

200 23 548 IV  
KOJ/LUB/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. Januar 2024**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Juni 2023



## Sachverhalt:

### A.

Der 1974 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt von Oktober 2000 bis November 2020 vollzeitlich bei der C.\_\_\_\_\_ AG angestellt, meldete sich – nach einer Meldung zur Früherfassung – im September 2020 unter Hinweis auf ein Asthma-COPD-Overlap-Syndrom und Bluthochdruck bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 10, 28, 50/2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere zog sie Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 4, 36), die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva; act. II 16) und der zuständigen Krankentaggeldversicherung bei (act. II 18, 33), unterbreitete das medizinische Dossier zwecks Erstellung eines Zumutbarkeitsprofils dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 25)], gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form von Eingliederungsberatung (act. II 23) und erteilte Kostengutsprache für ein Coaching (act. II 35). Mit Vorbescheid vom 25. Februar 2021 stellte sie dem Versicherten die Verneinung des Rentenanspruchs (IV-Grad 36 %) in Aussicht (act. II 38). Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 45) veranlasste die IVB auf Empfehlung des RAD eine pneumologische Begutachtung (inkl. Spiroergometrie) beim Spital D.\_\_\_\_\_ (act. II 53, 64). Am 25. August 2021 stellte die Krankentaggeldversicherung der IVB ein von ihr zwischenzeitlich eingeholtes pneumologisches Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_\_, vom 15. Juni 2021 (act. II 68.1) zu, woraufhin die IVB dem Versicherten mit neuem Vorbescheid vom 13. September 2021 die Zusprache einer ganzen Rente (IV-Grad 79 %) ab 1. März 2021 ankündigte (act. II 70). Am 15. September 2021 ging bei der IVB das von ihr in Auftrag gegebene pneumologische Gutachten des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 11. August 2021 ein (act. II 71). Aufgrund von Diskrepanzen zum Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ holte die IVB unter Miteinbezug des Versicherten (vgl. act. II 73, 78) eine Stellungnahme des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2021 ein (act. II 86). Die inzwischen am 27. Oktober 2021 verfügte Rentenzusprache, entsprechend dem Vorbescheid vom 13. September 2021 (act. II 79), hatte die IVB am 2. November

2021 pendente lite aufgehoben (act. II 83). In der Folge forderte die IVB den Versicherten zur Schadenminderung auf (Teilnahme an Integrationsmassnahmen), holte weitere Berichte bei den behandelnden Ärzten ein (act. II 99) und nahm erneut Rücksprache mit dem RAD (act. II 100). Mit neuem Vorbescheid vom 25. April 2022 kündigte die IVB wiederum die Verneinung des Rentenanspruchs (IV-Grad 32 %) an (act. II 106), wogegen der Versicherte erneut Einwand erhob (act. II 114, 117). Ein am 2. Mai 2022 begonnenes Aufbautraining (gewährt bis 14. August 2022; act. II 110) wurde per 15. Juni 2022 abgebrochen (act. II 118, 128 f., 141). Die IVB nahm abermals Rücksprache mit dem RAD und liess auf dessen Empfehlung den Versicherten polydisziplinär begutachten (act. II 131). Gestützt auf das von der MEDAS G. \_\_\_\_\_ am 9. Februar 2023 erstattete polydisziplinäre Gutachten (act. II 157 ff.) verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – in dessen Rahmen die Einwände und eingereichten Arztberichte der MEDAS G. \_\_\_\_\_ zur Stellungnahme unterbreitet wurden (act. II 161-164, 167; Stellungnahme der MEDAS G. \_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2023 [act. II 172]) – mit Verfügung vom 12. Juni 2023 einen Rentenanspruch (IV-Grad 35 %; act. II 173).

## **B.**

Mit Eingabe vom 20. Juli 2023 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 12. Juni 2023 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. März 2021 eine angemessene Invalidenrente auszurichten.
3. Dem Beschwerdeführer sei im vorliegenden Verfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beiordnung des Unterzeichnenden als amtlicher Anwalt, zu erteilen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 1. September 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 4. September 2023 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt bei.

## **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 12. Juni 2023 (act. II 173). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

**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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) 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 12. Juni 2023 (act. II 173) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs – mit Blick auf die Anmeldung vom September 2020 (act. II 10) und die halbjährige Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) – vor dem 1. Januar 2022 (1. März 2021; vgl. E. 5.3 hiernach), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100-9102 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Er-

werbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.3** 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).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens

(BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsrasster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.4** 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 von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.5** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen ha-

ben. 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** In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 30. April 2022 diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 19. Februar 2022 in ambulanter Behandlung wegen einer neuropsychiatrischen Erkrankung, die eine psychotherapeutische Überwachung erfordere. Der Beschwerdeführer habe die (frühere) Therapie gestoppt und im Februar 2022 wieder begonnen. Er leide an einem mittelgradigen bis schweren ängstlich-depressiven Zustand, befinde sich in einem Stimmungstief mit täglichen Ängsten, habe eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung mit eingeschränktem Erinnerungsvermögen und Interessenverlust. Daneben leide er auch an neurovegetativen Beschwerden (act. II 114/4). Die Pathologie sei seit einiger Zeit verbreitet, ohne Besserung und sogar mit Verschlechterung der depressiven Symptome ohne dauerhafte Remission. Das Behandlungsergebnis sei unbefriedigend trotz umfangreicher psychiatrischer Betreuung. In diesem Zustand sei der Beschwerdeführer zu 70 bis 100 % arbeitsunfähig (act. II 114/6).

**3.1.2** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS G. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2023 (act. II 157.1 ff.) stellten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen (act. II 157.1/5 Ziff. 4.3.1 f):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Mittelgradige depressive Episode, agitierte depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Mittelschweres Asthma bronchiale, nicht allergisch/fraglich eosinophil mit/bei
  - mittelschwerer COPD Gold 2B
  - früherer Nikotinabusus von etwa 15 py
  - anamnestisch mit rezidivierenden Exazerbationen (aktenmässig ungenügend belegt)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Arterielle Hypertonie seit 2016, aktuell unbefriedigend kontrolliert
- Adipositas (BMI 31 kg/m<sup>2</sup>)
- Diffuser Schmerz im Bereich der linken M. pectoralis-Region
- Ausgeprägte Senkfüsse

Im orthopädischen Teilgutachten erwähnte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, anhand des erhobenen Befundes und der geklagten Beschwerden könne kein orthopädisches Leiden diagnostiziert werden. Es bestehe eine im Wesentlichen freie Funktion aller grossen und kleinen Gelenke des Bewegungsapparates. Die geklagten Beschwerden im Bereich des ventralen Thorax seien durch keine greifbaren klinischen Befunde zu erklären. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 157.2/7).

Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer erfülle zwei der drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Die Stimmung sei manchmal normal, schwanke aber auch immer wieder und sei von den Emotionen abhängig. Die Stimmung könne auch betrübt sein. Der Beschwerdeführer sei innerlich angespannt, unruhig und nervös und vertrage nicht mehr so viel. Der Antrieb sei ebenfalls eingeschränkt. Von den weiteren Kriterien erfülle der Beschwerdeführer diejenigen von Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsproblemen, innerer Unruhe, eingeschränktem Selbstbewusstsein und Selbstvorwürfen. Damit erfülle er genügend Kriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Der Schweregrad der Erkrankung sei aktuell weiterhin mittelgradig stark ausgeprägt. Weil der Beschwerdeführer vor allem innerlich angespannt, unruhig und nervös sei, aber nur leicht müde, erschöpft und ausgelaugt, habe er eine Art der depressiven Episode, die eine agitierte depressive Episode genannt werde. Die Diagno-

se einer generalisierten Angststörung sei nicht zu stellen (act. II 157.3/7 f. Ziff. 6.3). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht für die zuletzt durchgeführte als auch für alle anderen Tätigkeiten zu 50 % eingeschränkt. Es bestehe folgender Verlauf: 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vom 15. Januar bis 29. April 2022 und eine solche von 50 % seit zumindest 30. April 2022 (act. II 157.3/11 Ziff. 8).

Im allgemein-internistischen Teilgutachten erwähnte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, das angeblich gesundheitlich bedingte bewegungsarme und zurückgezogene Alltagsleben sei allgemein-internistisch nicht zu erklären (act. II 157.4/4 Ziff. 6.2). Es sei eine unbefriedigend kontrollierte arterielle Hypertonie (in Kombination mit einer Adipositas) festzustellen. Allgemein-internistisch bestehe aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 157.4/5 Ziff. 7 f.).

Im pneumologischen Teilgutachten führte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und allgemeine Innere Medizin, aus, die mannigfaltigen Probleme des Beschwerdeführers tangierten in einem gewissen, aber nicht entscheidenden Ausmass auch die Pneumologie (act. II 157.5/5 Ziff. 6.1). Aktenmässig seien die angeblich zahllosen Exazerbationen nicht belegt, was durch vier Indizien erhärtet werde: Im Längsprofil finde sich keine besorgniserregende Variabilität der Obstruktion, wie dies bei Asthma-Exazerbationen die Regel sei (1), einige Spirometrien erfüllten das Obstruktions-Kriterium gemäss Gold-Definition (Forciertes Expirationsvolumen [FEV1] / Forcierte Vitalkapazität [FVC] -Quotient < 70 %) nicht (2), es fänden sich keine erhöhten C-reaktive Protein (CRP) -Werte, wie dies bei infektriggetriggerten Exazerbationen typisch wäre (3) und schliesslich finde sich keine signifikante Eosinophilie, weder im Blut noch anlässlich der Bronchoskopie im Jahr 2021 (4). Zudem sei das fraktionierte expiratorische Stickstoffmonoxid ([FeNO]; ein Marker der eosinophilen endobronchialen Aktivität) lediglich einmal am 29. Juni 2020 signifikant erhöht gewesen, bei anderen Messungen bestenfalls grenzwertig. Die Lungenvolumina würden seit dem Jahr 2002 zusätzlich durch die progrediente Adipositas komprimiert. Dass der Beschwerdeführer adaptiert nicht mehr arbeiten könne, sei nicht nachvollziehbar. Die Atembeschwerden könnten durch die objektiven Befunde nur teilweise begründet werden. Das Verhalten während der Spi-

rometrie und des Treppentests wirke etwas demonstrativ (act. II 157.5 Ziff. 6.2). Der Beschwerdeführer leide in erster Linie an einem Asthma bronchiale mit aktuellem Phänotyp einer COPD im Goldstadium 2/B. Im Lichte der vorhandenen Befunde sei dieses nicht schwergradig, sondern mittelschwer (act. II 157.5/6 Ziff. 6.3). Pulmonal seien die Ressourcen nur leichtgradig eingeschränkt. Eine Gasaustauschstörung resp. ein vom Beschwerdeführer vorgebrachter Sauerstoffmangel sei nicht vorhanden. Damit bleibe eine adaptierte Tätigkeit möglich, dies mit folgendem Profil: körperlich leichte Tätigkeit unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen (act. 157.5/8 Ziff. 7.2). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem 11. Februar 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einer adaptierten Tätigkeit sei und bleibe die Arbeitsfähigkeit von 100 % erhalten (act. II 157.5/9 Ziff. 8).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, inkonsistent erscheine die Tatsache, dass der Beschwerdeführer zwar auf ein Arbeitsplatzasthma fixiert sei, es aber seit dem letzten Arbeitstag am 11. Februar 2020, nachdem die angeschuldigten Emissionen also zu 100 % weggefallen seien, respiratorisch nicht besser, sondern schlechter gehe. Die Angabe einer nahezu völligen Unfähigkeit, im Alltag auch nur leichte bis leichteste körperliche Belastungen zu tolerieren, sei anhand der erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar. Es falle eine enorme Fixierung auf eine – objektiv nicht belegbare – Schädigung durch inhalative Noxen am Arbeitsplatz auf. Die anamnestischen Angaben, die Angaben in den Akten, der Befund bei der Untersuchung, die Ergebnisse der Laboruntersuchungen und die Ergebnisse des Substanz-Screenings passten aus psychiatrischer Sicht weitgehend zusammen. Allerdings seien die Medikamentenspiegel für Trazodon unterhalb des therapeutischen Bereichs und für Quetiapin und Norquetiapin unterhalb der Nachweisgrenze gelegen, sodass in Bezug auf die Compliance Optimierungspotenzial bestehe. Führend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und das Eingliederungspotenzial seien die pneumologischen und psychiatrischen Diagnosen (act. II 157.1/5). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit beruhe auf dem somatischen Befund des Asthma bronchiale, für eine adaptierte Tätigkeit sei der psychiatrische Befund limitierend. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aufgrund des Asthma bron-

chiale seit dem 11. Februar 2020 zu 100 % arbeitsunfähig. Körperlich leichte Tätigkeiten unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen blieben aus pneumologischer Sicht weiterhin möglich. Eine aus psychiatrischer Sicht angepasste Tätigkeit sollte gut strukturiert sein und keine erhöhten Anforderungen an die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die fachlichen Kompetenzen, das Durchhaltevermögen und die Durchsetzungsfähigkeit stellen. Bei leichtgradiger Einschränkung der Kontakt- und Gruppenfähigkeit sollten kein vermehrter Publikumsverkehr und keine erhöhten Anforderungen an die Teamfähigkeit bestehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe spätestens seit dem 30. April 2022 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Eine leitliniengerechte Inhalationstherapie sei bereits etabliert worden, aus pneumologischer Sicht bestünden Zweifel, ob diese konsequent umgesetzt werde. Aus psychiatrischer Sicht werde die Fortführung der Behandlung mit besonderem Augenmerk auf das Erreichen ausreichender Plasmaspiegel der verordneten Medikamente empfohlen. Die depressiven Symptome, die innere Anspannung, Unruhe und Nervosität sowie die Konzentrationsstörungen könnten durch die Behandlung geringer werden oder ganz verschwinden (act. II 157.1/6).

**3.1.3** Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 4. April 2023 als Diagnosen eine obstruktive Lungenerkrankung, wahrscheinlich relevante Asthmakomponente ohne Hinweis für eosinophile / allergische Komponente (act. II 164/4), eine gastroösophageale Refluxerkrankung, eine arterielle Hypertonie, eine Steatosis hepatis (DD: NAFLD [Nicht-alkoholische Fettleber-Erkrankung]) und eine Splenomegalie unklarer Ätiologie. Bezugnehmend auf das pneumologische Gutachten der MEDAS G. \_\_\_\_\_ seien die Ressourcen pulmonal nicht nur leichtgradig eingeschränkt, sondern mindestens mittelschwer aufgrund einer ausgeprägten, bisher unter ausgebauter Therapie nicht ausreichend kontrollierten Situation mit lungenfunktionseller Einschränkung, klinisch eindeutig auskultierbarem obstruktivem Atemgeräusch sowie subjektiv deutlicher Dyspnoe bei leichter Anstrengung als Folge der Atemwegsobstruktion (act. II 164/6). Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der instabilen Gesamtsituation als eingeschränkt anzusehen. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit wäre möglich, wobei hier auch aufgrund der instabilen Asthmasituation ein volles

Pensum zum aktuellen Zeitpunkt wahrscheinlich nur schwer zu leisten wäre, da für die optimale Asthmakontrolle auch eine schrittweise Rekonditionierung, gegebenenfalls im Rahmen einer ambulanten, pulmonalen Rehabilitation zu überlegen wäre. Dies auch, um die im Gutachten geäusserte progrediente Adipositas, welche sicherlich durch wiederholte Steroidabgaben medizinisch mitverursacht sei, zu optimieren (act. II 164/7).

**3.1.4** Am 6. Juni 2023 führten die Gutachter der MEDAS G. \_\_\_\_\_ auf Rückfragen der Verwaltung im Vorbescheidverfahren aus, in pneumologischer Hinsicht werde im Gutachten die Zeitspanne zwischen Versanddatum des Gutachtens und den Jahren davor beurteilt. Die Befunde in dieser Zeitspanne liessen den Schluss zu, dass die adaptierte Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Wenn in der Zeit nach der Fertigstellung des Gutachtens eine Exazerbation auftrete, wie dem Bericht des behandelnden Pneumologen zu entnehmen sei, so sei dies eine "Momentaufnahme", aus der nicht zwingend eine bleibende Verminderung der pulmonalen Ressourcen und damit eine global eingeschränkte Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden könne. An den Schlussfolgerungen des pneumologischen Gutachtens vom 9. Februar 2023 werde festgehalten, selbst dann, wenn das FEV1 nun bleibend 50-60% betrage. Die Befunde vor dem 9. Februar 2023 liessen keinen anderen Schluss zu (act. II 172/1). In psychiatrischer Hinsicht sei schon im Gutachten geschrieben worden, dass die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode anhand des Berichts des behandelnden Psychiaters vom 30. April 2022 (act. II 114/4) nachvollziehbar sei. Die funktionellen Einschränkungen, die durch eine mittelgradige depressive Episode verursacht worden seien, seien normalerweise so ausgeprägt, dass die Arbeitsfähigkeit deswegen für alle Tätigkeiten zu 50 % eingeschränkt sei. Aus dem Bericht des Psychiaters gehe nicht hervor, warum die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit und auch für alle anderen Tätigkeiten damals noch höher eingeschränkt gewesen sei. Er beschreibe im Bericht eine betübte Stimmung, tägliche Ängste, Einschränkungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit, eine Interessenlosigkeit, ein eingeschränktes Selbstbewusstsein und neurovegetative Symptome. Auch wenn der Psychiater damals die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht anhand der ICD-10 oder im DSM-IV gestellt habe, könne anhand der beschriebenen funktionellen Einschränkungen die Diagnose einer

depressiven Episode gestellt werden. Der Schweregrad sei damals ebenfalls, wie der Behandler das auch beschrieben habe, mittelgradig stark ausgeprägt gewesen. Gemäss Gutachten könnten die zum Zeitpunkt der Untersuchung festgestellten Symptome einer inneren Anspannung, Unruhe und Nervosität im Rahmen der damals beschriebenen mittelgradigen depressiven Episode, bei der es sich damals um eine agitierte depressive Episode handelte, angesehen werden und seien deshalb für diese Symptome nicht noch weitere, eigenständige Diagnosen gestellt worden. Die vom behandelnden Psychiater im Bericht vom 30. April 2022 beschriebenen Angstsymptome und neurovegetativen Symptome könnten auch im Rahmen der bereits schon damals beschriebenen mittelgradigen depressiven Episode angesehen werden, obwohl der Psychiater nicht eine agitierte depressive Episode beschrieben habe. Es bestünden deshalb auch keine Hinweise dafür, dass für den Zeitpunkt vom 30. April 2022 für die Angstsymptomatik und die vegetativen Symptome noch weitere, eigenständige Diagnosen zu stellen seien. Es ergäben sich anhand des erwähnten Berichts keine Hinweise dafür, dass der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit und auch für alle anderen Tätigkeiten anders beurteilt werden sollte, als dies im Gutachten gemacht worden sei (act. II 172/2). Es ergäben sich keine Änderungen an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. II 172/3).

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

gen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**3.3** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2023 (act. II 157.1; inkl. Stellungnahme vom 6. Juni 2023; act. II 172), basierend auf einer orthopädischen (act. II 157.2), psychiatrischen (act. II 157.3), allgemein-internistischen (act. II 157.4) und pneumologischen Untersuchung (act. II 157.5), erfüllt – jedenfalls was die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung betrifft – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (vgl. act. II 157.1). Des Weiteren wurde nachvollziehbar zu den Rückfragen im Vorbescheidverfahren Stellung genommen und dabei überzeugend aufgezeigt, dass und weshalb an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werde (act. II 172). Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten und nachträglicher Stellungnahme) kommt damit voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist.

**3.3.1** Dass die Gesamtarbeitsfähigkeit weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit durch orthopädische oder internistische Beschwerden eingeschränkt wird (act. II 157.1/5 Ziff. 4.3 und 4.5), ist mit Blick auf die überzeugenden Schlussfolgerungen in den orthopädischen und internistischen Teilgutachten (act. II 157.2/6 f., 157.4/4 f.) zwischen den Parteien zu Recht unbestritten.

**3.3.2** Im psychiatrischen Teilgutachten leitete Dr. med. J. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, agitierte depressive Episode (ICD-10 F32.1), anhand der erhobenen Anamnese, klinischen Befunde und der Diagnosekriterien gemäss ICD-10 nachvollziehbar her. So legte er dar, dass der Beschwerdeführer unter den typischen Symptomen von gedrückter Stimmung und Verminderung des Antriebs sowie unter den anderen häufigen Symptomen von Schlafstörungen, verminderter Konzentration, innerer Unruhe, vermindertem Selbstwertgefühl und Schuldgefühlen leidet (act. II 157.3/7 Ziff. 6.3; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 169 ff.). Der Gutachter setzte sich auch eingehend mit den abweichenden Diagnosen des behandelnden Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (namentlich) im Bericht vom 30. April 2022 (act. II 114/4 f.) auseinander und zeigte im Rahmen seiner differentialdiagnostischen Überlegungen schlüssig auf, dass – nebst der mittelgradigen depressiven Episode – insbesondere weder eine rezidivierende depressive Störung noch eine generalisierte Angststörung zu diagnostizieren sind. So führte er nachvollziehbar aus, anhand der Angaben in den Akten lägen keine Hinweise vor, dass der Beschwerdeführer vor der aktuellen depressiven Episode schon einmal eine solche Erkrankung gehabt habe und es dazwischen Zeiten gegeben habe, in denen er keine depressiven Symptome aufgewiesen habe. Im Übrigen erwähnte der Beschwerdeführer weder beim Erstgespräch mit der Verwaltung im August 2020 noch in der Anmeldung zum Leistungsbezug im September desselben Jahres eine psychische Problematik (act. II 5, 10); aktenkundig ist eine psychiatrische Behandlung denn auch erst ab Juli 2021 (act. II 93/2; vgl. auch a.a.O. DILLING et al., S. 176 ff.). Zum Ausschluss einer generalisierten Angststörung wies Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den Angaben des Beschwerdeführers darauf hin, dass dieser nur Angst habe, aus dem Haus zu gehen, weil ihn die Menschen wegen seiner Lungenerkrankung komisch anschauen würden, und ausserdem wisse, dass die Angst nicht berechtigt sei (act. II 157.3/2 f. Ziff. 3.2.1 und 3.2.10, /8 Ziff. 6.3). Weiter ist mit dem psychiatrischen Gutachter festzuhalten, dass anhand des Berichts des behandelnden Psychiaters vom 30. April 2022 ebenso wenig Hinweise vorliegen, dass der Beschwerdeführer in allen Situationen Angst gehabt hätte (act. II 172/2; vgl. auch a.a.O. DILLING et al., S. 198 f.). An der gutachterlich-

psychiatrischen Einschätzung vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2023 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) nichts zu ändern. Der Bericht enthält keine wesentlichen neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend anmerkte (S. 3 RN 5), sind die Berichte von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2022 und 23. Juni 2023 mehrheitlich identisch, insbesondere betreffend Diagnose und Befund. Auch schätzte er die Arbeitsfähigkeit in unverändertem Ausmass ein. Zudem wurden die neurovegetativen Beschwerden bereits in ersterem erwähnt und waren damit dem psychiatrischen Gutachter bekannt (act. II 157.3/7 Mitte). Nicht anders verhält es sich hinsichtlich der medikamentösen Behandlung mit Quetiapin; dieses Medikament wurde bereits im Gutachtenszeitpunkt verordnet, wurde doch ein Labor veranlasst und dabei festgestellt, dass der Medikamentenspiegel deutlich unter dem therapeutisch wirksamen Bereich lag (act. II 157.3/5 Ziff. 4.3). Eine relevante gesundheitliche Verschlechterung ist damit nicht belegt (Beschwerde S. 8 Art. 6). Schliesslich gilt es bei der Beweiswürdigung auch zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie vorliegend der Fall – lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365). Ausserdem ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte 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; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Vor diesem Hintergrund vermag auch die vom behandelnden Psychiater höher eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit keine Zweifel zu wecken.

**3.3.3** Im pneumologischen Teilgutachten legte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ – unter Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde samt den Ergebnissen

der Spirometrie und Oxymetrie, der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung und der Vorakten – differenziert und nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer zwar an einem mittelschweren Asthma bronchiale mit aktuellem Phänotyp einer COPD im Goldstadium 2/B leidet (act. II 157.5/6 Ziff. 6.3) und ihm deswegen die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, er hingegen eine angepasste Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen) vollschichtig ausüben kann (act. II 157.5/9 Ziff. 8). Dr. med. L. \_\_\_\_\_ erhob anlässlich der Untersuchung pulmonal einen normalen Befund, einzig eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung trotz Problemen bei der Spirometrie (demonstrativer Husten) und eine konstant verbleibende normwertige Sauerstoffsättigung von 96% (Normwert: 95-99 %; act. II 157.5/5 Ziff. 4.3). Der Gutachter zeigte auch nachvollziehbar auf, dass die geltend gemachten zahlreichen Exazerbationen aktenmässig nicht belegt sind (fehlende besorgniserregende Variabilität der Obstruktion, in einigen Spirometriemessungen nicht erfülltes Obstruktions-Kriterium gemäss Gold-Definition, keine erhöhten CRP-Werte und fehlende signifikante Eosinophilie). Vor diesem Hintergrund überzeugt auch seine Feststellung, dass die Atembeschwerden nur teilweise durch objektive Befunde begründet sind, zumal er während der Spirometrie und des Treppensteigens auch ein "etwas demonstrativ wirkendes Verhalten" des Beschwerdeführers feststellte (act. II 157.5/6 Ziff. 6.2) und im Zusammenhang mit einer Messung im Mai 2022 (mit exazerbationsbedingt tiefem FEV1-Wert) den Verdacht auf eine ungenügende oder gar fehlende Behandlungstreue des Beschwerdeführers in den Tagen vor der Messung äusserte (aufgrund der beachtlichen Reversibilität nach B2-Stimulation; act. II 157.5/7 Ziff. 7.1).

An den gutachterlichen Ausführungen vermögen die früheren pneumologischen Gutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2021 (act. II 68.1) und des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2021 (act. II 71) nichts zu ändern. Einerseits wurde u.a. wegen Divergenzen zwischen jenen beiden Gutachten eine MEDAS-Begutachtung bei der MEDAS G. \_\_\_\_\_ angeordnet (act. II 131 f.). Andererseits ist festzuhalten, dass auch die Gutachter des D. \_\_\_\_\_ von einer mittelschweren COPD (Goldstadium 2; act. II 71/7 ff. Ziff. 6), der Unzumutbarkeit der Ausübung der angestammten Tätigkeit sowie der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit (mehrheitlich

sitzende Tätigkeit, wobei gelegentliches lockeres Stehen möglich ist, in lufthygienisch einwandfreien Verhältnissen) in einem Vollzeitpensum ausgingen (act. II 71/11 Ziff. 8, 86). In Bezug auf die vom Gutachter der MEDAS E. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen einzig unterschiedlich eingeschätzte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (zu Beginn zwei bis vier Stunden pro Tag) ist mit den Gutachtern des Spitals D. \_\_\_\_\_ festzuhalten, dass dieser in Widerspruch dazu für eine Tätigkeit in sitzender Position von keiner höhergradigen eingeschränkten Leistungsfähigkeit ausging; immerhin schloss er eine Steigerung des Pensums bis auf eine höherprozentige Arbeitsfähigkeit nicht aus (act. II 68.1/9 Ziff. 9.2; Stellungnahme des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2021; act. II 86/1).

Ebenso vermögen die Angaben des behandelnden Dr. med. M. \_\_\_\_\_ an der gutachterlich-pneumologischen Einschätzung von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ etwas zu ändern. In der Stellungnahme der MEDAS G. \_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2023 äusserte sich Dr. med. L. \_\_\_\_\_ eingehend zu dem im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 4. April 2023 (act. II 164/4-7 = 167/5-8) und zeigte überzeugend auf, dass weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen ist. So führte er aus, dass die im gutachterlich beurteilten Zeitraum zwischen einigen Jahren vor dem Versanddatum des Gutachtens und eben diesem Versanddatum erhobenen Befunde den Schluss zulassen, dass die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nicht eingeschränkt war. Wie bereits erwähnt, korreliert diese Einschätzung auch mit derjenigen im pneumologischen Gutachten des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2021 (act. II 71/11 Ziff. 8). Weiter hat der Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass die von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ erwähnte und nach der Begutachtung aufgetretene Exazerbation eine "Momentaufnahme" darstelle, woraus nicht zwingend eine Verminderung der pulmonalen Ressourcen und damit eine global eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten abgeleitet werden könne. Zudem hielt er fest, dass selbst wenn das FEV1 nun bleibend 50-60 % betrüge, weiterhin an der 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit festgehalten werden könne, da die erhobenen Befunde während der Begutachtung keinen anderen Schluss zuließen (act. II 172/1). Ausserdem legte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. April 2023 auch nicht schlüssig dar, wes-

halb die vom pneumologischen Gutachter bezeichnete angepasste Tätigkeit für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar wäre. Vielmehr hielt er selber fest, dass grundsätzlich eine vorwiegend sitzende Tätigkeit aus pneumologischer Sicht möglich wäre, hier jedoch ein volles Pensum "wahrscheinlich nur schwer zu leisten" – mithin aber nicht ausgeschlossen – wäre (act. II 164/7). Im Bericht vom 29. Juni 2023 hält er lediglich in allgemeiner Weise fest, körperliche Tätigkeiten seien nicht möglich (act. I 8/3), ohne aber ein klares Zumutbarkeitsprofil zu beschreiben, und im Bericht vom 4. Juli 2023 erwähnte er nunmehr, dass einzig für körperlich aktive Tätigkeiten die Arbeitsfähigkeit aktuell bei ausgeprägter Obstruktion nicht gegeben sei (act. I 7); letztere Tätigkeiten beinhaltet das gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils für angepasste Tätigkeiten ohnehin nicht. Soweit Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in dem im Beschwerdeverfahren nachgereichten Bericht vom 12. Juli 2023 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers seine Ausführungen hinsichtlich einer sitzenden Tätigkeit relativiert (act. I 9; Beschwerde S. 9 Art. 7), ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass dies auf Aufforderung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers geschah (Beschwerdeantwort S. 3 RN 5), womit wiederum der Erfahrungstat-sache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Spezialärzte eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.3.2 hiavor). Dadurch werden die Ausführungen des Gutachters Dr. med. L.\_\_\_\_\_ weder widerlegt noch vermögen die Angaben von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ begründete Zweifel an den von den Gutachtern gezogenen Schlussfolgerungen zu wecken.

**3.4** Der medizinische Sachverhalt ist demnach rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen sich (Beschwerde S. 2 Ziff. I, 3; vgl. hierzu 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).

Gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G.\_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2023 (Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung [act. II 157.1] mit Teilgutachten [act. II 157.2-5]) inkl. ergänzender Stellungnahme vom 6. Juni 2023 (act. II 172) ist damit ausgewiesen, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit auf dem pneumologischen Befund des Asthma bronchiale beruht, diejenige für eine angepasste Tätigkeit hingegen einzig auf dem psychiatrischen Befund bzw.

der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (act. II 157.1/5 f. Ziff. 4.3, 4.5-7).

#### **4.**

Zu prüfen ist damit die Frage der Massgeblichkeit der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 157.1/6 Ziff. 4.7, 157.3/11 Ziff. 8), mithin ob dieser auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann. Dabei hat das Gericht bei der Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 141 V 281) insbesondere auch dem höchstrichterlich festgelegten Grundsatz Rechnung zu tragen, wonach eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht auf eine invalidisierende Krankheit schliessen lässt und für das Gericht diesfalls Grund dafür besteht, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (vgl. BGE 148 V 49).

**4.1** Der Gutachter Dr. med. J. \_\_\_\_\_ hielt bezüglich der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität fest, dass die anamnestischen Angaben, die Angaben in den Akten, der Befund bei der Untersuchung, die Ergebnisse der Laboruntersuchungen und die Ergebnisse des Substanz-Screenings aus psychiatrischer Sicht weitgehend zusammenpassten (act. II 157.3/6 Ziff. 6.2). Anhaltspunkte für eine bewusste Aggravation oder gar Simulation stellte er keine fest. Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.3 hiervor).

**4.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

**4.2.1** Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der Gutachter – nebst unauffälligen Befunden in den Bereichen Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis, und formalem sowie inhaltlichem Denken bzw. meist unauffälligen Befunden im Bereich äussere Erscheinung – eine leicht eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit (jedoch mit adäquater und genauer Fragenbeantwortung am Schluss des Gesprächs), eine leicht betrübte, schwankende und emotionsabhängige Grundstimmung sowie eine innerliche Angespanntheit, Unruhe und Nervosität. Zudem stellte der Gutachter einen weitgehend herstellbaren affektiven Rapport sowie einen normalen Antrieb bzw. eine meistens normale Psychomotorik (beeinflusst von den Emotionen) fest. Hinweise für Zwänge, Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder für Ich-Störungen bestanden keine (act. II 157.3/5 f. Ziff. 4.3, 6.2). Weiter beschrieb er beziehend auf das Mini-ICF eine mittelgradige Einschränkung der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, ein leichtgradig vermindertes Durchhaltevermögen, eine mittelgradig eingeschränkte Selbstbehauptungsfähigkeit, ein herabgesetztes Selbstbewusstsein sowie eine leichtgradig eingeschränkte Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit (act. II 157.3/9 f. Ziff. 7.2). Auch bestehen, wie dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen ist, noch bedeutende Therapieoptionen (psychopharmakologische Behandlung im therapeutisch wirksamen Bereich, Teilnahme in Tagesklinik oder stationärer Aufenthalt; act. II 157.3/12; vgl. auch E. 4.2.1.2 hiernach), womit nicht von einem hohen Leidensdruck aufgrund der psychischen Erkrankung gesprochen werden kann. Insgesamt ergeben sich damit keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Mai 2019, 9C\_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Den Akten ist zu entneh-

men, dass der Beschwerdeführer lediglich im Sommer 2021 für rund 1 ½ Monate bei Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung stand und danach erst wieder ab Februar 2022, dies mit einer Frequenz von ca. alle drei Wochen, was für eine konsequente Depressionstherapie ungenügend ist (Entscheid des BGer vom 3. April 2017, 8C\_814/2016, E. 5.3.2), und ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik fand bisher nicht statt (act. II 93, 114/6 f., 157.3/3 Ziff. 3.2.11). Der Medikamentenspiegel lag anlässlich der Begutachtung unterhalb des therapeutisch wirksamen Bereichs (act. II 157.3/5 Ziff. 4.3, 157.7). Der psychiatrische Gutachter erachtete die Weiterführung der aktuellen psychiatrischen Behandlung und die weitere Gabe von Medikamenten als sinnvoll und er wies ausdrücklich darauf hin, dass die Dosierung der Medikamente im Normbereich liegen sollte. Bei nicht wesentlicher Verringerung der depressiven Symptome und der Symptome der inneren Anspannung, Unruhe und Nervosität sowie der Konzentrationsprobleme mit der aktuellen Behandlung erachtete er zudem die Teilnahme in einer Tagesklinik oder die Durchführung einer stationären Behandlung als sinnvoll und zumutbar (act. II 157.3/12 f. Ziff. 8.3 f.). Unter diesen Umständen kann nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungs- und Eingliederungsresistenz die Rede sein.

Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, bestehen neben der mittelgradigen depressiven Episode zwar somatische Erkrankungen (mittelschweres Asthma bronchiale, arterielle Hypertonie, Adipositas, diffuser Schmerz im Bereich der linken M. pectoralis-Region und ausgeprägte Senkfüsse; act. II 157.1/5 Ziff. 4.3.1 f.). Laut den medexperts-Gutachtern wirkt sich in einer angepassten Tätigkeit jedoch einzig der psychiatrische Befund limitierend aus, nicht hingegen der somatische (act. II 157.1/6 Ziff. 4.5). Überdies hat der psychiatrische Gutachter keine Wechselwirkungen zwischen der depressiven Episode und anderen Diagnosen postuliert. Mithin bestehen keine Interferenzen durch psychiatrische bzw. keine wesentlichen durch somatische Komorbiditäten.

**4.2.2** Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) diagnostizierte der Gutachter keine Persönlichkeitsstörung oder

-akzentuierung. Vielmehr stellte er eine normale Persönlichkeit fest und führte in diesem Zusammenhang aus, dass der Beschwerdeführer in der Schweiz während 21 Jahren an der gleichen Arbeitsstelle tätig gewesen sei, wo er zum ... habe aufsteigen können. Arbeitsunfähig sei er wegen den Lungenproblemen und nicht wegen Problemen mit anderen Menschen geworden; Hinweise, dass er im Berufsleben jemals grössere Probleme mit anderen Menschen gehabt hätte, bestünden keine. (act. II 157.3/8).

**4.2.3** In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwar sozial eher zurückgezogen lebt, jedoch kein ausgeprägter sozialer Rückzug vorliegt. Der Beschwerdeführer lebt zusammen mit seiner (abgeschiedenen) Ehefrau in einer 4-Zimmerwohnung. Seinen Kontakt zu den meist ... Kollegen habe er mit der Arbeitsaufgabe verloren (act. II 157.4/3). Zu Verwandten habe er nur wenig, hingegen mit einer Schwester einen guten Kontakt. Auch zu den Eltern in ... bestehe nur wenig Kontakt, im September 2022 sei er das letzte Mal in ... gewesen (act. II 157.1/4, 157.2/3, 157.3/3, 157.4/3). Der psychiatrische Gutachter bezeichnete das Privatleben als normal. Der Beschwerdeführer führe eine gute, lange und stabile Ehe (recte: Beziehung) und liebe seine beiden Söhne (act. II 157.3/8); seine intakte Familie könne als Ressource betrachtet werden (act. II 157.1/6 Ziff. 4.4). Mithin verfügt er zwar über geringe persönliche und soziale Ressourcen. Doch kann die sozial zurückgezogene Lebensweise nicht als Folge des psychischen Leidens gewertet werden, steht doch diese vielmehr in einem engen Zusammenhang mit den sozioökonomischen und soziokulturellen Folgen des Stellenverlusts (Abbruch der ausschliesslich mit Arbeitskollegen gepflegten Kontakte, Sozialhilfebedürftigkeit, Schamgefühle etc.; vgl. dazu insb. act. II 157.3/3).

**4.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

**4.3.1** Bezüglich des Indikators der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) schilderte der Beschwerdeführer ein äusserst bescheidenes Aktivitätenniveau im Alltag; er verbringe den ganzen Tag fast ausschliesslich zu Hause, er gehe nur selten nach draussen, weil er Angst

habe, dass ihn die anderen Menschen wegen seiner Krankheit komisch anschauten, er könne im Haushalt kaum helfen, er habe keine Freizeitbeschäftigungen (act. II 157.3/3 Ziff. 3.2.10). In Widerspruch hierzu steht jedoch, dass der Beschwerdeführer in der Lage war, im Sommer 2022 für mehrere Wochen in die ... zu reisen (act. II 157.2/8 f.) und er eine gut ausgeprägte Muskulatur an Armen und Beinen sowie eine normale Beschwiellung der Fusssohlen hat, was auf eine durchaus erhaltene körperliche Aktivität schliessen lässt; gemäss der orthopädischen Gutachterin wäre nach nunmehr fast dreijähriger Schonung ein Abbau der Muskulatur zu erwarten gewesen (act. II 157.2/6 Ziff. 6.2). Im Übrigen wiesen die Gutachter der MEDAS G.\_\_\_\_\_ denn auch darauf hin, dass die Angabe einer nahezu völligen Unfähigkeit, im Alltag auch nur leichte bis leichteste körperliche Belastungen zu tolerieren, anhand der erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar sei (act. II 157.1/5 Ziff. 4.2). Vor diesem Hintergrund scheint das geltend gemachte niedrige Niveau der Alltagsaktivitäten wenig glaubwürdig.

**4.3.2** In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist nicht von einem hohen Leidensdruck auszugehen. Wie zuvor ausgeführt, befindet sich der Beschwerdeführer erst seit Februar 2022 (wieder) in ambulanter psychiatrischer Behandlung und der Plasmaspiegel der verordneten Medikamente lag unterhalb des therapeutisch wirksamen Bereichs. Eine Teilnahme in einer Tagesklinik oder ein stationärer Aufenthalt erfolgte bisher nicht, womit noch wesentliche und gutachterlich als sinnvoll und auch zumutbar bezeichnete Therapieoptionen offen stehen (act. II 157.3/3, /5, 12 f., 157.7; vgl. E. 4.2.1 hiervor).

**4.4** In der Gesamtbetrachtung sind keine sachverhaltlichen Faktoren auszumachen, die vorliegend ein Abweichen vom höchstrichterlichen Grundsatz zur Beurteilung von leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen nach BGE 148 V 49 gebieten bzw. erlauben. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ist somit zu verneinen. Vor diesem Hintergrund ist auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit (act. II 157.1/6, 157.3/11) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. Damit ist

gestützt auf die Beurteilung der somatischen Gutachter der MEDAS G.\_\_\_\_\_ von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. act. II 157.1/6 Ziff. 6) und ausgehend davon nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

## **5.**

**5.1** 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).

**5.2** 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 Lohnstrukturhebungen (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, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 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).

**5.3** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres (vgl. E. 2.4 hiavor; gutachterlich attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit Februar 2020; act. II 157.1/6 Ziff. 4.6) und der Anmeldung im September 2020 (act. II 10) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf März 2021. Auf diesen Zeitpunkt hin ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen bzw. der IV-Grad zu bestimmen.

**5.4** Das Valideneinkommen ist entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin gestützt auf den zuletzt erzielten Lohn bei der C.\_\_\_\_\_ AG festzulegen, da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer im hypothetischen Gesundheitsfall immer noch bei dieser Arbeitgeberin tätig wäre; das langjährige Arbeitsverhältnis (seit Oktober 2000) wurde von dieser aus gesundheitlichen Gründen per Ende November 2020 aufgelöst (act. II 9, 10/6, 28/1). Anhaltspunkte, wonach der Be-

schwerdeführer im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns als Gesunder überwiegend wahrscheinlich bei einer anderen Arbeitgeberin oder in einem anderen Tätigkeitsbereich beschäftigt gewesen wäre, sind nicht ersichtlich. Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin betrug der AHV-pflichtige Lohn im Jahr 2019 Fr. 101'095.-- (act. II 24, 28/5, 30.2). Indexiert auf das Jahr 2021 resultiert ein (verglichen mit der angefochtenen Verfügung leicht höheres [act. II 173/3]) Valideneinkommen von Fr. 100'896.20 (Fr. 101'095.-- / 101.7 x 101.5 [BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2022, lit. C NOGA-Wirtschaftszweig Ziff. 10-33, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Indices 2019 bzw. 2021]).

Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist beim Invalideneinkommen mit der Beschwerdegegnerin auf die statistischen Lohnangaben abzustellen, jedoch auf diejenigen der LSE 2020 (vgl. zum Ganzen Entscheid des BGer vom 17. Dezember 2021, 8C\_202/2021, E. 6.2; Veröffentlichung LSE 2020: 23. August 2022; Verfügungsdatum betreffend Rente: 12. Juni 2023; act. II 173), Total, Männer, Kompetenzniveau 1, entsprechend monatlich Fr. 5'261.--. Dies ergibt an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) angepasst und indexiert auf das Jahr 2021 (BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2022, Total, Indices 2020 bzw. 2021) ein Invalideneinkommen von Fr. 65'368.70 (Fr. 5'261.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.2 x 102.5). Einen Abzug vom Tabellenlohn hat die Verwaltung zu Recht nicht vorgenommen. Die gesundheitlichen Einschränkungen fanden im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bereits genügend Eingang und dürfen damit nicht (noch einmal) in die Bemessung eines leidensbedingten Abzugs einfließen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (vgl. SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2). Auch wenn dem Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte Tätigkeiten unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen zumutbar sind (act. 157.1/6 Ziff. 4.7, 157.5/8 Ziff. 7.2), stellt dies grundsätzlich keinen Grund für einen leidensbedingten Abzug dar, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Dezember 2020, 8C\_725/2020, E. 4.4.2, vom 24. Januar 2020, 8C\_586/2019,

E. 5.3.1, und vom 8. Oktober 2019, 9C\_447/2019, E. 4.3.2). Der Beschwerdeführer ist damit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der eine breite Palette von Hilfstätigkeiten bietet (leichtere Kontroll-, Überwachungs- oder administrative Tätigkeiten), nicht übermässig eingeschränkt und es werden entsprechende Tätigkeiten altersunabhängig nachgefragt, weshalb sich auch der Faktor Alter nicht lohnsenkend, sondern im Kompetenzniveau 1 sogar lohnerhöhend auswirkt (Entscheid des BGer vom 15. März 2017, 8C\_14/2017, E. 6.3). Fehlende Sprachkenntnisse sowie Dienstjahre rechtfertigen in diesem Bereich ebenfalls keinen Abzug (Entscheide des BGer vom 25. November 2021, 8C\_627/2021, E. 7.2, und vom 19. Mai 2020, 9C\_18/2020, E. 6.2.3). Mit Blick auf die ausländische Herkunft des Beschwerdeführers (act. II 10 f.) ergibt sich, dass Männer mit Niederlassungsbewilligung C ohne Kaderfunktion zwar weniger als Schweizer verdienen (vgl. LSE 2020, Tabelle TA12 [Monatlicher Bruttolohn, Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht]), aber mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Durchschnittseinkommen (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2021, 9C\_702/2020, E. 6.3.2).

**5.5** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert damit ein rentenauschiessender IV-Grad von gerundet 35 % ( $[\text{Fr. } 100'896.20 \text{ } ./ \text{ Fr. } 65'368.70] / \text{Fr. } 100'896.20 \times 100$ ; vgl. E. 2.4 hiavor und zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Die Beschwerdegegnerin hat somit einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezah-

lung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 4. September 2023) ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**6.3** Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt (vgl. Verfügung vom 4. September 2023) bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 14. September 2023 macht Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von total Fr. 4'441.45 (Fr. 4'050.-- [15 Stunden à Fr. 270.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 73.90 und Mehrwertsteuer [MWST] von Fr. 317.55 [7.7 % von Fr. 4'123.90]) geltend, was nicht zu beanstanden ist. Davon ist Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein Honorar von Fr. 3'310.60 (Fr. 3'000.-- [15 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 73.90 und MWST von Fr. 236.70 [7.7 % von Fr. 3'073.90]) auszurichten. Vorbehalten bleibt die

Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art.123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'441.45 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'310.60 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.