

200 23 424 IV
KNB/TOZ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. November 2023

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Mai 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich unter Hinweis auf ein seit einem Unfall von 2018 bestehendes Knieleiden im November 2021 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 3). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS B._____ (MEDAS; Gutachten vom 13. Februar 2023 [AB 63.1 bis 63.5]). Zuvor hatte sie mit Mitteilung vom 2. August 2022 (AB 37) das Gesuch um Frühinterventionsmassnahmen abgelehnt, da aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten keine Eingliederungsmassnahmen möglich gewesen seien (vgl. AB 68 S. 2). Mit Vorbescheid vom 6. März 2023 (AB 64) stellte sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 0 % die Verneinung eines Rentenanspruches in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 14. April 2023 (AB 66) fest und verneinte mit Verfügung vom 2. Mai 2023 (AB 68) den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Dagegen erhob der Versicherte am 27. Mai 2023 Beschwerde und beantragte sinngemäss, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei der Rentenanspruch neu zu beurteilen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Diese Eingabe ging zur Kenntnis an den Beschwerdeführer.

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 2. Mai 2023 (AB 68). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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.

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). Vorliegend erfolgte die Anmeldung im November 2021 (AB 3). Demnach liegt gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Rentenbeginn nach dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.2 hiernach), womit das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht zur Anwendung gelangt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 11. Januar 2023, 9C_484/2022, E. 2).

2.1

2.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.1.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.2 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem IV-Grad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem IV-Grad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem IV-Grad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze

Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des IV-Grades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Danach wird für die Bestimmung des IV-Grades 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.

2.4 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 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht zu Händen der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2015 (AB 11) Eheprobleme (ICD-10 Z63), ein Burnout, inzwischen gebessert (ICD-10 Z73.0), und einen erhöhten Gebrauch des Medikamentes Dormicum (ICD-10 Z72.2; AB 11 S. 18 lit. A Ziff. 4). Aus psychiatrischer Sicht sei die Vorgeschichte des Beschwerdeführers wenig auffällig. Er habe allerdings in seiner Jugend in ... schwierige Zeiten erlebt, er sei bei einem Attentat verletzt worden (ausgedehnte Nar-

ben am Bauch und linken Bein; AB 11 S. 15 lit. A Ziff. 1f. und S. 18 lit. B). Er sei als 19-jähriger Flüchtling in die Schweiz gekommen, habe geheiratet und eine Familie gegründet. Er sei mit grossem Engagement als ... tätig gewesen. Die psychischen Probleme hätten vermutlich im Jahr 2011 begonnen, als der ... des Beschwerdeführers gestorben sei. Der Beschwerdeführer sei in eine starke Trauerreaktion geraten, von welcher er sich mit der Zeit gelöst habe. Er habe die Arbeit wieder aufgenommen. Im Sommer/Herbst 2014 sei es zu einem Erschöpfungszustand gekommen. Wiederum sei ein Todesfall (...) eine Teilursache gewesen. Es hätten Hinweise für ein Burnout bestanden (Erschöpfung, Ausgelaugtsein, impulsive Reaktion gegenüber Kunden). Seit September 2014 arbeite der Beschwerdeführer nicht mehr. Im März 2015 sei er von zu Hause ausgezogen; es bestünden Eheprobleme, welche vermutlich auch einen Teil zum Burnout beigetragen hätten. Anlässlich der Untersuchung sei der Beschwerdeführer phasenweise schläfrig gewesen. Er habe sich angewöhnt, nachts zwei Tabletten Dormicum einzunehmen, um dann bis Mittag zu schlafen. Ein derartiges Verhalten sei der Medikamentenüberdosis, nicht einer Krankheit zuzurechnen (AB 11 S. 18 f. lit. B und C Ziff. 2). Der Beschwerdeführer habe zwar somnolent gewirkt, jedoch das Gespräch (welches teilweise von der Ehefrau bestritten worden sei) genau verfolgt und eingegriffen, wenn ihn etwas interessiert habe (AB 11 S. 18 lit. B). Gewisse demonstrative Tendenzen könnten nicht ausgeschlossen werden (AB 11 S. 18 f. lit. B). Die psychische Problematik sei nicht mehr schwerwiegend. Es bestünden noch Restsymptome des Burnouts. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. September 2014 sei vermutlich gerechtfertigt gewesen (AB 11 S. 19 lit. C Ziff. 3). Die bisherige Tätigkeit als ... sei nach wie vor zumutbar, ab dem 1. Juli 2015 zu 50 % und ab dem 1. August 2015 zu 100 % (AB 11 S. 20 lit. C Ziff. 5 und 7). Eine Überforderung sollte vermieden werden. Die Belastbarkeit sei auch durch andere Faktoren herabgesetzt (Eheprobleme, Todesfall eines Verwandten; AB 11 S. 20 lit. C Ziff. 6). Dr. med. C. _____ empfahl die Weiterführung der hausärztlichen und medikamentösen Behandlung; andere Therapieformen seien nicht sinnvoll. Die Schlafmedikation müsse vom Hausarzt kontrolliert werden (AB 11 S. 20 lit. C Ziff. 9).

3.1.2 Dem Bericht der Klinik D. _____, vom 27. August 2021 (AB 20) sind betreffend das linke Kniegelenk eine mediale Gonarthrose mit Chon-

dromalazie femoral Grad 3 bis 4 sowie ein Status nach Schnittverletzung mit partiellem Ablösen des Musculus tibialis anterior von 2017 (in ... versorgt) zu entnehmen (AB 20 S. 1). Die belastungsabhängige Beschwerdesymptomatik sei durch eine medial betonte Gonarthrose bedingt. Dem Beschwerdeführer sei aufgrund seines Alters empfohlen worden, sämtliche konservativen Massnahmen auszuschöpfen, bevor eine prothetische Versorgung in Betracht gezogen werde. Es seien Schuheinlagen mit lateraler Erhöhung verordnet worden. Erfreulicherweise hätten die von der Hausärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, bereits in die Wege geleiteten physiotherapeutischen Massnahmen eine Beschwerdereduktion ergeben. Mit dem Beschwerdeführer sei eine Wiedervorstellung bei Bedarf vereinbart worden (AB 20 S. 2).

3.1.3 Im Bericht der Klinik F. _____ vom 22. März 2022 (AB 27 S. 10) wurde als Diagnose eine mediale Gonarthrose mit Innenmeniskusläsion des linken Knies festgehalten. Mittels Physiotherapie und Infiltration sei eine Besserung eingetreten. Es sei eine neue Verordnung ausgestellt worden. Eine Nachkontrolle sei nicht vereinbart worden; der Beschwerdeführer werde sich bei Bedarf melden.

3.1.4 Die Hausärztin Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 29. April 2022 (AB 27 S. 3 bis 9) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mediale Gonarthrose mit Innenmeniskusläsion des linken Knies sowie eine Depression (Erstdiagnose wahrscheinlich im Jahr 2014). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie (Erstdiagnose wahrscheinlich im Jahr 2005) sowie ein Ulcus duodeni (Erstdiagnose im Jahr 1998; AB 27 S. 5 Ziff. 2.5 f.). Der Beschwerdeführer leide aktuell unter rezidivierenden Kopfschmerzen, Nervosität, multiplen muskulo-skelettalen Beschwerden, Schlafstörungen, arterieller Hypertonie sowie Antriebslosigkeit (AB 27 S. 4 Ziff. 2.2). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Dezember 2020 bis auf weiteres (AB 27 S. 3 Ziff. 1.3).

3.1.5 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 11. Juli 2022 (AB 32) über verlangsamte psychomotorische Fähigkeiten, einen sozialen Rückzug, eine depressive Verstimmung, eine rasche Ermüdung, eine Reizbarkeit, Gelenkschmerzen, Schlafstörungen,

ein kognitives Defizit sowie einen Verfolgungswahn (AB 32 S. 4 Ziff. 2.2). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) und differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3; AB 32 S. 5 Ziff. 2.5). Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 12. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022 (AB 32 S. 3 Ziff. 1.3). Als weiteres Vorgehen schlug er eine kognitive Rehabilitation und eine Rekonditionierung im Berufsleben vor (AB 32 S. 5 Ziff. 2.8).

3.1.6 Dem Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), H._____, Fachpsychologe für Psychotherapie (MAS), vom 27. Juli 2022 (AB 34) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in hausärztlicher und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei. Der Beschwerdeführer sei im Jahr 2015 psychiatrisch begutachtet worden. Die Behandlungen seien nur teilweise nachvollziehbar. Die Therapieoptionen seien nicht ausgeschöpft. Die Prognose sei unklar. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien bisher nicht durchgeführt worden. Die Arbeitsfähigkeit und deren Prognose seien aufgrund der Befundberichte nicht objektivierbar. Eine umfassende Persönlichkeitsdiagnostik werde in den Befundberichten nicht aufgeführt. Es bestünden Diskrepanzen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und den Diagnosen zwischen den Behandlern und dem Gutachter. Eine differenzierte Beurteilung der Fähigkeitsbeeinträchtigungen fehle in den Befundberichten. Dem Beschwerdeführer sei es gegenwärtig nicht möglich, seine Fähigkeiten und Ressourcen für eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu mobilisieren. Zur Klärung der Diagnosen (auch hinsichtlich einer umfassenden Persönlichkeitsdiagnostik), zur Objektivierung der Arbeitsfähigkeit und deren Prognose sowie zur differenzierten Beurteilung der Fähigkeitsbeeinträchtigungen sei eine polydisziplinäre Begutachtung mit den Fachrichtungen Psychiatrie, Orthopädie und Allgemeine Innere Medizin indiziert. Im internistischen Teilgutachten wären die kardiologischen Beschwerden, welche die depressive Symptomatik ausgelöst hätten, zu objektivieren und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu diskutieren. Im orthopädischen Teilgutachten wäre die Diagnose der medialen Gonarthrose am linken Knie und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu behandeln (AB 34 S. 4). Schliesslich wären medizinische

Massnahmen, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit steigern könnten, zu diskutieren (AB 34 S. 5). Damit erklärte sich der RAD-Teamleiter Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 27. Juli 2022 einverstanden (AB 36 S. 2).

3.1.7 Im polydisziplinären (internistisch-orthopädisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 13. Februar 2023 (AB 63.1 bis 63.5) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 63.4 S. 20 Ziff. 4.3.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Hypercholesterinämie, einen Diabetes mellitus Typ 2, eine Hyperurikämie, einen Verdacht auf eine obstruktive Pneumopathie, ein funktionelles thorakolumbales Schmerzsyndrom, ein Impingementsyndrom an der rechten Schulter, eine leichte Gonarthrose links, einen Nikotinabusus sowie einen schädlichen Gebrauch bzw. eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen (früher Dormicum, heute Seresta [ICD-10 F13.1/2]; AB 63.4 S. 20 f. Ziff. 4.3.2).

Die Befunde auf allgemeininternistischem Fachgebiet seien als nicht schwerwiegend einzuordnen. Die Einstellung des Diabetes mellitus erscheine derzeit nicht optimal und sollte angepasst werden. Die Hypercholesterinämie sei dagegen gut therapiert. Die Ergebnisse der Lungenfunktion seien pathologisch gewesen und es sei der Verdacht auf eine obstruktive Pneumopathie gestellt worden. Der fortgesetzte Nikotinkonsum des Beschwerdeführers sei als Risikofaktor einzustufen; das Rauchen sollte sistiert oder zumindest reduziert werden. Es sollten weitere Abklärungen erfolgen (AB 63.1 S. 23 Ziff. 6.4). Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als selbstständiger ... (AB 63.1 S. 25 Ziff. 8.1).

Der orthopädische Gutachter führte aus, im Vordergrund stünden Kniegelenksbeschwerden links, welche der Beschwerdeführer dahingehend aggraviere bis simuliere, dass er eine Unfähigkeit demonstriere, das linke Bein mit dem vollen Körpergewicht zu belasten. Es lasse sich weder anhand der Klinik noch anhand der Bildgebung ein Befund erheben, welcher mit den präsentierten Belastungsschmerzen vereinbar wäre. Unstrittig liege eine beginnende medialbetonte Gonarthrose links vor, welche aufgrund der Bildgebung und der Lokalisation überwiegend wahrscheinlich anlagebe-

dingt sei und im Laufe des Lebens fortschreiten werde. Zeichen einer anhaltenden und längerdauernden Minderbelastung hätten nicht objektiviert werden können, der Muskelstatus an den Beinen sei symmetrisch kräftig ausgeprägt. Die geklagten Beschwerden im Bereich des rechten Schultergelenks seien klinisch und bildgebend auf das Impingementsyndrom zurückzuführen, welches zu leichten funktionellen Einschränkungen bei Überkopfarbeiten führen könne; solche Tätigkeiten würden vom Beschwerdeführer jedoch nicht ausgeführt. Die geklagten Beschwerden im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule liessen sich auf die anlagebedingte Fehlstellung zurückführen, funktionelle Auswirkungen oder eine Leistungslimitierung ergäben sich hieraus aber nicht (AB 63.2 S. 17 Ziff. 6.4). Der Status nach Granatsplitterverletzung in ... (AB 63.2 S. 6 Ziff. 3.2.10) führe zu keiner funktionellen Einschränkung (AB 63.2 S. 17 Ziff. 6.4). Der Gutachter hielt fest, es bestünden funktionelle Einschränkungen in allen Tätigkeiten, welche mit mittelschwerem Heben und Tragen im Stehen und Gehen verbunden seien; es lägen leichte Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit, jedoch keine Einschränkungen in einer leidensangepassten Tätigkeit vor. Zu Konsistenz und Plausibilität führte er aus, es lägen Anhaltspunkte für einen mangelnden Leidensdruck vor, da der Beschwerdeführer seit der Rückkehr aus ... als Vater von zwei Kleinkindern keinerlei Eingliederungsversuche unternommen habe. Die therapeutische Compliance sei betreffend konservative Massnahmen vorhanden gewesen (Physiotherapie; AB 63.2 S. 15 Ziff. 6.2). In der Zusammenschau der verschiedenen Informationsebenen fänden sich aber Hinweise für eine Aggravation, der Beschwerdeführer fühle sich ausserstande, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Der Gutachter wies auf das demonstrierte Gehen an den Unterarmstützkrücken/Stöcken hin. Das vom Beschwerdeführer gezeigte Gangbild sei grotesk und entspreche keinem ärztlich empfohlenen oder mit einem Physiotherapeuten eingeübten Gangbild zur Beinentlastung. Unter Würdigung des unauffälligen Gangbildes im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung handle es sich rückblickend um eine Simulation (AB 63.2 S. 16 Ziff. 6.2). Zu medizinischen Massnahmen und Therapien erwähnte der Gutachter physikalische Behandlungen, Physiotherapien (drei Serien pro Jahr) sowie eine bedarfsorientierte Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika und schmerzstillenden Medikamenten (AB 63.2 S. 20 Ziff. 8.3).

Die psychiatrische Gutachterin konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein schädlicher Gebrauch bzw. eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen (AB 63.3 S. 17 Ziff. 6.3.1 f.). Der Beschwerdeführer nehme bis heute das Benzodiazepin Seresta (15 mg) regelmässig ein, ohne dass hierfür eine psychiatrische Indikation vorliege. Laut Bericht von Dr. med. C. _____ habe der Beschwerdeführer im Jahr 2015 30 mg des Medikamentes Dormicum eingenommen, sei noch Auto gefahren und habe sich während der Untersuchung als sediert präsentiert, wobei eine aggravierte Haltung nicht auszuschliessen gewesen sei, da er sich punktuell noch wach genug gezeigt habe, um am Gespräch teilzunehmen. Es ergäben sich weder aus den Akten noch aus den sehr knappen und vagen Angaben des Beschwerdeführers objektive Hinweise für eigenständige depressive Episoden. Die Gutachterin wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer die ihm zur Verfügung gestellte Gesprächszeit von zwei Stunden bei weitem nicht genutzt habe; das Gespräch sei nach 42 Minuten wegen nicht weiterführender und vage bleibender Angaben beendet worden (AB 63.3 S. 17 Ziff. 6.3.3). Auch habe der Beschwerdeführer von der Möglichkeit nicht Gebrauch gemacht, nach dem Gespräch dringlich erscheinende Ergänzungen anzubringen. Sodann sei den aggravierten Angaben des Beschwerdeführers eine anxio-depressive Störung nicht nachvollziehbar zu entnehmen gewesen. Eine Diagnose aus dem affektiven Formenkreis habe somit nicht objektiviert werden können. Anhaltspunkte für eine wahnhafte Störung bzw. einen Verfolgungswahn hätten sich aus den Angaben des Beschwerdeführers nicht ergeben. Ferner ergäben sich weder aus den Akten noch aus der Familienanamnese konkrete Hinweise auf eine Psychose, weshalb eine Diagnose aus dem ICD-10 Kapitel F20 ff. weder bestätigt noch widerlegt werden könne; eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht konkret geltend gemacht worden. Des Weiteren könne eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nicht diagnostiziert werden, da entsprechende klinische Hinweise fehlten (AB 63.3 S. 18 Ziff. 6.3.3). Angesichts der Vernarbungen des Beschwerdeführers am Bein und eventuell auch Bauch wäre es denkbar gewesen, dass der Beschwerdeführer über traumatisierende Erlebnisse berichtet hätte. Dies habe er jedoch nicht getan und auch keine Einschränkungen geltend gemacht, welche auf eine PTBS oder eine Persönlichkeitsänderung unter Extrembelastung hingedeutet hätten (AB 63.3 S. 19

Ziff. 6.4). Ferner seien keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsakzentuierung erkennbar oder aktenkundig (AB 63.3 S. 18 Ziff. 6.3.4). Weiter hielt die Gutachterin fest, dass eine Trauerphase sowie eine Anpassungsstörung nach dem Verlust des ... im Jahr 2014 und dem Tod der Mutter des Beschwerdeführers vor wenigen Jahren retrospektiv nachvollziehbar seien, jedoch hätten Trauerreaktionen grundsätzlich keinen invalidisierenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann lägen aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers keine Hinweise auf ein Burnout bzw. eine Erschöpfungsdepression infolge einer hohen Arbeitsbelastung oder auf paranoide Symptome vor (AB 63.3 S. 18 Ziff. 6.4). Die vom Beschwerdeführer bekundete Angst, ebenfalls wie sein Vater an Diabetes zu sterben, sei angesichts fehlender Bemühungen um die Vermeidung von Erkrankungsrisiken bei eher passivem und ungesundem Lebensstil des Beschwerdeführers wenig glaubwürdig (AB 63.3 S. 19 Ziff. 6.4). Insgesamt seien die funktionellen Befunde/Beeinträchtigungen aus psychiatrischer Sicht als leicht und als nicht funktionell einschränkend zu klassifizieren. Sie seien normalpsychologisch erklärbar, würden aber aggraviert vorgetragen, was auf einen sekundären Krankheitsgewinn schliessen lasse (AB 63.3 S. 16 Ziff. 6.2). Abschliessend hielt die Gutachterin fest, dass aus psychiatrischer Sicht kein klar nachvollziehbares psychisches Leiden bestehe, weshalb eine Therapie nicht definierbar sei (AB 63.3 S. 22 Ziff. 8.3).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass die Gesamtarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs zum Durchführen von Ausgleichsbewegungen 80 % betrage (AB 63.4 S. 29 Ziff. 4.6). Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, auf ebenem Gelände, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne das Bedienen von vibrierenden oder stossenden Maschinen und Geräten) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (AB 63.4 S. 30 Ziff. 4.7).

Auf allgemeininternistischem Fachgebiet ergäben sich keine medizinischen Massnahmen mit namhafter Besserung der gesundheitlichen Störungen. Dennoch sei bezüglich des Diabetes mellitus eine Optimierung indiziert, da der aktuelle HbA1c-Wert mit 7.8 % nicht im Zielbereich gelegen habe. Des Weiteren sollte der Nikotinkonsum bei zusätzlichen kardiovaskulären Risi-

kofaktoren sistiert werden; eine pneumologische Abklärung sei angezeigt. In orthopädischer Hinsicht seien zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit physikalische Behandlungen, Physiotherapien (drei Serien pro Jahr) sowie eine bedarfsorientierte Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika und schmerzstillenden Medikamenten zu empfehlen (AB 63.4 S. 31 Ziff. 4.8).

3.1.8 Am 17. Mai 2023 bestätigte Dr. med. G._____, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 12. Januar 2022 bei ihm in psychiatrischer Behandlung befinde. Er leide derzeit an einer schweren psychiatrischen Störung. Seit Dezember 2022 liege eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen und des Gedankengangs vor. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Beschwerdebeilagen [BB] 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).

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

3.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersu-

chungen 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).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2023 (AB 68) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 13. Februar 2023 (AB 63.1 bis 63.5) – basierend auf einer allgemein-internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung – gestützt. Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.2.1 f. hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen (vgl. AB 63.1 bis 63.3) und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten (AB 63.5) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge 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 (vgl. Berichte des RAD vom 27. Juli 2022; AB 34 S. 4, AB 36. S. 2) und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. AB 63.4). Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) kommt somit voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist. Demnach besteht in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, auf ebenem Gelände, ohne das Besteigen von Leitern

und Gerüsten, ohne das Bedienen von vibrierenden oder stossenden Maschinen und Geräten) eine uneingeschränkte bzw. vollständige Arbeitsfähigkeit (AB 63.4 S. 30 Ziff. 4.7).

3.3.1 Gestützt auf die Teilgutachten der Inneren Medizin und der Orthopädie sind keine Diagnosen mit Relevanz auf die (quantitative) Arbeitsfähigkeit erstellt (AB 63.1 S. 22 Ziff. 6.3.1 und S. 25 Ziff. 8.1 f.; AB 63.2 S. 16 Ziff. 6.3.1 und S. 20 Ziff. 8.2). Allerdings bestehen aufgrund des funktionellen thorakolumbalen Schmerzsyndroms, des Impingementsyndroms an der rechten Schulter sowie der leichten Gonarthrose links (AB 63.2 S. 16 Ziff. 6.3.2) qualitative Einschränkungen dahingehend, als der Beschwerdeführer körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie Arbeiten auf unebenem Gelände, mit Besteigen von Leitern und Gerüsten und mit Bedienen von vibrierenden oder stossenden Maschinen und Geräten vermeiden sollte (AB 63.4 S. 30 Ziff. 4.7). Diese Beurteilung lässt sich ohne Weiteres in das von sämtlichen behandelnden Fachärzten gezeichnete Gesamtbild einfügen (vgl. AB 20, AB 27 S. 10); Gegenteiliges wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht (vgl. Beschwerde, S. 1).

3.3.2 In psychiatrischer Hinsicht hat die psychiatrische Gutachterin der MEDAS – unter Darlegung der Anamnese, der psychiatrischen Befunde und der Verhaltensbeobachtungen während der Begutachtung (AB 63.3 S. 3 ff. Ziff. 3 ff.) – schlüssig und nachvollziehbar aufgezeigt, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen (AB 63.3 S. 17 Ziff. 6.3.1) und dementsprechend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (AB 63.3 S. 21 f. Ziff. 8.1 f.). Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht durchzudringen:

3.3.2.1 Soweit der Beschwerdeführer Zweifel an der Unparteilichkeit der psychiatrischen Gutachterin anbringt (vgl. Beschwerde, S. 1 unten), ist festzuhalten, dass nach gefestigter Rechtsprechung der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führen (BGE 148 V 225 E. 3.5 S. 231, 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227). Entscheidend ist, dass fachlich-inhaltlich eine Weisungsunabhängigkeit der begutachtenden Ärzte besteht

(Entscheid des BGer vom 20. Juni 2007, I 885/06, E. 5.1), was im Falle der psychiatrischen Gutachterin zweifellos erfüllt ist. Im Übrigen wäre ein allfälliger – hier nicht erkennbarer – Ausstandsgrund vorliegend ohnehin verspätet geltend gemacht worden (vgl. SVR 2022 IV Nr. 45 S. 143).

3.3.2.2 Was den Vorwurf angeht, die Beurteilung der Gutachterin basiere weitgehend auf Interpretationen, Vermutungen und nicht recherchierten oder unzureichend abgeklärten Tatsachen (vgl. Beschwerde, S. 1 Ziff. 2 und 5), ist dem Beschwerdeführer entgegenzuhalten, dass die Gutachterin im Rahmen ihrer Exploration detaillierte Befunde und hieraus eine begründete Diagnose ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen, dem Verhalten des Beschwerdeführers sowie mit den Vorakten kritisch und eingehend auseinandergesetzt hat (vgl. AB 63.3 S. 3 bis 21 Ziff. 3 bis 7). Gleichzeitig hat sie aber auch mit nachvollziehbarer Begründung darauf hingewiesen, dass Anzeichen für eine Aggravation bzw. einen sekundären Krankheitsgewinn bestünden (AB 63.3 S. 16 Ziff. 6.2). Diese Einschätzung steht denn auch im Einklang mit derjenigen von Dr. med. C. _____ vom 3. Juli 2015 (AB 11), wonach gewisse demonstrative Tendenzen nicht ausgeschlossen werden könnten (AB 11 S. 18 f. lit. B). Solche Tendenzen hatte auch der orthopädische Gutachter der MEDAS in Bezug auf das vom Beschwerdeführer gezeigte Gangbild mit Stöcken festgestellt und dieses Auftreten unter Würdigung des im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung gezeigten unauffälligen Gangbildes rückblickend gar als Simulation gewertet (AB 63.2 S. 16 f. Ziff. 6.2 und Ziff. 6.4).

Sodann vermögen die handschriftlichen Ergänzungen und Richtigstellungen des Beschwerdeführers zum psychiatrischen Teilgutachten (vgl. BB 1) die Schlüssigkeit desselben nicht in Frage zu stellen. Für die Annahme, dass die psychiatrische Exploration durch die Gutachterin nicht sorgfältig vorgenommen wurde, liegen – wie oben dargelegt – keine Anhaltspunkte vor. Dass die Gutachterin im Rahmen der Zusammenfassung der Aktenlage bzw. der Anamneseerhebung die entsprechenden Angaben – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht – unzutreffend wiedergegeben hätte, vermöchte den Beweiswert ihrer Expertise allein nicht zu schmälern bzw. könnte in gewissen Ungenauigkeiten kein deutliches Indiz für eine unsorg-

fältige Arbeit in genereller Hinsicht erblickt werden. Abgesehen davon vermögen die vom Beschwerdeführer aufgeführten Ergänzungen und Richtigstellungen die gutachterlichen Schlussfolgerungen betreffend das Zumutbarkeitsprofil und die Arbeitsfähigkeit ohnehin nicht zu erschüttern.

3.3.2.3 Nichts zu seinen Gunsten vermag der Beschwerdeführer aus dem Bericht der behandelnden Hausärztin Dr. med. E. _____ vom 29. April 2022 (AB 27 S. 3 bis 9) abzuleiten, in welchem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Dezember 2020 bis auf weiteres attestiert wurde (AB 27 S. 3 Ziff. 1.3), handelt es sich doch dabei um eine Einschätzung, welche sich auf die bisherige und nicht auf eine leidensangepasste Tätigkeit bezieht. Bezüglich der von der Hausärztin gestellten Diagnose einer Depression (AB 27 S. 5 Ziff. 2.5) hat die Gutachterin im Übrigen einleuchtend aufgezeigt, dass keine Hinweise für eine depressive Symptomatik hätten festgestellt werden können (AB 63.3 S. 17 Ziff. 6.3.3). In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass Dr. med. E. _____ als Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin nicht über die für die Beurteilung des vorliegenden psychischen Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit spezifische Fachkompetenz verfügt, weshalb auf ihre diesbezügliche Einschätzung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

3.3.2.4 Ferner vermögen die Berichte von Dr. med. G. _____ vom 11. Juli 2022 und 17. Mai 2023 (AB 32, BB 3), in welchen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens (AB 63.3) ebenfalls nicht zu erschüttern. Zunächst enthalten sie keine wesentlichen neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Was die von Dr. med. G. _____ gestellten Diagnosen einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21) bzw. einer schweren psychischen Störung (AB 32 S. 5 Ziff. 2.5, BB 3) betrifft, verneinte die psychiatrische Expertin solche psychischen Leiden überzeugend unter Hinweis auf die fehlenden Befunde bzw. Symptome und die diesbezüglichen vagen Angaben des Beschwerdeführers (AB 63.3 S. 17 f. Ziff. 6.3.3); dies gilt auch bezüglich der vom behandelnden Psychiater differentialdiagnostisch gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3; AB 32

S. 5 Ziff. 2.5). Im Weiteren ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Haus- und Fachärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Entscheid des BGer vom 28. Januar 2021, 8C_630/2020, E. 4.2.1). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Solche Aspekte liegen hier – wie bereits ausgeführt – nicht vor.

3.3.2.5 Schliesslich kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an (vgl. Beschwerde, S. 1 Ziff. 1); massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3), was beim psychiatrischen Teilgutachten – wie vorstehend dargelegt – zutrifft.

3.4 Nach dem Ausgeführten 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). Damit ist der IV-Grad (vgl. E. 2.3 hiavor) ausgehend von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in einer dem Zumutbarkeitsprofil angepassten Verweistätigkeit (vgl. E. 3.3 hiavor) zu ermitteln.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

4.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26^{bis} Abs. 2 Satz 1 IVV), wonach die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik massgebend sind. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

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; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Mit Blick auf die im November 2021 erfolgte Anmeldung (AB 3) fiele der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG sowie unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) auf den 1. Mai 2022, womit die Invaliditätsbemessung grundsätzlich auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen wäre (vgl. E. 4.2.1 f. hiernach).

4.2.1 Da der Beschwerdeführer keine berufliche Ausbildung mit Fähigkeitszeugnis abgeschlossen (vgl. AB 3 S. 5 Ziff. 5.3) und verschiedene Tätigkeiten ohne besondere Berufskennnisse, zuletzt eine Tätigkeit als selbstständiger ... ausgeübt hat (AB 3 S. 6 Ziff. 5.4, AB 18 S. 2 f.) – welche er aus invaliditätsfremden Gründen nicht mehr ausübt –, ist beim Valideneinkommen vom Tabellenlohn bzw. vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1 der LSE, Kompetenzniveau 1, Total) auszugehen; damit wird ein breites Spektrum möglicher Stellen im Gesundheitsfall abgebildet.

Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 hiervor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2).

Ein leidensbedingter Abzug ist nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV ausgeschlossen (vgl. E. 4.1.2 hiervor) und auch der de lege ferenda vorgesehene Abzug von 10 % (vgl. Medienmitteilung des Bundesrates vom 18. Oktober 2023) würde im Ergebnis nichts ändern.

4.2.2 Demnach könnte der Beschwerdeführer bei einer zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % noch 100 % des LSE-Tabellenlohnes erzielen, woraus sich keine Einkommenseinbusse resp. ein rentenausschliessender IV-Grad von 0 % ergibt.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2023 (AB 68) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

6.

6.1 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.

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

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.