

200 23 380 IV
KOJ/COC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Oktober 2023

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. April 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) stürzte am 21. Oktober 2020 während der Arbeit von einer Leiter und zog sich dabei eine Schädelprellung mit Riss-Quetschwunde und eine Deckplatten-Impressionsfraktur von LWK 2 zu (Akten der Invalidenversicherung [IV]; Antwortbeilage [AB] 15.77, 27 S. 6). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), bei welcher der Versicherte gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert war, richtete bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Nach diversen medizinischen Erhebungen und insbesondere nach Einholung einer ärztlichen Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Chirurgie (AB 27), stellte die Suva mit formlosem Schreiben vom 7. März 2022 (AB 28) die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 30. April 2022 ein, da von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten sei. Im weiteren Verlauf gewährte die Suva mit Verfügung vom 29. März 2022 (AB 44.21) basierend auf einer Integritätseinbusse von 20 % eine Integritätsentschädigung in der Höhe von Fr. 29'640.--. Ferner sprach sie mit Verfügung vom 24. März 2023 (AB 86) ab dem 4. Juli 2022 eine Invalidenrente auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 24 % zu. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Einsprache (AB 90 S. 2).

B.

Bereits am 30. Juni 2021 hatte sich der Versicherte unter Hinweis auf eine seit dem besagten Unfall bestehende Atemnot bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet (AB 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzersatz (AB 16, 21) und Integrationsmassnahmen in Form von Aufbautraining vom 4. April bis 3. Juli 2022 (AB 32). Mit Mitteilung vom 22. Juli 2022 (AB 54) schloss die IVB die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ab. In der Folge veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen

Dienstes (RAD; AB 40) eine polydisziplinäre (internistische, pneumologische, rheumatologische, psychiatrische) Begutachtung durch die Fachärzte der MEDAS D. _____ (MEDAS; Expertise vom 25. Dezember 2022; AB 70.2). Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2023 (AB 72) stellte die IVB dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 18 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (AB 82). Nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS-Gutachter (AB 87) verfügte die IVB am 14. April 2023 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 88).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____, am 16. Mai 2023 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente seit wann rechtens. Eventualiter wurde die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen mit anschliessendem neuem Entscheid im Sinne der Beschwerde beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 7. Juli 2023 hielt der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen und Anträgen fest.

Mit Eingabe vom 14. Juli 2023 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme in Form einer Duplik.

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 14. April 2023 (AB 88). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 14. April 2023 (AB 88), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegen der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.2 hiernach), weshalb 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] 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).

2.3 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 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 (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe

Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades 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 Um den IV-Grad 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 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Der Beschwerdeführer war vom 2. bis 28. August 2021 im Zentrum E._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 1. September 2021 (AB 44.118) wurden insbesondere chronifizierte bilaterale Thoraxschmerzen und Anstrengungsdyspnoe unklarer Ursache, intermittierende Flankenschmerzen rechts unklarer Ursache, Zementembolien nach Vertebroplastik November 2020, ein Lungenemphysem und eine Koronarsklerose ohne signifikante Stenose diagnostiziert (S. 1 f.). Der Beschwerdeführer habe regelmässig und motiviert am multimodalen Rehabilitationsprogramm teilgenommen. Hierunter habe er seine Leistungsfähigkeit sehr gut verbessern

können. Die Dyspnoe habe sich sehr gut regredient gezeigt. Bis zuletzt seien Schmerzen der limitierende Faktor geblieben. Der Beschwerdeführer habe in ordentlichem Allgemeinzustand entlassen werden können. Es werde eine stufenweise Wiedereingliederung empfohlen. Aktuell scheine eine Wiederaufnahme der Arbeit zu vorerst 50 % ab dem 13. September 2021 realistisch (S. 3).

3.1.2 Die Suva-Kreisärztin Dr. med. C._____ führte im Bericht vom 8. Februar 2022 (AB 27) aus, der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen eines Sturzes von der Leiter am 21. Oktober 2020 neben einer Schädelprellung mit Riss-Quetschwunde eine Deckplatten-Impressionsfraktur von LWK 2 zugezogen. Wegen sekundärer Sinterung des frakturierten Wirbelkörpers sei am 13. November 2020 die perkutane Vertebroplastie transpedikulär erfolgt. Ca. drei Tage nach der Intervention seien eine Luftnot aufgetreten und Palacos-Embolien in beiden Oberlappen, im Mittellappen und vereinzelt im rechten Unterlappen (der Lunge) diagnostiziert worden. Weiter hielt die Kreisärztin folgendes Belastbarkeitsprofil fest: zumutbar sei eine leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeit wechselnd belastend, wobei ein Drittel-Mix zwischen Stehen, Gehen und Sitzen anzustreben sei. Gewichte dürften bis Hüfthöhe bis 15 kg gehoben und auf sehr kurzer Strecke getragen werden. Die Hebelast in Brusthöhe körpernah sei bis 10 kg beidarmig, körperfern bis maximal 5 kg. Zieh- und Stossbelastungen sowie Schlag- und Vibrationsbelastungen mit Auswirkungen auf das Achsenskelett müssten vermieden werden. Zwangshaltungen der Wirbelsäule seien zu vermeiden, insbesondere im Hinblick auf die Rumpfbeugung. Für eine derart angepasste Tätigkeit sei eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Einsetzbarkeit gegeben (S. 6).

3.1.3 Der Beschwerdeführer war vom 29. Dezember 2021 bis 19. Januar 2022 im Spital F._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 21. Februar 2022 (AB 49 S. 1 ff.) wurden eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Anteilen, eine depressive Episode, mittelgradig, und eine hypertensive und koronare Kardiopathie diagnostiziert (S. 1). Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich der rechten Flanke sowie über eine Anstrengungsdyspnoe berichtet, welche seit einem Arbeitsunfall bestünden. Eine Linderung der Schmerzen habe

durch die Einnahme von analgetischer Medikation erreicht werden können. Die durchgeführten Bildgebungen hätten keine die persistierenden Beschwerden hinreichend erklärenden Pathologien nachweisen können, zuvor durchgeführte Therapien hätten keine ausreichende Wirksamkeit gezeigt. Als Ziel der Behandlung sei ein besserer Umgang mit den chronischen Schmerzen formuliert worden. Der Beschwerdeführer habe in gebessertem Zustand entlassen werden können (S. 2).

3.1.4 Dr. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 13. April 2022 (AB 82 S. 11 ff.) aus, aktuell bestehe eine chronische Schmerzerkrankung (mit psychischen und physischen Anteilen), welche der Beschwerdeführer klar nach dem Unfall (vom 21. Oktober 2020) entwickelt habe. Somit stehe diese Schmerzstörung mit dem Unfall im Zusammenhang (S. 11 Frage 2). Da nunmehr seit dem Unfall keine wesentliche Besserung der Schmerzen aufgetreten sei, nach wie vor Schmerzmittel nötig seien und die stationären Therapien keinen Erfolg gebracht hätten, sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer lernen müsse mit den Schmerzen zu leben (S. 13 Frage 5).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, führte im Bericht vom 24. Mai 2022 (AB 40) aus, somatisches bzw. psychosomatisches Hauptproblem sei gemäss Akten eine nach diversen Abklärungen bereits ab Anfang 2021 mit Chronifizierung der Beschwerden Ende 2021 diagnostizierte Schmerzstörung. Der im Dossier dokumentierte Verlauf sei nur bedingt nachvollziehbar, da Originalberichte des Verlaufs seit Juli 2021 fehlten. Aufgrund der Diagnose einer Schmerzstörung wären mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nach Einsicht der Originalakten kaum alle Beschwerden/Schmerzen nachvollziehbar und abschliessend beurteilbar. Inkonsistenzen seien nicht abschliessend beurteilbar. Die RAD-Ärztin empfahl eine polydisziplinäre Begutachtung (S. 6 f.).

3.1.6 Im Bericht des Spitals F._____ vom 30. Juni 2022 (AB 82 S. 14 ff.) wurden chronische, bilaterale rechtsbetonte Thoraxschmerzen unklarer Genese diagnostiziert (S. 14 f. Ziff. 2). Die Genese der Schmerzen müsse letztlich offen gelassen werden. Der Schmerzcharakter äussere sich vor allem nozizeptiv und könne auf der posttraumatischen Veränderung der

Körperhaltung und veränderter Biomechanik beruhen. Hinweise auf neuropathische Schmerzanteile bestünden nicht, jedoch hätten in der Untersuchung auch nur Schmerzen im Paravertebralbereich ausgelöst werden können. Der Beschwerdeführer zeige sich eher undifferenziert in Bezug auf die Schmerzen, modulierende Faktoren könnten kaum angegeben werden. Er scheine insgesamt wenig Ressourcen im Alltag zu haben und eher antriebsgemindert und stressintolerant zu sein. Die Opiode zeigten eher einen Effekt auf die Spannungsmodulation und weniger auf die Schmerzen. Deswegen bestehe für eine Dauerbehandlung mit Opioiden zum aktuellen Zeitpunkt keine Indikation (S. 14 Ziff. 1). Bezüglich der kreisärztlichen Beurteilung vom 8. Februar 2022 wurde ausgeführt, dass in dieser die mittlerweile beschwerdeführenden, posttraumatischen Schmerzen nicht erwähnt worden seien, ebenso wenig die reaktive Depression, die als relevanter Unfall bezogener Schaden zu werten sei. Da der Beschwerdeführer vor dem Unfall weder an chronischen Schmerzen noch an einer Depression gelitten habe, seien diese als Unfallfolgen zu beurteilen (S. 16 Ziff. 10).

3.1.7 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 5. Juli 2022 (AB 82 S. 18 ff.) wurden namentlich eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Anteilen, eine depressive Episode, mittelgradig, sowie eine hypertensive und koronare Kardiopathie diagnostiziert (S. 18 f. Ziff. 1). Für den Beschwerdeführer sei die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit als ... nicht möglich. Die Einschätzung der Suva, dass eine "leichte bis mittelschwere Tätigkeit in zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkter Einsetzbarkeit" möglich sei, sei nur dadurch zu erklären, dass wesentliche Aspekte der Unfallfolgen nicht in die Beurteilung mit eingeflossen seien. Auch in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aktuell nicht voll arbeitsfähig (S. 19 Ziff. 7). Eine chronische Schmerzerkrankung und eine Depression bedürften einer lang andauernden therapeutischen Begleitung, unabhängig von der Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 8).

3.1.8 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. Dezember 2022 (AB 70.2) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbaler Rückenschmerz bei posttraumatischer Wirbelkörpersinterung (ICD-10 S32.02) und Beinschmerz bei Status nach Vertebroplastie L 1/2/3 am 13. November 2020 bei LWK 2 Kompressionsfraktur nach Leitersturz am

21. Oktober 2020 mit postoperativen Zementembolien in der Lunge rechtsbetont (ICD-10 T84.20) diagnostiziert (S. 7 Ziff. 4.3.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden insbesondere eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90), eine hypertensive Herzerkrankung ohne Angaben einer kongestiven Herzinsuffizienz (ICD-10 I11.90), aktenanamnestisch ein pAVK mit Satus nach Stent-Implantation (ICD-10 I70.2), eine kombinierte Fettstoffwechselstörung (ICD-10 E78.5), ein Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.90) sowie ein Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9) aufgeführt (S. 8 Ziff. 4.3.2).

Aus internistischer Sicht hätten keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen festgestellt werden können. Zwar erhöhten einige der aufgeführten Diagnosen die Wahrscheinlichkeit von sekundären Herz-Kreislauf-Ereignissen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, verblieben aber dennoch zum Zeitpunkt der Begutachtung versicherungsmedizinisch irrelevant (AB 70.3 S. 12 Ziff. 6.3).

Aus pneumologischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer eine bronchiale Hyperreaktivität, die subjektiv aber nicht wirksam sei. Hierdurch könne es zu einer Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit bei grösseren körperlichen Anstrengungen kommen. Es bestehe eine grenzwertig restriktive Ventilationsstörung, die zum Teil mit dem Asthma bronchiale im Zusammenhang stehen könnte. Wahrscheinlicher sei diese aber eine Folge der operativen Massnahmen, die zu einem Elastizitätsverlust der Lunge geführt haben könnten. Die Veränderungen seien grenzwertig und klinisch und in Bezug auf die Belastbarkeit nicht relevant. Aus der Einschränkung der FEV1 ergebe sich eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität von 25 %. Hiermit sei eine Tätigkeit mit einer körperlichen Belastung möglich, die eine maximale Sauerstoffaufnahmekapazität bis 25 ml/min/kg notwendig mache. Dies schliesse Arbeiten ein, die Heben und Tragen von Lasten bis ca. 30 kg beinhalten würden (AB 70.4 S. 12 Ziff. 6.3). Aus pneumologischer Sicht liege keine Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit vor (S. 16 Ziff. 8.1).

Aus rheumatologischer und orthopädischer Sicht bestehe ein sehr gut reproduzierbares Schmerzbild. Es fänden sich weder Anhalt für Symptomausweitung noch für Schmerzausweitung oder Schmerz als eigenständiges

Krankheitsbild. Ganz klar nachvollziehbar und verständlich formuliere der Beschwerdeführer auch bei wiederholter Frage, dass vor dem Leitersturz vom 21. Oktober 2020 mit Sinterungsbruch des 2. LWK keine besondere Rücken- und vor allem keine Atemschmerzproblematik bestanden habe (AB 70.5 S. 16 Ziff. 6.3). Es handle sich ohne Zweifel und bei guter Absetzbarkeit auf die diversen Bildbefunde um strukturell objektivierbare Folgen des Unfalls vom 21. Oktober 2020 und der Intervention mit Vertebroplastie. Es lägen Knochennarben nach Deckplattenimpressionsfraktur von LWK 2 mit Keilwirbelbildung und Höhenminderung, die bekannten Knochenzementeinspritzungen LWK 1-3 und die postinterventionell aufgetretenen Palacos-Embolien vor (S. 18). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Qualitativ bestehe keine Einschränkung. Die Kompensation der Rückenschmerzen gelinge durch die Reduktion der Arbeitszeit und damit durch die Stunden stehender Tätigkeit (S. 21 Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit im vollen Pensum. Der Beschwerdeführer könne leichte bis mittelschwere Arbeiten wechselbelastend durchführen. Dabei könnten Gewichte bis Hüfthöhe bis 15 kg achsgerecht gehoben und getragen werden. Zieh- und Stossbelastung sowie Schlag- und Vibrationsbelastung mit Auswirkung auf das Achsenskelett müssten vermieden werden. Zwangshaltungen der Wirbelsäule seien zu vermeiden. Bei Einhaltung der genannten Kriterien sei eine zeitlich eingeschränkte (recte: uneingeschränkte) und leistungsmässig für starres Vorbeugen und Rückneigen eingeschränkte Einsetzbarkeit am Arbeitsplatz gegeben (S. 21 Ziff. 8.2.1).

Aus psychiatrischer Sicht wurden keine Diagnosen gestellt (AB 70.6 S. 10 Ziff. 6.1 f.). Psychische Probleme in der Familie oder in der persönlichen Vorgeschichte des Beschwerdeführers habe dieser verneint, auch jetzt fühle er sich nicht psychisch krank. In seiner Wahrnehmung sei seine Situation allein den Schmerzen geschuldet, für die man bisher keine adäquate Therapie gefunden habe. Wären die Schmerzen besser, könnte er auch wieder in seinen angestammten Beruf zurückkehren. Beruflich sehe sich der Beschwerdeführer nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingliederbar, er wisse nicht, wie es beruflich, privat und finanziell weitergehe (S. 11 Ziff. 7.1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 8.1).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der subjektiven und der objektivierbaren Befunde die rheumatologischen Diagnosen im Vordergrund stünden, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten. Diese würden längere Arbeiten im Stehen verunmöglichen, reduzierten die körperliche Ausdauer und machten somit häufigere bzw. längere Pausen notwendig (AB 70.2 S. 8 Ziff. 4.3.3). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Dabei gelte das aus rheumatologischer Sicht geäusserte Tätigkeitsprofil (S. 9 f. Ziff. 4.5).

3.1.9 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahmen die MEDAS-Gutachter am 11. März 2023 nochmals Stellung (AB 87). Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die von der Hausärztin beschriebene chronische Schmerzstörung entspreche keiner fachpsychiatrischen Diagnose. Vom klinischen Verlauf her könne es, aber müsse es nicht zu einer Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung kommen. Klinisch seien die zu erwartenden Symptome im Sinne einer starken Fokussierung auf die Schmerzsituation, Einnahme einer bestimmten sozialen Rolle etc. nicht erfüllt gewesen. Allenfalls könne sich im Verlauf eine leichte Schmerzstörung entwickeln. Diese habe aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da für diese ein Therapiepotential bestehe und die Auswirkungen der Störung auf die Leistungsfähigkeit angebar und somit nicht dauerhaft invalidisierend seien. Dies gelte medizinisch-theoretisch auch für früher aufgetretene, auch rezidivierende psychische Erkrankungen. Beispielsweise könnten rezidivierende depressive Episoden zeitweise die Leistungsfähigkeit einschränken. Dies begründe aber keine prospektive Arbeitsunfähigkeit aufgrund evtl. wieder auftretender Episoden. Somit ergäben sich keine neuen objektiven Gründe, an der Diagnosestellung etwas zu ändern. Aus rheumatologischer und orthopädischer Sicht seien keine neuen Erkenntnisse aus den nachgereichten Akten zu ziehen. Der Beschwerdeführer habe in der Exploration angegeben, vorrangig an Leistungseinschränkungen, Atembeschwerden und Kurzatmigkeit bei Belastung zu leiden. Ausstrahlende Schmerzen aus den Wirbelbrüchen bzw. als Folge der zugezogenen Verletzungen und der veränderten Statik der Wirbelsäule seien berücksichtigt worden, im Bereich des Brustkorbes aber nur fachgebietsbezogen bis

zum knöchernen Thorax, weswegen im rheumatologischen Teilgutachten die 50 %-ige Einschränkung in der angestammten Tätigkeit zu bemessen gewesen sei, da einige der qualitativen Leistungsanforderungen in angestammter Tätigkeit nicht in körperlicher Schonung und nicht rüchenschonend in achsgerechter Haltung durchführbar seien (S. 2). Für eine rüchenschonende und wenig kraftanstrengende Anpassung – leidensadjustierte Tätigkeit – bestehe nach Angaben des Beschwerdeführers kaum Bedarf das "Subjektivum" Schmerz mit Schmerzmitteln zu beeinflussen. Von daher ergebe sich kein zusätzliches Rendement. Für das rheumatologisch-orthopädische Gebiet seien die Schmerzen auf anatomische Substrate rüchenschlüssig abstützbar, zumal auch erstmals sicher nach dem Unfall in zu den Verletzungen und Komplikationen passender Weise geschildert. Aus pneumologischer und internistischer Sicht ergebe sich keine Veränderung der Beurteilung. Zusammenfassend führten die Gutachter aus, da sich in keiner Hinsicht wesentliche neue Erkenntnisse ergeben hätten, werde an den bisherigen Beurteilungen festgehalten (S. 3).

3.2 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).

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).

3.3 Vorliegend hat sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht massgebend auf das MEDAS-Gutachten vom 25. Dezember 2022 (AB 70.2) – samt den diesbezüglichen Teilgutachten – gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 sowie E. 3.2 hiervor). Die MEDAS-Gutachter haben ausführlich begründet, dass der Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem lumbalen Rückenschmerz leidet (AB 70.2 S. 7 Ziff. 4.3.1). Weiter haben sie schlüssig dargelegt, dass in der bisherigen Tätigkeit als ... eine 50 %-ige und in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht bis mittelschwer, wechselbelastend, mit Heben und Tragen von Gewichten bis Hüfthöhe bis 15 kg achsgerecht, ohne Zieh- und Stossbelastung und ohne Schlag- und Vibrationsbelastung mit Auswirkung auf das Achsenskelett, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule) eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit besteht (AB 70.2 S. 10 Ziff. 4.6 f.; vgl. auch AB 70.5 S. 21 Ziff. 8.1 und 8.2.1). Dabei haben die MEDAS-Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit plausibel damit erklärt, dass die bestehenden Rückenschmerzen längere Arbeiten im Stehen verunmöglichen, die körperliche Ausdauer reduzieren und häufigere bzw. längere Pausen notwendig machen (AB 70.2 S. 8 f. Ziff. 4.3.3). Diese Einschätzung ist nicht nur in sich nachvollziehbar und überzeugend, sondern sie steht – zumindest bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit – im Einklang mit derjenigen der Kreisärztin Dr. med. C. _____ im Bericht vom 8. Februar 2022 (AB 27). Darauf ist abzustellen.

Die gegen die Einschätzung der MEDAS-Gutachter beschwerdeweise vorgebrachte Kritik verfängt nicht. In formeller Hinsicht wird geltend gemacht, dass das Gutachten nicht umfassend und zudem nicht in Kenntnis der Vor-

akten abgegeben worden sei (Beschwerde S. 7 Ziff. 18 f.). Diesbezüglich hätten die Gutachter folgendes festgehalten: "Der im Dossier dokumentierte Verlauf ist nur bedingt nachvollziehbar; wohl fehlen Originalberichte des Verlaufes seit 07/2021 (lediglich im Bericht der SUVA-Kreisärztin vom 07.03.2022 erwähnt), jedoch wären aufgrund der Diagnose einer Schmerzstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nach Einsicht der Originalakten kaum alle Beschwerden/Schmerzen nachvollziehbar und abschliessend beurteilbar. Inkonsistenzen sind nicht abschliessend beurteilbar" (AB 70.1 S. 3 Ziff. 2.1). Diesbezüglich scheint der Beschwerdeführer jedoch zu verkennen, dass die von ihm erwähnte Aktenstelle nicht die Auffassung der MEDAS-Gutachter widerspiegelt, sondern ein Zitat aus dem Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ vom 24. Mai 2022 darstellt (vgl. AB 40 S. 6 oben). Aufgrund der Beurteilung der RAD-Ärztin wurden weitere medizinische Berichte eingeholt (vgl. AB 40 S. 7, 42, 44.1). Den MEDAS-Gutachtern standen für ihre Beurteilung somit auch medizinische Berichte zur Verfügung, die nach Juli 2021 erstellt wurden, so namentlich der Austrittsbericht des Zentrums E. _____ vom 1. September 2021 (AB 44.118; vgl. AB 70.1 S. 15 ff.). Weiter haben die MEDAS-Gutachter zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichten von Dr. med. G. _____ vom 13. April 2022 (AB 82 S. 11 ff.) und des Inselspitals F. _____ vom 30. Juni 2022 (AB 82 S. 14 ff.) und vom 5. Juli 2022 (AB 82 S. 18 ff.) am 11. März 2022 Stellung genommen (AB 87). Damit haben sie sich – entgegen der Behauptung in der Beschwerde (S. 7 Ziff. 19) – durchaus mit dem medizinischen Verlauf ab Februar 2022 auseinandergesetzt. Wenn schliesslich beschwerdeweise geltend gemacht wird, die MEDAS-Gutachter hätten selber "eine ergänzende Begutachtung" empfohlen (Beschwerde S. 12 Ziff. 30), ist erneut hervorzuheben, dass diese Aktenstelle nicht die Auffassung der MEDAS-Gutachter, sondern ein Zitat der RAD-Ärztin darstellt (AB 70.1 S. 3 Ziff. 2.1; vgl. auch AB 40 S. 6).

Soweit die behandelnden Ärztinnen des Spitals F. _____ im Bericht vom 5. Juli 2022 (AB 82 S. 18 ff.) zum Schluss kamen, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzkrankung mit psychischen und physischen Anteilen, einer mittelgradigen depressiven Episode und einer hypertensiven und koronaren Kardiopathie leide und dass er auch in einer angepassten Tätigkeit aktuell nicht voll arbeitsfähig sei, ändert dies nichts

am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens (Beschwerde S. 8 Ziff. 20 und S. 11 f. Ziff. 27 ff.). Ausführungen zu den bestehenden Einschränkungen fehlen in diesem Bericht vollständig. Zudem haben die Ärztinnen nicht dargelegt, weshalb der Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. C. _____ vom 8. Februar 2022 (AB 27) bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit – und damit auch der identischen Beurteilung der MEDAS-Gutachter – nicht gefolgt werden kann. Darüber hinaus haben sich die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 11. März 2023 (AB 87) mit dieser Einschätzung – wie auch mit derjenigen in den Berichten von Dr. med. G. _____ vom 13. April 2022 (AB 82 S. 11 ff.) und des Spitals F. _____ vom 30. Juni 2022 (AB 82 S. 14 ff.) – auseinandergesetzt. Dabei wurde aus psychiatrischer Sicht schlüssig dargelegt, dass sich fachpsychiatrisch keine neuen oder zusätzlichen Erkenntnisse ergäben. Die klinisch zu erwartenden Symptome einer chronischen Schmerz Erkrankung wie namentlich eine starke Fokussierung auf die Schmerzsituation seien nicht erfüllt und es bestünden keine Anzeichen für eine dauerhaft invalidisierende depressive Episode (AB 87 S. 2 oben). Dies überzeugt. In Bezug auf Atteste von Hausärzten ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese 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 [heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Und schliesslich hat die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hingewiesen (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 4), dass der Beschwerdeführer sich weder in psychiatrischer Behandlung befindet noch Psychopharmaka einnimmt, was gegen eine massgebende psychische Einschränkung spricht. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter hat denn auch das Vorliegen einer psychischen Diagnose explizit verneint (AB 70.6 S. 10 Ziff. 6.1 f.).

Der Umstand, dass der pneumologische MEDAS-Gutachter in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert hat und gleichzeitig

die Schmerzsituation als für den Beschwerdeführer sehr bedrückend und nachvollziehbar beurteilt hat (AB 70.4 S. 14 Ziff. 7.3 und S. 16 Ziff. 8.1 f.), stellt – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 16 Ziff. 45) – keinen Widerspruch dar. Der pneumologische Gutachter hat die Lungenfunktion des Beschwerdeführers einlässlich untersucht und gestützt darauf schlüssig dargelegt, weshalb aus pneumologischer Sicht keine massgebenden Einschränkungen bestehen (AB 70.4 S. 10 Ziff. 4.3.1 und S. 12 Ziff. 6.3). Gleichzeitig konnte der rheumatologische und orthopädische MEDAS-Gutachter die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen – anders als die behandelnden Ärzte des F. _____ (vgl. Austrittsbericht vom 21. Februar 2022 [AB 49 S. 1 ff.] und Bericht vom 30. Juni 2022 [AB 82 S. 14 ff.]) – somatisch erklären und attestierte aufgrund der bestehenden Schmerzen in der angestammten Tätigkeit eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 70.5 S. 16 ff. Ziff. 6.3 und S. 21 Ziff. 8.1).

Und letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass der Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht aggraviert oder simuliert, er seine Beschwerden sachgerecht sowie angemessen vorträgt und die geschilderten Symptome in sich konsistent und nachvollziehbar sind, die gutachterlichen Schlüsse nicht in Frage zu stellen vermag (Beschwerde S. 12 ff. Ziff. 32 ff.).

3.4 Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass in der angestammten Tätigkeit eine 50 %-ige und in einer angepassten Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit besteht.

Der Sachverhalt ist gestützt auf vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (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).

4.

4.1

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. 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).

4.1.2 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. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (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, Natio-

nalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen 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). 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 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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). Vorliegend ist die in der angestammten Tätigkeit attestierte 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit (resp. der diagnostizierte lumbale Rückenschmerz) auf den Unfall vom 21. Oktober 2020 resp. die Operation vom 13. November 2020 zurückzuführen (AB 70.5 S. 16 Ziff. 6.1, S. 19 Ziff. 7.2). Damit ist der frühest mögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung am 30. Juni 2021 (AB 1 S. 11 [Postaufgabe]; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 29 N. 37 f.) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Dezember 2021 festzulegen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3

4.3.1 Es ist unbestritten und erstellt, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als ... bei der I. _____ AG tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt erzielten Einkommens festzusetzen ist. Gemäss Angaben der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2021 ein Einkommen von Fr. 79'300.-- (AB 19 S. 3 f. Ziff. 2.10 f.) bei einem 100 %-Pensum erzielt.

4.3.2 Der Beschwerdeführer hat keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das hypothetische Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2020; BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; SVR 2022 IV Nr. 23 S. 76 E. 6.2.1 und 6.2.2) zu ermitteln ist (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht bis mittelschwer, wechselbelastend, mit Heben und Tragen von Gewichten bis Hüfthöhe bis 15 kg achsgerecht, ohne Zieh- und Stossbelastung und ohne Schlag- und Vibrationsbelastung mit Auswirkung auf das Achsenskelett, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule) zu 100 % ohne Leistungsminderung arbeitsfähig (vgl. E. 3.3 f. hiervor). Dieses medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (S. 17 f. Ziff. 48 ff.) – verwertbar. Denn 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 Arbeitslosenversicherung 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 148 V 174 E. 9.1 S. 188, 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Vorliegend wurde das medizinische Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt formuliert, dass davon ausgegangen werden muss, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt beständen keine entsprechenden Tätigkeiten mehr (vgl. SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Vielmehr existiert ein genü-

gend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten, so z.B. einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier- und Verpackungstätigkeiten sowie leichte Montagearbeiten, die dem Fähigkeitsprofil des Beschwerdeführers ohne weiteres entsprechen, dies auch ohne lange Umstellungs- und Einarbeitungszeit (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Oktober 2019, 9C_574/2019, E. 2.2 f. unter Bezugnahme auf ein ähnliches Zumutbarkeitsprofil). Zudem besteht nach wie vor eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit. Somit kann nicht auf die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit geschlossen werden. Daran ändert nichts, dass im Rahmen der beruflichen Eingliederung festgestellt wurde, eine Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit wie auch die Vermittlung in eine Verweistätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei unrealistisch (AB 53 S. 2 Ziff. 2.2). Denn diese Beurteilung basiert auf dem realen (und nicht auf den für die Invaliditätsbemessung massgebenden ausgeglichenen) Arbeitsmarkt. Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer während seines ganzen Berufslebens als ... tätig war (Beschwerde S. 17 Ziff. 48), lässt nicht auf Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit schliessen. Aufgrund der Schadenminderungspflicht ist ein Berufswechsel ohne weiteres zumutbar. Dies gilt auch, wenn es um den Wechsel von einer seit Jahren ausgeübten Erwerbstätigkeit zu einer bei der bestehenden körperlichen Beeinträchtigung unter Umständen besser geeigneten Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder gar um die Aufgabe einer als selbstständig Erwerbender ausgeübten Betätigung mit eigenem Betrieb geht (SVR 2018 IV Nr. 61 S. 197 E. 4.2, 2017 UV Nr. 45 S. 156 E. 3.3.1). Auch das Alter des Beschwerdeführers lässt nicht auf Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit schliessen (Beschwerde S. 17 Ziff. 48; Replik S. 2). Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der Erstellung des MEDAS-Gutachtens im Dezember 2022 (AB 70.2), auf den es hinsichtlich der Frage der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter grundsätzlich ankommt (BGE 146 V 16 E. 7.1 S. 25, 138 V 457 E. 3.2 S. 460 und E. 3.3 S. 462; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1 und Nr. 44 S. 156 E. 4.2), 60 Jahre und sieben Monate (AB 1 S. 1 Ziff. 1.1) alt. Damit verblieb ihm noch eine Aktivitätsdauer von vier Jahren und fünf Monaten. Auch wenn es sich hierbei (mit Bezug auf seine Gesamterwerbsfähigkeit) um eine eher kurze Aktivitätsdauer handelt, bestand gleichzeitig eine – unter Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils – ansonsten uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit und es stand dem Beschwerdeführer– wie

bereits dargelegt – ein breiter Fächer von Verweistätigkeiten mit minimalem oder nur geringem Einarbeitungsaufwand offen. Gerade solche (einfachen) Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Entscheid des BGer vom 25. November 2021, 8C_535/2021, E. 5.4.3 in fine mit Hinweis). Die Rechtsprechung hat schliesslich für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen relativ hohe Hürden aufgestellt (BGer 8C_535/2021, E. 5.6 mit Hinweisen) sowie in vergleichbaren Fällen – selbst bei deutlich kürzerer Aktivitätsdauer – wiederholt die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejaht (vgl. etwa Entscheide des BGer vom 31. August 2018, 8C_117/2018, E. 3.2 f. mit Hinweisen, vom 23. Januar 2018, 8C_645/2017, E. 4.2.2 und 4.3.2, und vom 21. März 2016, 9C_536/2015, E. 4.2).

Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 ermittelt hat (AB 88 S. 1). Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'261.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) angepasst und auf das massgebende Jahr 2021 aufgerechnet, resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 65'354.40 (Fr. 5'261.-- : 40 x 41.7 x 12 : 100 x 99.3 [BFS, Nominallöhne Männer 2020 - 2022, Tabelle T1.1.20, Total]) im Jahr. Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor) ist hier nicht gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdegegnerin auch nicht vorgenommen (AB 88 S. 1). Dies wurde nicht beanstandet.

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 79'300.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 65'354.40 resultiert ein IV-Grad von gerundet 18 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

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. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt und Notar B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.