

200 22 533 IV  
WIS/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Juni 2023**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 7. Juli 2022



## Sachverhalt:

### A.

Der 1982 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt vollzeitlich als ungelernter ... tätig, meldete sich im Januar 2018 unter Hinweis auf Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, insbesondere liess sie den Versicherten durch die MEDAS B.\_\_\_\_\_ polydisziplinär begutachten. Im am 12. März 2019 erstatteten Gutachten wiesen die Gutachter der MEDAS B.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass infolge einer Rückenoperation im Oktober 2018 ein instabiler postoperativer Zustand vorliege, der eine abschliessende Beurteilung (noch) nicht ermögliche und eine Neubeurteilung im April 2019 angezeigt sei (act. II 62.1/17). Nachdem die IVB eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. Juni 2019 (act. II 76) eingeholt hatte, stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 26. Juli 2019 die Zusprache einer ganzen Rente vom 1. Januar 2019 bis 30. Juni 2019 (Invaliditätsgrad [IV-Grad] 100 %) in Aussicht (act. II 77). Im Rahmen des dagegen erhobenen Einwands wies der Versicherte darauf hin, dass am 12. September 2019 ein operativer Eingriff am linken Knie stattgefunden habe mit anschliessend attestierter Arbeitsunfähigkeit und den Rücken betreffend weitere Abklärungen vorgesehen seien (act. II 84). Am 3. März 2020 wurde dem Versicherten eine patellofemorale Teilprothese links implantiert (act. II 104) und nach einem Sturz im selben Monat musste ihm am 24. März 2020 die Quadrizepssehne links genäht werden (act. II 113/12), die am 30. Juni 2020 operativ revidiert werden musste (act. II 122/9). In der Folge nahm die IVB weitere medizinische Abklärungen vor, insbesondere holte sie (Verlaufs-)Berichte der behandelnden Ärzte ein (vgl. act. II 144 f. 145, 150, 158 f., 175, 177), edierte die Akten der C.\_\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_\_; act. II 149) und veranlasste auf Empfehlung des RAD (act. II 180, 182) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS D.\_\_\_\_\_ (MEDAS D.\_\_\_\_\_; Gutachten vom 27. Januar 2022; act. II 203.1-9). Mit neuem Vorbescheid vom 25. Februar 2022 kündigte die IVB die Ausrichtung einer ganzen Rente vom 1. August 2018 bis 30. Juni 2019 sowie vom 1. Juni

2020 bis 31. März 2021 (jeweils IV-Grad 100 %) an (act. II 205). Nach erneutem Einwand (act. II 212) und Rückfragen bei der MEDAS D. \_\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 1. Mai 2022; act. II 219) verfügte die IVB am 7. Juli 2022 wie vorbescheidweise angekündigt (act. II 223).

## **B.**

Mit Eingabe vom 11. September 2022 erhob der Versicherte Beschwerde mit folgenden Anträgen:

- "1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 7. Juli 2022 sei aufzuheben und mir seien die mir zustehenden gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Die IV-Stelle des Kantons Bern sei zu verpflichten mir eine Viertelsrente (25 %) auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Staates."

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist 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 im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er

zur Beschwerde 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 Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Juli 2022 (act. II 223). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbezugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und hierbei insbesondere, ob nebst den zugesprochenen befristeten ganzen Renten (vom 1. August 2018 bis 30. Juni 2019 und vom 1. Juni 2020 bis 31. März 2021) auch über den 31. März 2021 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

**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 den angefochtenen Entscheid 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** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden

oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2022 (act. II 223), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegen der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs sowie sämtliche hier zur Diskussion stehenden Revisionsgründe vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 3.4 und 4.3 ff. hiernach), weshalb vorliegend die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100-9102 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**2.2** 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. 346).

**2.3** Gemäss aArt. 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.

**2.4** 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).

**2.5** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.5.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.5.2** 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.5.3** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine

abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

**2.6** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV).

**2.7** 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2022 (act. II 223) basiert in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2022 (act. II 203.1-9; inkl. Stellungnahme vom 1. Mai 2022; act. II 219). Darin diagnostizierten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M54.5/M79.65/Z98.8), chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 M79.60/T93.2/Z98.8/Z96.6), eine rezidivierende depressive Störung, ge-

genwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66), eine leichte Adipositas (BMI 30 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 S66.0) und ein Zustand nach Stromunfall 2013 mit passageren Parästhesien und anamnestisch passagerer sensomotorischer Halbseitenlähmung (ICD-10 T75.0; act. II 203.1/8 f.).

Im allgemein-internistischen Teilgutachten erwähnte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Verlauf habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme der jeweiligen postoperativen Rekonvaleszenz-Phasen bestanden (act. II 203.3/7).

Im psychiatrischen Teilgutachten legte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, der Beschwerdeführer sei belastet durch die chronischen Schmerzen, die Einschränkungen im Alltag, die Impotenz, die finanziellen Sorgen und die ungewisse Zukunft. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (act. II 203.4/5) und die Belastungen führten zu einer depressiven Entwicklung, die leicht bis mittelgradig ausgeprägt sei (act. II 203.4/6). Hinweise für eine schwere depressive Störung fänden sich keine. Der Beschwerdeführer lebe zusammen mit seiner Familie, leiste einige Arbeiten im Haushalt, kümmere sich um die Kinder, koche regelmässig und erledige Einkäufe. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (bezogen auf ein Vollpensum) seit Juni 2021. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe aufgrund der Depression. Eine Tätigkeit, die keine hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit stelle, die ohne viele soziale Kontakte geleistet werden könne und bei der keine Belastungsspitzen aufträten, sei angepasst. In einer solchen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % (bezogen auf ein Vollpensum) seit Juni 2021 (act. II 203.4/8).

Im orthopädischen Teilgutachten führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die ebenso diffus wie massiv beklagten Beschwerden liessen sich auf rein orthopädischer Ebene keinesfalls klar begründen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei höhergradiger Belastung oder

längerdauernder Einnahme von Zwangshaltungen angesichts wiederholter lumbosakraler Eingriffe einschliesslich Spondylodese sowie auch eine Funktionsminderung und Schmerzhaftigkeit bezüglich des linken Kniegelenks nach partiellem endoprothetischem Ersatz und mehrfach operativ behandelte Quadrizepssehnenruptur. Die gesamte anamnestische und klinische Präsentation einschliesslich deutlicher Inkonsistenzen lasse aber doch an eine massive nicht-organische Beschwerdekomponekte denken (act. II 203.5/9). Für körperlich sehr leichte Verrichtungen könne auf Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (act. II 203.5/12). Spätestens seit dem am 2. August 2017 erfolgten lumbalen Eingriff könne in der bisherigen Tätigkeit von einer bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit sei spätestens sechs Monate nach dem letzten, am 25. Oktober 2018 durchgeführten lumbalen Eingriff eine zeitlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen und nach der am 3. März 2020 durchgeführten Knieoperation sei wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber sechs Monate nach dem letzten, am 30. Juni 2020 durchgeführten Revisionseingriff eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen (act. II 203.5/13).

Im neurologischen Teilgutachten legte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, dar, gesamthaft ergebe sich auf neurologischem Gebiet keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Erkrankung. Die Beschwerden seien nicht hinreichend neurologisch-organisch erklärbar. Die Minderbelastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule und des Kniegelenks seien orthopädischerseits zu würdigen, ansonsten seien die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten erhalten (act. II 203.6/5).

Interdisziplinär führten die Gutachter aus, im Vordergrund stünden das chronische lumbogluteale Schmerzsyndrom beidseits nach mehrfachen Infiltrationen und operativen Interventionen sowie die chronischen Kniebeschwerden links bei ebenfalls mehrfachen operativen Eingriffen mit u.a. Implantation einer Patellofemoralprothese am 3. März 2020 mit anschliessend aufgetretener Quadrizepssehnenruptur mit mehrfacher operativer Behandlung. Auch wenn klar ein organischer Kern für die beklagten Be-

schwerden nachweisbar sei, liessen sich diese durch die objektivierbaren Befunde nicht alle klar begründen. Anlässlich der orthopädischen Exploration hätten sich deutliche Inkonsistenzen gezeigt, so dass vom Vorliegen einer erheblichen nicht organischen Beschwerdekomponekte auszugehen sei. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden verantwortlich sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Zudem hätten die chronischen Schmerzen, die Einschränkung im Alltag, die Impotenz, finanzielle Sorgen und die ungewisse Zukunft zu einer depressiven Entwicklung geführt. Aktuell sei vom Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen Episode auszugehen. Die Durchhaltefähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt. Zusätzliche Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könnten weder aus allgemeininternistischer noch neurologischer Sicht gestellt werden, es bestünden keine Hinweise für das Vorliegen einer radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik (act. II 203.1/10). In der angestammten Tätigkeit als ... und in sämtlichen körperlich mittelschweren oder schweren sowie längerdauernden stehenden oder gehenden Tätigkeiten und Tätigkeiten mit kauernder, kniender oder gebückter Position bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei eine körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne längeres Stehen und Gehen, ohne wiederholtes Überwinden von Treppen oder Gehen auf unebenem Grund und ohne Notwendigkeit der Einnahme von kniender, kauernder oder gebückter Positionen. Idealerweise sollte die Tätigkeit ohne allzu viele soziale Kontakte und ohne Belastungsspitzen durchgeführt werden können. Tätigkeiten, welche eine erhöhte Anforderung an die Konzentration erforderten, seien ungeeignet. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine maximale Präsenz von 6-8 Stunden pro Tag und eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bezogen auf ein Vollzeitpensum. Nach vorangehend nicht dokumentierter länger andauernder höhergradiger Arbeitsunfähigkeit, aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab August 2017, 100%iger Arbeitsfähigkeit ab April 2019, aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab März 2020, 100%iger Arbeitsfähigkeit ab Januar 2021 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit ab Januar 2022 angenommen werden (act. II 203.1/11). Die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei schon rein orthopädisch bedingt, die leichte Ein-

schränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Verweistätigkeit sei psychiatrisch bedingt (act. II 203.1/12).

Auf Rückfrage der Verwaltung führten die MEDAS D. \_\_\_\_\_-Gutachter am 1. Mai 2022 aus, der MRI-Bericht vom 14. September 2021 habe bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im Rahmen eines Schreibens von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 15. September 2021 vorgelegen und sei im Gutachten korrekt zitiert worden. Desgleichen habe der Gutachter die eigene Durchsicht eines MRI vom 27. Oktober 2020 sowie den entsprechenden Bericht mit klar genannter Partialläsion der Quadrizepssehne dokumentiert und sowohl in der Diagnoseliste als auch der Beurteilung angeführt. In diesem Sinne ergäbe auch der Sonographiebefund vom 15. März 2022 keine relevanten neuen Aspekte. Der orthopädischen Einschätzung des I. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2022 könne gut gefolgt werden. Erstaunlich sei dagegen die von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ getroffene Behauptung, dass die gutachterliche Diagnose "falsch" sei. Das Gutachten basiere keinesfalls, wie behauptet, "auf der Annahme einer intakten Quadrizepssehne", vielmehr sei deren Läsion klar benannt worden. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ begründe allerdings seine Behauptung einer bestenfalls 50 % betragenden Arbeitsfähigkeit keinesfalls durch funktionelle Befunde, sondern offenbar überwiegend durch die "Erkrankung der Wirbelsäule", was in diametralem Gegensatz zur im orthopädischen Teilgutachten ausführlich zitierten spezialärztlichen Einschätzung der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals K. \_\_\_\_\_ stehe, welche das Fehlen relevanter somatischer Schmerzursachen zeige und eine Arbeitsfähigkeit von "mindestens 80%" attestiere. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ bezeichne die aktuell eingesetzte Orthese aufgrund der fixierten Streckhaltung als ungeeignet; dies könne nachvollzogen werden, doch lasse auch dieser Bericht eine ausführliche Dokumentation klinischer Befunde vermissen; das Gangbild werde nur mit angelegter Orthese beschrieben. Im Gutachten sei dagegen dokumentiert worden, dass der Beschwerdeführer ausserhalb der fokussierten Prüfung eine auffallend flüssige Bewegung mit problemlosem Einsatz auch der linken unteren Extremität gezeigt habe. Es seien keine zusätzlichen Abklärungen nötig (act. II 219/4). Zusammenfassend sei aus interdisziplinärer Sicht festzuhalten, dass auch angesichts der zugestellten Berichte weiterhin an der gut-

achterlichen Einschätzung einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % festzuhalten sei, das formulierte Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit (act. II 219/5).

**3.2** 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 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 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).

Den im Verwaltungsverfahren 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 (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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**3.3** Das Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2022 (act. II 203.1-9; inkl. Stellungnahme vom 1. Mai 2022; act. II 219) – basierend auf einer allgemein-internistischen (act. II 203.3), psychiatrischen (act. II 203.4), orthopädischen (act. II 203.5) und neurologischen Untersuchung (act. II 203.6) – erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, 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 Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die

Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. act. II 203.1). Des Weiteren wurde nachvollziehbar zu den Rückfragen im Vorbescheidverfahren Stellung genommen und dabei überzeugend aufgezeigt, dass und weshalb an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werden kann (act. II 219). Dem Gutachten (inkl. Stellungnahme) kommt damit voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist.

**3.3.1** Im psychiatrischen Teilgutachten setzte sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit den Vordiagnosen, dem bisherigen Behandlungsverlauf und den Befunden der gutachterlichen Exploration auseinander. Mit Blick auf die Befunderhebung überzeugt, dass der Gutachter die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1) stellte. Der Beschwerdeführer beklagte zahlreiche körperliche Beschwerden (insbesondere Rücken- und Kniebeschwerden), deren Ausmass und die subjektive Krankheitsüberzeugung, überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden konnten (vgl. act. II 203.5/9), weshalb eine psychische Überlagerung angenommen wurde (act. II 203.1/10). Als Belastungen nannte der Gutachter chronische Schmerzen, Einschränkungen im Alltag, die Impotenz, finanzielle Sorgen und die ungewisse Zukunft (act. II 203.4/5 f). Zudem waren im Rahmen der Untersuchung die Stimmung herabgesetzt, etwas gereizt sowie klagsam und die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt (act. II 203.4/4; vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 169 ff. und S. 233 f.). Ebenso zeigte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und überzeugend auf, weshalb er – anders als die behandelnde Assistenzärztin, med. pract. L. \_\_\_\_\_ im Institut M. \_\_\_\_\_ (Institut M. \_\_\_\_\_; vgl. Bericht vom 13. August 2021; act. II 178) – keine schwere depressive Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen diagnostizierte. So verwies er insbesondere auf das Fehlen von Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen,

Halluzinationen und Verzweiflung sowie auf das Vorhandensein eines Tagesablaufs, täglicher Aktivitäten (einige Arbeiten im Haushalt, Begleitung ... in ..., Erledigung kleinerer Einkäufe) und sozialer Kontakte (gute Beziehung mit Ehefrau, regelmässige Kontakte mit ... und deren Familien) hin (act. II 203.4/7), was einer entsprechenden Diagnose entgegensteht (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, S. 175). Auch die im Vorbescheidverfahren eingereichte Stellungnahme des Instituts M.\_\_\_\_\_ vom 22. März 2022 (act. II 210) spricht nicht gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlich-psychiatrischen Einschätzung. Es trifft zwar zu, dass es sich bei der (zweifach identisch wiedergegebenen) Anmerkung betreffend Nichteinnahme des Antidepressivums "Sertralin" um eine nicht korrekte Angabe im Teilgutachten handelt (act. 210/1 f.). Dies bestätigten die MEDAS D.\_\_\_\_\_ -Gutachter denn auch in der Stellungnahme vom 1. Mai 2022 und wiesen darauf hin, dass im Rahmen der Diskussion hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität jedoch dann korrekt ausgeführt worden sei, dass das Antidepressivum im Referenzbereich gelegen habe, das Neuroleptikum dagegen nicht (vgl. MEDAS D.\_\_\_\_\_ -Stellungnahme vom 1. Mai 2022; act. II 219/1 f.). Im Zusammenhang mit der kritisierten unterschiedlichen Gewichtung bzw. Berücksichtigung der Angaben und Befunde (act. II 210/2 f.) ist zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2021, 8C\_28/2021, E. 4.2), was hier der Fall ist. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2022, 8C\_134/2022, E. 5.1). Im Übrigen äusserten sich Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. L.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten auch nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit. Vielmehr hatten sie in ihrem Bericht vom 13. Au-

gust 2021 festgehalten, dass sie dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten und deren Einschätzung in einer leidensangepassten Tätigkeit schwierig sei (act. II 178/2 und 7).

Soweit Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten zum Schluss kam, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei ab Juni 2021 um 30 % herabgesetzt (act. II 203.4/8) und die MEDAS D.\_\_\_\_\_-Gutachter in der interdisziplinären Gesamtwürdigung festhielten, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Verweistätigkeit sei (einzig) psychiatrisch bedingt (act. II 203.1/12), kann vorliegend auf die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 verzichtet werden, da, selbst wenn auf die psychiatrisch begründete Herabsetzung des Leistungsvermögens abgestellt wird, ohnehin (ab Januar bzw. Juni 2021) kein rentenbegründender IV-Grad (mehr) resultiert (vgl. E. 4.7 hier-nach).

**3.3.2** In somatischer Hinsicht bestehen gestützt auf das internistische und das neurologische Teilgutachten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 203.3/5), was durch den Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten wird (vgl. act. II 212; Beschwerde S.3 f.). Hinweise auf relevante internistische Beschwerden bestehen keine und werden auch nicht geltend (substanziert) gemacht. Der neurologische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_\_ stellte keine neurologische Erkrankung fest; anlässlich dessen Untersuchung waren die motorischen, sensomotorischen und kognitiven Fähigkeiten erhalten (act. II 203.6/5). Gemäss dem Bericht des Spitals I.\_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2022 bestätigte sich in deren neurologischen Untersuchung auch eine regelrechte Innervation der Muskelanteile des Quadrizeps (act. II 208/6).

Dr. med. G.\_\_\_\_\_ legte aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung der bildgebenden Vorbefunde, der klinischen Untersuchung (act. II 203.5/4-7) und in Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte nachvollziehbar dar, dass in der bisherigen Tätigkeit (sowie jeder anderen körperlich mittelschweren und schweren sowie längerdauernden, stehenden und gehenden oder in kauender und kniender sowie gebückter Position durchzuführender Tätigkeit) spätestens seit der Rückenoperation vom 2. August 2017 eine bleibende und

vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht (act. II 203.5/12 f.), hingegen in einer körperlich sehr leichten Tätigkeit (mit Vermeiden von wiederholtem Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, längerem Stehen und Gehen, wiederholtem Treppensteigen, knienden, kauernenden sowie gebückten Positionen) jeweils spätestens sechs Monate nach der Rückenoperation vom 25. Oktober 2018 bzw. der operativen Revision der Quadrizepssehne vom 30. Juni 2020 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand bzw. besteht, ausgenommen der zwischenzeitlich vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit der Knieoperation vom 3. März 2020 (act. II 203.5/13). An dieser schlüssigen Einschätzung vermögen auch die Berichte des behandelnden Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 9. (act. II 212/6 f.) und 16. März 2022 (act. II 208/1 f.) nichts zu ändern. Entgegen dessen Darstellung ging Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im orthopädischen Teilgutachten nicht von einer intakten Quadrizepssehne aus. Der orthopädische Gutachter hat im Rahmen der bildgebenden Befunde insbesondere die Sonographie vom 21. Oktober 2020 und das MRI vom 27. Oktober 2020 mit Angabe einer "Partialruptur am Patellaoberpol" bzw. "Partialruptur der Quadrizepssehne am Ansatz am Oberpol der Patella im medialen Aspekt" aufgeführt (act. II 203.5/6). Dass er nicht von einer intakten Quadrizepssehne ausging ergibt sich sodann auch aus der Diagnosestellung (act. II 203.5/8 Ziff. 6.1 "- radiologisch Partialläsion der Quadrizepssehne am patellären Ansatz [MRI 27.10.2020]") sowie der versicherungsmedizinischen Beurteilung (act. II 203.5/8 Ziff. 7.1 "anschliessend aufgetretener Quadrizepssehnenruptur", Ziff. 7.3.1 "am linken Kniegelenk persistiert eine Partialläsion der Quadrizepssehne"). Insofern enthält auch der Befund der Sonographie vom 15. März 2022 (act. II 212/8) keine neuen unberücksichtigten Aspekte. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlich-orthopädischen Untersuchung angab, zur Begleitung ... täglich zweimal vom Wohnort zum offenbar 700 m entfernten ... und zurück zu laufen und ausserhalb der fokussierten Untersuchung flüssige und zügige Positionswechsel sowie einen kraftvollen Einsatz der Extremitäten zeigte (act. II 203.5/3, 11), was für eine (gewisse) Erhaltung der Gebrauchsfähigkeit der unteren Extremitäten spricht. Soweit Dr. med. J. \_\_\_\_\_ von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer sehr leichten und wechselbelastenden Tätigkeit ausging und dies mit der

Erkrankung der Wirbelsäule begründete (act. II 208/2), steht dies, wie die Gutachter zutreffend in ihrer Stellungnahme ausführten, in Widerspruch zu den Berichten der Wirbelsäulenchirurgie des Spitals K.\_\_\_\_\_. Am 31. März 2021 erachtete Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter Hinweis auf die schwierige Situation mit wiederholten Rückenoperationen sowie radiologisch stabilen Verhältnissen und ohne wesentliche degenerative Veränderungen im cranialen Anschlusssegment, den Beschwerdeführer zu *mindestens* 80 % arbeitsfähig für leichtere Tätigkeiten in einem angepassten Umfeld (act. II 165/2). Am 3. März 2021 berichtete Dr. med. O.\_\_\_\_\_ von einer chirurgisch austherapierten Situation und er bestätigte den Ausschluss einer nennenswerten Anschlusssegmentproblematik. Weiter hielt er fest, dass von Seiten des Rückens wechselbelastende Tätigkeiten, frei wählbar sitzend/stehend/gehend unter Vermeidung von Zwangspositionen und repetitivem Heben von mittelschweren und schweren Lasten, dauerhaft möglich seien (act. II 203.8/6). Was die von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ für den Alltag als ungeeignet bezeichnete Orthese angeht (wegen der fixen Streckstellung; act. II 212/7), ist mit den MEDAS D.\_\_\_\_\_-Gutachtern festzuhalten, dass der behandelnde Orthopäde lediglich das Gangbild mit angelegter Orthese beschrieb, die Gutachter dagegen dokumentierten, dass der Beschwerdeführer ausserhalb der fokussierten Prüfung eine auffallend flüssige Bewegung mit problemlosem Einsatz auch der linken unteren Extremität zeigte (act. II 219/4). Im Übrigen bestreitet auch der Beschwerdeführer nicht, dass ihm sehr leichte, überwiegende sitzende Tätigkeiten ("ohne, dass er viel herumlaufen müsse") grundsätzlich noch zumutbar sind (Beschwerde S. 3 f. Ziff. 2.2 und 3).

**3.4** Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt, weshalb für weitere Abklärungen kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Mit hin bestand gestützt auf die voll beweiskräftigen Einschätzungen der Gutachter der MEDAS D.\_\_\_\_\_ ab August 2017 zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit; alsdann bestand in einer angepassten Tätigkeit ab April 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, ab März 2020 wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ab Januar 2021 eine Arbeits-

fähigkeit von 100 % und unter Berücksichtigung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des psychiatrischen Gutachters (vgl. E. 3.3.1 hiervor) jedoch bereits ab Juni 2021 (und damit nicht erst ab Januar 2022 gemäss der gutachterlichen Konsensbeurteilung; vgl. act. II 203.1/11) eine solche von 70 %.

#### **4.**

**4.1** 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

**4.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). 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 pflichtgemäßem Ermes-

sen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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).

**4.3** 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 des Wartejahres und der Anmeldung im Januar 2018 (act. II 2) ist der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf August 2018 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine (erste) Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat für den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns am 1. August 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen (act. II 223/7 oben), was der Beurteilung der MEDAS D. \_\_\_\_\_-Gutachter entspricht und nicht zu beanstanden ist (vgl. E. 3.4 hiervor; act. II 203.1/12). Damit resultiert ab diesem Zeitpunkt ein IV-Grad von 100 % und ein Anspruch auf eine ganze Rente (act. II 223/6 f.; vgl. E. 2.3 hiervor).

**4.5** Ab April 2019 hat in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden (vgl. E. 3.4 hiervor; act. II 203.1/12). Diese längerdauernde Verbesserung der Arbeitsfähigkeit stellt einen Revisionsgrund dar, womit auf diesen Zeitpunkt hin eine (zweite) Invaliditätsbemessung vorzunehmen ist bzw. der IV-Grad zu bestimmen ist (vgl. E. 2.5 hiervor).

**4.5.1** Der ungelernte Beschwerdeführer stand zuletzt von August 2014 bis Mai 2018 in einem vollzeitlichen Arbeitsverhältnis mit der P. \_\_\_\_\_ GmbH als ... (act. II 2, 25). Den Angaben der Arbeitgeberin zufolge wurde das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst (act. II 25/2). Mit Blick darauf ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin bei dieser Arbeitgeberin als ... tätig wäre. Entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist das Valideneinkommen gestützt auf den Lohn in dieser zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu ermitteln.

Gemäss der Arbeitgeberin betrug der AHV-beitragspflichtige Lohn im Jahr 2018 Fr. 70'525.--. Indexiert auf das Jahr 2019 ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 71'204.45 (Fr. 70'525.-- / 103.8 x 104.8 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2022, Bst. F Ziff. 41-43, Indices 2018 bzw. 2019; gemäss NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen, umfasst die Ziff. 43 auch ...]).

**4.5.2** Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ab April 2019 nicht verwertete, ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte der LSE 2018 festzulegen. Praxisgemäss ist auf den anwendbaren Totalwert der allgemeinen LSE-Tabelle TA1 (vgl. Entscheid des BGer vom 30. April 2021, 8C\_111/2021, E. 4.2.1) im Kompetenzniveau 1 abzustellen, entsprechend monatlich Fr. 5'417.-- (BFS, LSE 2018, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer). Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit und indexiert auf das Jahr 2019 resultiert per April 2019 ein Invalideneinkommen von Fr. 68'347.-- (Fr. 5'417.-- x 12 [Monate] / 40 [Wochenarbeitsstunden] x 41.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2019, Total] / 105.1 x 106.0 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2021, Total, Indices 2018 bzw. 2019]). Ein Abzug vom Tabellenlohn hat die Verwaltung zu Recht nicht vorgenommen. Die gesundheitlichen Einschränkungen fanden im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bereits genügend Eingang und dürfen damit nicht in die Bemessung eines leidensbedingten Abzugs einfließen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (vgl. SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Auch wenn dem Beschwerdeführer nur noch sehr leichte (ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg; vgl. act. II 203.1/11), überwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar sind, stellt dies grundsätzlich keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug dar, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Dezember 2020, 8C\_725/2020, E. 4.4.2, vom 24. Januar 2020, 8C\_586/2019, E. 5.3.1, vom 8. Oktober 2019, 9C\_447/2019, E. 4.3.2). Der Beschwerdeführer ist damit auf dem ausgeglichenen Ar-

beitsmarkt, der eine breite Palette von Hilfstätigkeiten bietet (leichtere Kontroll-, Überwachungs- oder administrative Tätigkeiten), nicht übermässig eingeschränkt und es werden entsprechende Tätigkeiten altersunabhängig nachgefragt, weshalb sich auch der Faktor Alter nicht lohnsenkend, sondern im Kompetenzniveau 1 sogar lohn erhöhend auswirkt (Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C\_14/2017, E. 6.3). Fehlende Sprachkenntnisse sowie Dienstjahre rechtfertigen in diesem Bereich ebenfalls keinen Abzug (Entscheid des BGer vom 25. November 2021, 8C\_627/2021, E. 7.2, und vom 19. Mai 2020, 9C\_18/2020, E. 6.2.3). Mit Blick auf die ausländische Herkunft des Beschwerdeführers (act. II 3) ergibt sich, dass Männer mit Niederlassungsbewilligung C ohne Kaderfunktion zwar weniger als Schweizer verdienen (vgl. LSE 2018, Tabelle TA12), aber mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Durchschnittseinkommen (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2021, 9C\_702/2020, 9C\_703/2020, E. 6.3.2).

**4.5.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert damit per April 2019 ein IV-Grad von gerundet 4 % ( $[\text{Fr. } 71'204.45 \text{ ./. Fr. } 68'347.--] / \text{Fr. } 71'204.45 \times 100$ ; zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). In Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV ist die ganze Rente per 1. Juli 2019 aufzuheben (vgl. E. 2.3 und 2.5 f. hiervor).

**4.6** Ab März 2020 hat in einer adaptierten Tätigkeit wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. E. 3.4 hiervor; act. II 203.1/12). Diese Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit stellt einen Revisionsgrund dar, womit auf diesen Zeitpunkt hin eine (weitere) Invaliditätsbemessung vorzunehmen ist bzw. der IV-Grad neu zu bestimmen ist (vgl. E. 2.5 hiervor). Es resultiert dabei ein IV-Grad von 100 % und unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 IVV ab 1. Juni 2020 wiederum ein Anspruch auf eine ganze Rente (act. II 223/6, vgl. E. 2.3 und 2.5 f. hiervor).

**4.7** Ab Januar 2021 hat in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % und ab Juni 2021 eine solche von 70 % bestanden (vgl. E. 3.4 hiervor). Diese längerdauernden Veränderungen der Arbeitsfähigkeit stellen jeweils einen weiteren Revisionsgrund dar, womit auf diese Zeit-

punkte hin wiederum Invaliditätsbemessungen vorzunehmen sind bzw. der IV-Grad zu bestimmen ist (vgl. E. 2.3 und 2.5 f. hiervor).

**4.7.1** Wie bereits ausgeführt, ist das Valideneinkommen basierend auf dem Lohn von Fr. 70'525.-- (im Jahr 2018) als ... bei der letzten Arbeitgeberin zu berechnen (vgl. E. 4.5.1 hiervor). Indexiert auf das Jahr 2021 ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 71'815.90 (Fr. 70'525.-- / 103.8 x 105.7 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2022, Bst. F Ziff. 41-43, Indices 2018 bzw. 2021]).

**4.7.2** Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ab Januar 2021 bzw. ab Juni 2021 wiederum nicht verwertete, ist beim Invalideneinkommen erneut auf den Totalwert der allgemeinen Tabelle TA1 der LSE 2018 im Kompetenzniveau 1 abzustellen, entsprechend monatlich Fr. 5'417.-- (BFS, LSE 2018, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer; vgl. E. 4.5.2 hiervor). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kommt nicht die LSE 2020 zur Anwendung (Beschwerde S. 3 Ziff. 1.1), wurde diese doch erst im August 2022 und damit nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2022 (act. II 223) publiziert (vgl. zum Ganzen Entscheid des BGer vom 17. Dezember 2021, 8C\_202/2021, E. 6.2). Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit und indexiert auf das Jahr 2021 resultiert per Januar 2021 bei voller Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 68'347.-- (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 / 105.1 x 106.0 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2021, Total, Indices 2018 bzw. 2021]) bzw. per Juni 2021 unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 70 % ein solches von Fr. 47'842.90 (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 / 105.1 x 106.0 x 0.7). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist, wie bereits ausgeführt, wiederum nicht gerechtfertigt (vgl. E. 4.5.2 in fine hiervor).

**4.7.3** Damit resultiert aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ab Januar 2021 ein IV-Grad von gerundet 5 % ([Fr. 71'815.90 ./ Fr. 68'347.--] / Fr. 71'815.90 x 100) bzw. ab Juni 2021 ein solcher von gerundet 33 % ([Fr. 71'815.90 ./ Fr. 47'842.90] / Fr. 71'815.90 x 100). In An-

wendung von Art. 88a IVV ist die ganze Rente per 1. April 2021 aufzuheben und es besteht auch per Juni 2021 kein rentenbegründender IV-Grad.

## 5.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2022 (act. II 223) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf den Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, vom 12. September 2022 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend macht, erfolgte diese ärztliche Beurteilung nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung und bleibt soweit unbeachtlich (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Es steht dem Beschwerdeführer frei, den Bericht im Rahmen einer Neuanschuldung einzubringen (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 4).

## 6.

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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 öffentlich-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.