müssen, ohne Tätigkeiten auf Gerüsten, Treppen oder Leitern oder an gefährlichen Maschinen, mit der Möglichkeit, die Arbeit jederzeit selbstständig zu unterbrechen und eine Toilette aufzusuchen (ein Closomat sollte zur Verfügung stehen). Darauf ist nach dem Dargelegten abzustellen und auf dieser medizinischen Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung der IV-Neuanmeldung im September 2018 (AB 38 ff.) und der ab 31. Mai 2018 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % (AB 176.2/9 f. Ziff. 4.7 f.) ist der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartejahr) i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (Karenzfrist von sechs Monaten) auf Mai 2019 festzusetzen (vgl. auch AB 198/4).

4.3 Die Beschwerdegegnerin ging zu Recht davon aus, der Beschwerdeführer wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen weiterhin als ... bei der H. _____ AG (AB 198/4; vgl. auch AB 49, 69) tätig. Gemäss den Angaben dieses letzten Arbeitgebers beträgt der Jahreslohn für 2019 Fr. 81'055.-- (AB 64/1).

4.4

4.4.1 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, bestimmte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohnes der LSE 2018, Tabelle TA1, Männer, Total, Kompetenzniveau 1 (vgl. AB 198/4). Aufgerechnet auf ein Jahr, aufindexiert auf das Jahr 2019 (BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer 2016 - 2020, Total [2018: 101.5 Punkte; 2019: 102.4 Punkte]) und arbeitszeitbereinigt (41.7 Stunden; BFS, betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) ergibt dies unter Berücksichtigung der 50%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.6 hiervor) ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 34'183.80 (Fr. 5'417.-- x 12 / 101.5 x 102.4 / 40 x 41.7 x 0.5).

4.4.2 Der Beschwerdeführer macht in Bezug auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit geltend, diese sei aufgrund seines fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwertbar (Beschwerde, S. 6 f. Art. 11; Replik, S. 3 f. Art. 4). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als

Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2019 IV Nr. 7 S. 21 E. 3.2).

Zum Zeitpunkt der Erstellung des polydisziplinären Gutachtens im Juli 2020 – und damit im Zeitpunkt, in dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststand und auf den es hinsichtlich der Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ankommt (BGE 143 V 431 E. 4.5.1 S. 433, 138 V 457 E. 3.3 S. 462; SVR 2017 IV Nr. 85 S. 266 E. 2.2.2) – war der Beschwerdeführer 55 Jahre und acht Monate alt. Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters von 65 Jahren (Art. 21 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]) betrug damit noch über neun Jahre. Diese Zeitspanne ist als ausreichend zu bezeichnen, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und diese Arbeit dann auszuüben, zumal der Beschwerdeführer über langjährige Berufserfahrung als ... und damit verbundene handwerkliche Fertigkeiten verfügt (Entscheid des BGER vom 7. März 2017, 9C_677/2016, E. 4.3). Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit ist damit trotz fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers zu bejahen.

4.4.3 Auch mit Blick auf das Anforderungsprofil an eine angepasste Arbeitsstelle sieht der Beschwerdeführer keine Möglichkeit, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Anstellung zu finden (Beschwerde, S. 6 f. Art. 11; Replik, S. 3 f. Art. 4).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversi-

cherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 320 E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.4).

Das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.6 hiavor) ist zwar relativ eng formuliert, spricht aber nicht für das Erfordernis eines Nischenarbeitsplatzes, bei welchem der gesundheitlich eingeschränkte Beschwerdeführer mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin rechnen müsste. Zumutbar sind ihm denn auch weiterhin körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Verrichtung von Arbeiten über der horizontalen Arbeitsebene resp. über Kopf und ohne Gewichtsbelastung über 10 kg. Entsprechende Arbeitsplätze finden sich relativ häufig in der industriellen Produktion von Waren (verarbeitendes Gewerbe) und im gesamten Dienstleistungssektor (vgl. auch Duplik, S. 4 Ziff. 11). Nach dem Dargelegten kann – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nach dem massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich-

keit nicht gesagt werden, das Finden einer angepassten Tätigkeit sei praktisch ausgeschlossen.

4.4.4 Nachdem sie im Verwaltungsverfahren einen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hatte, distanzierte sich die Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren von der Gewährung eines solchen (Duplik, S. 3 Ziff. 9). Ursprünglich hatte sie den Abzug damit begründet, dass durch die gesundheitlichen Einschränkungen die möglichen Tätigkeitsbereiche reduziert seien (AB 198/4). Tatsächlich sind dem Beschwerdeführer im Produktions- und Dienstleistungssektor einzig noch leichte und damit vergleichsweise tiefer bezahlte Tätigkeiten möglich. Da er vor Eintritt des Gesundheitsschadens als ... auch körperliche Schwerarbeit verrichtet hat und nunmehr selbst für leichte Arbeiten nur noch beschränkt einsetzbar ist, erweist sich ein leidensbedingter Abzug von 15 %, wie von der Beschwerdegegnerin zunächst vorgesehen, durchaus als angemessen und gerechtfertigt. Darüber hinaus wird aber den Einbussen wegen der körperlichen Defizite bereits mit der 50%-igen Leistungseinschränkung Rechnung getragen, weshalb sich ein weitergehender Abzug nicht rechtfertigt.

4.4.5 Unter zusätzlicher Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 15 % ergibt sich ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 29'056.25 (Fr. 34'183.80 x 0.85).

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 81'055.-- (vgl. E. 4.3 hiervor) und einem Invalideneinkommen von Fr. 29'056.25 (vgl. E. 4.4.5 hiervor) resultiert eine Einbusse von Fr. 51'998.75 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 64 % (Fr. 51'998.75 / Fr. 81'055.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

4.6 Demnach besteht ab 1. Mai 2019 (vgl. E. 4.2 hiervor) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (vgl. E. 2.2 hiervor). Damit erweisen sich die angefochtenen Verfügungen vom 2. November 2020 (AB 198) und 14. Januar 2021 (AB 208) als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und in Bezug auf das Verfahren IV/2020/893 anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. In Bezug auf das Verfahren IV/2021/146 ist gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind in beiden Fällen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.