

200 23 597 IV
FUE/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. April 2024

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Schwitter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A._____, gelernter Automechaniker, seit 2010 als ... tätig gewesen, meldete sich im Juni 2016 unter Hinweis auf einen am 23. November 2015 erlittenen Sturz von einem ... bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, IIA], act. II 2). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen und gewährte berufliche Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsplatzerhalt [act. II 16], Arbeitsmarktlich-Medizinische-Abklärung [AMA; act. II 25], Belastbarkeitstraining [act. IIA 177]), Aufbautraining [act. IIA 188], Arbeitstraining [act. IIA 206], Coaching-Leistung [act. IIA 208, 263], Arbeitsvermittlung [act. IIA 253], Arbeitsversuch [act. IIA 259], Vermittlungspauschale [act. IIA 283]). Darüber hinaus veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C._____ (Gutachten vom 4. Mai 2022 [act. IIA 220.1] samt Stellungnahme vom 30. August 2022 [act. IIA 249]). Die IVB schloss am 7. März 2023 die beruflichen Eingliederungsmassnahmen infolge erfolgreicher beruflicher Eingliederung ab (act. IIA 273) und sprach dem Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 267, 270, 274) mit Verfügung vom 20. Juni 2023 (act. IIA 289) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % rückwirkend von 1. Dezember 2016 bis 30. November 2018 sowie von 1. Juni 2019 bis 31. Dezember 2021 eine ganze Rente zu.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, mit Eingabe vom 23. August 2023 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm rückwirkend bis Mai 2022 eine ganze Rente und ab April 2022 (recte wohl: Mai 2022) eine unbefristete Dreiviertelsrente auszurichten; eventualiter sei ein polydisziplinäres Obergutachten einzuholen und ihm eine unbefristete Rente der IV auszurichten; unter Kostenfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 20. Oktober und 4. Dezember 2023 sowie am 4. März 2024 gingen weitere Eingaben des Beschwerdeführers beim Verwaltungsgericht ein.

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 20. Juni 2023 (act. IIA 289). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbe-

fugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch unter Einschluss der von 1. Dezember 2016 bis 30. November 2018 sowie von 1. Juni 2019 bis 31. Dezember 2021 befristet zugesprochenen ganzen 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.

In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dergestalt, dass die Beschwerdegegnerin ihm keine Gelegenheit gegeben habe, ebenfalls Zusatzfragen (recte: Ergänzungsfragen) zu stellen (Beschwerde S. 4 Ziff. 1). Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer vor der Begutachtung bereits umfangreiche Zusatzfragen eingereicht hatte, welche den Gutachtern allesamt unterbreitet (act. IIA 162 S. 3 f.; 192 S. 2) und durch diese ausführlich beantwortet wurden (vgl. act. IIA 220.1 S. 13 ff. Ziff. 4.9), trifft es zwar zu, dass ihm nach Vorliegen des Gutachtens nicht ausdrücklich Gelegenheit für die Stellung von Ergänzungsfragen eingeräumt wurde. Indes wäre es seiner auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts erfahrenen Rechtsvertretung auch ohne ausdrückliche Aufforderung von Seiten der IV-Stelle ohne Weiteres zumutbar gewesen, von sich aus Ergänzungsfragen einzureichen, sofern denn Anlass dazu bestanden hätte. Abgesehen davon ist diese Rüge verwirkt. Der Beschwerdeführer hat im Nachgang zur Akteneinsicht vom 20. Oktober 2022 (act. IIA 255), im Rahmen welcher er Kenntnis erhielt von der Ergänzungsfrage der Verwaltung sowie der Stellungnahme der MEDAS, weder eine entsprechende Rüge vorgebracht noch seinerseits Ergänzungsfragen gestellt, womit die erstmalige Geltendmachung im vorliegenden Beschwer-

deverfahren als offensichtlich verspätet zu qualifizieren ist (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; SVR 2022 AHV Nr. 7 S. 17 E. 4.1).

Weiter rügt der Beschwerdeführer sinngemäss die Verletzung des Rechts auf Akteneinsicht als Teilgehalt des rechtlichen Gehörs, weil sein Antrag auf Einsicht in die Rohdaten der neuropsychologischen Untersuchung verweigert worden sei, obwohl die Diagnosen einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung und einer leichten Intelligenzminderung angesichts der schulischen Karriere nicht nachvollziehbar seien (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 1). Rechtsprechungsgemäss besteht im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, etwa schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde. Das Gericht kann indessen zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens angezeigt erscheint (vgl. zum Ganzen SVR 2011 IV Nr. 47 S. 142; Entscheid des BGer vom 13. August 2020, 9C_718/2019, E. 4.2.4). Umstände, die den Beizug der Aufzeichnungen der neuropsychologischen Untersuchung gebieten würden, sind vorliegend keine ersichtlich. Weshalb die erhobenen Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen mit der Schulkarriere und dem Lehrabschluss (in ...) unvereinbar sein sollten, ist nicht erkennbar. Dies umso weniger, als gemäss der neuropsychologischen Expertin die im Rahmen der Begutachtung erhobene neuropsychologische Störung möglicherweise verstärkt wurde durch die Einnahme von Zolpidem, ein hohes Stressniveau bei der Aufgabenbearbeitung und leistungsmindernde Einflüsse aufgrund eines möglicherweise vorliegenden Schlafapnoesyndroms sowie der angegebenen Schmerzen (act. IIA 220.7 S. 11 Ziff. 7.2). Auch ist die Mehrzahl der in den oberen Bereichen der leichten Intelligenzminderung Eingestuftten – sofern dieser Diagnose gefolgt werden kann (E. 4.3.2 hiernach) – für eine Arbeit anlernbar, die eher praktische als schulische Fähigkeiten verlangt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 310). Mithin hat die Beschwerdegegnerin die Einsicht in die Rohdaten der neuropsychologischen Untersuchung zu Recht verwei-

gert (act. IIA 251), gilt es doch zu verhindern, dass neuropsychologische Tests resp. deren Rohdaten/Auswertungen allgemein bekannt werden und so ihre Validität verlieren (act. IIA 247 S. 2).

3.

3.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213).

Die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2023 (act. IIA 289) erging zwar nach Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020, doch liegt der frühest mögliche Rentenbeginn im Dezember 2016 (E. 5.3 hiernach). Damit ist der Rentenanspruch zunächst nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) zu beurteilen. Im Zeitpunkt des ersten und zweiten Revisionsgrundes per September 2018 bzw. März 2019 (vgl. E. 5.3 hiernach) ist weiterhin das bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Recht massgebend.

Gemäss lit. b der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 bleibt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (Abs. 1), wobei der bisherige Rentenanspruch auch nach einer Änderung des Invaliditätsgrades nach Art. 17 Abs. 1 ATSG bestehen bleibt, sofern die Anwendung von Art. 28b IVG zur Folge hat, dass der bisherige Rentenanspruch bei einer Erhöhung des Invaliditätsgrades sinkt oder bei einem Sinken des Invaliditätsgrades ansteigt (Abs. 2). Mit Blick auf den dritten Revisionsgrund per Oktober 2021 (vgl.

E. 5.3 hiernach) ergibt sich ab Januar 2022 und damit nach Inkrafttreten der Änderung des IVG eine Verbesserung von mindestens 5 % i.S.v. Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. E. 3.4.1 hiernach) und steigt der bisherige Rentenanspruch durch das Sinken des Invaliditätsgrades nicht an (vgl. E. 5.6 hiernach), weshalb ab diesem Zeitpunkt das seit 1. Januar 2022 geltende Recht mit dem Wechsel ins stufenlose Rentensystem zur Anwendung kommt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Juni 2023, 8C_658/2022, E. 3.2; vgl. auch Rz. 9102 und 9201 f. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; vgl. zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82).

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem

klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

3.3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3.2 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung) wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

3.4

3.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf

Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 % erhöht (lit. b).

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

3.4.3 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2020 IV Nr. 70 S. 244 E. 4.2.2).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 4. Mai 2022 (act. IIA 220.1) samt Stellungnahme vom 30. August 2022 (act. IIA 249).

4.1.1 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung; act. IIA 220.1 S. 6 ff. Ziff. 4) stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 f. Ziff. 4.3):

- Chronisches Schulter Syndrom rechts mit eingeschränkter schmerzhafter Beweglichkeit, speziell Dyskinesie des scapulothorakalen Gelenkes und periscapulären grossflächigen Tendomyosen/Insertionstendinosen am Thorax dorsalseitig, mit guter Funktion des Humeroscaphoidgelenkes bei:
 - Status nach Sturz vom ... aus 1m Höhe am 23. November 2015 mit SLAP-Läsion II und Partialruptur der Supraspinatussehne;
 - Status nach Schulterarthroskopie mit Bizepsstenomie und -tenodese (Dezember 2016);
 - Status nach diagnostischer SAS und intraartikulärem Débridement sowie partieller Kapsulektomie (Februar 2017);
 - Status nach Schulterarthroskopie, subacromialer Dekompression, Débridement glenohumeral und subacromial, Biopsieentnahme am 26. August 2019 bei Scapula-Dyskinesie nach antibiotischer Ausbehandlung eines Low-grade-Infektes;
 - Mikrobiologie vom 26. August 2019: kein Wachstum;
 - Status nach schmerztherapeutischen Interventionen Schulter rechts:
 - Status nach mehrfachen subacromialen Infiltrationen und Blockaden des Nervus suprascapularis;
 - Status nach pulsierter Radiofrequenzablation Nervus suprascapularis am 25. April 2019;
 - Status nach PRF Nervus suprascapularis am 3. Juli 2019;

- Status nach parascapulären Faszienblockaden;
- Röntgen BWS in zwei Ebenen vom 16. März 2022: Kyphosewinkel ca. 45° (BWK 1/BWK 12), S-förmige kurzbogige Skoliose der oberen thorakalen Hälfte mit einem linkskonvexen Scheitel kranial bei BWK 3 (Winkel nach Cobb 15°) und einem rechtskonvexen Scheitel bei BWK 7 (Winkel nach Cobb 10°);
- Leichte Intelligenzminderung IQ 68 (KI 95%: 59-77) mit
 - mittelgradiger neuropsychologischer Störung;
 - Störungen durch Zolpidem, gegenwärtiger Substanzgebrauch.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 9 f. Ziff. 4.3):

- Chronisches submalleoläres laterales Schmerzsyndrom rechts mit freier Beweglichkeit und stabiler Bandführung der Sprunggelenke bei
 - Status nach OSG-Supinationstrauma rechts nach ...sturz am 23. Oktober 2013;
 - MRI des OSG vom 11. November 2013: subtotale Ruptur des Ligamentum talofibulare anterius, ausgeprägte Zerrung des Ligamentum fibulocalcaneare und der Syndesmose ohne Nachweis einer wesentlichen Dehiszenz;
 - MRI des OSG rechts vom 8. Februar 2021: normale Darstellung der lateralen Bandsstrukturen, keine Tendinopathie, keine Signalalteration im Knochen;
 - Röntgen rechtes Sprunggelenk im Stehen vom 16. März 2022: hochgradige Abflachung des Fusslängsgewölbes, hochgradige Vorfussverbreiterung, es lassen sich keine signifikanten Verschleissveränderungen feststellen;
- Status nach Anpassungsstörung mit depressiv-ängstlicher Symptomatik bei schwieriger psychosozialer Belastungssituation, bei Status nach Unfall mit Verletzung der rechten Schulter 2015, Eheschwierigkeiten, Arbeitsplatzverlust und unklarer beruflicher Situation;
- Meralgia paraesthetica rechts (Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts; ICD-10 G57.1);
 - Rechts parieto-okzipitale Kopfschmerzen sehr wahrscheinlich tendomyogen bedingt bei rechtsseitiger Zervikalgie (ICD-10 R51, M54.82);
 - Rechtsseitige Zervikobrachialgie klinisch ohne Hinweise für eine zervikale radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik oder einer weiter peripher liegenden Nervenläsion (ICD-10 M53.1);
 - Status nach Neurapraxie des Nervus peroneus superficialis rechts mit chronischen Schmerzen und Fussheberschwäche bei Status nach Supinationstrauma rechts durch ...sturz am 23. Oktober 2013 (ICD-10 G57.3);
 - Status nach leichtem Schädelhirntrauma (Commotio cerebri) infolge Sturzes am 23. November 2015 (ICD-10 S06.0);
- Adipositas Grad I;
 - nächtliche Atemstillstände fremdanamnestisch, DD obstruktive Schlafapnoe.

Hinsichtlich der Gesamtarbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei allein aus orthopädischen Gründen als Hilfs... respektive für alle schweren Tätigkeiten seit dem 23. November 2015, als er sich

an der rechten Schulter verletzt habe, arbeitsunfähig (S. 11 Ziff. 4.5 f.). Schwerarbeit sei nicht möglich. In leichter und mittelschwerer Arbeitstätigkeit könne er keine Tätigkeiten über Schulterhöhe ausführen. Der rechte Arm könne nur wenig abduziert und nicht über die Schulterhöhe eleviert werden. Das repetitive Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm sei zu vermeiden. Ohne Abduktion und Anteversion könnten jedoch Gewichte bis zwanzig Kilogramm gehoben werden. Diese funktionellen Einschränkungen würden additiv gelten. Aufgrund der leichten Intelligenzminderung sowie unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzen von Seiten des Schulter-syndroms rechts sei der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt 70 % arbeitsfähig. Im zweiten Arbeitsmarkt könne er vollschichtig eingesetzt werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte sicher ab Gutachtensdatum, wo bezüglich der rechten Schulter ein stabiler Zustand angenommen und keine depressive Symptomatik mehr festgestellt werden könne, wahrscheinlich aber schon seit Oktober 2021, als der Beschwerdeführer zuerst zu 20 % respektive seit dem 1. Januar 2022 zu 50 % an geschützter Arbeitsstelle im Rahmen eines IV-Integrationsprogrammes zu arbeiten begonnen habe und es ihm auch psychisch besser gegangen sei. Ab Mai 2019 werde eine Anpassungsstörung mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit beschrieben, welche gemäss Akten auch im April 2020 noch bestanden habe. Am 26. August 2019 sei der Beschwerdeführer an der rechten Schulter operiert worden mit resultierender 100%iger Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen auch in angepasster Tätigkeit. Bis September 2020 seien verschiedene schmerztherapeutische Eingriffe im Schulterbereich durchgeführt worden. Retrospektiv könne die Arbeitsfähigkeit nicht anders beurteilt werden als durch die behandelnden Ärzte, auch wenn diese meist nicht alle heute bekannten Aspekte berücksichtigten respektive IV-fremde Faktoren mitbewerteten (S. 11 f. Ziff. 4.7).

Im internistischen (act. IIA 220.3 S. 10 Ziff. 8.1 f.) und neurologischen (act. IIA 220.5 S. 10 f. Ziff. 8.1 f.) Teilgutachten wurde aufgezeigt, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen.

Im orthopädischer Teilgutachten (act. IIA 220.4) wurde zur Schmerzsymptomatik am rechten Fuss ausgeführt, auslösend sei ein ...sturz mit OSG-Distorsion im Jahr 2013 gewesen, wobei es zu einer komplexen Läsion im

Sprunggelenksbereich gekommen sei. Bei der aktuellen Untersuchung sei die Schmerzhaftigkeit auf den submalleolären Bereich lateral rechts lokalisiert umschrieben worden. Es habe sich ein Rückfussvalgus und eine Abflachung des Fusslängsgewölbes ergeben. Die Beweglichkeit in den Sprunggelenken sei regelrecht gewesen. Die aktuelle Symptomatik sei ausschliesslich als Ausdruck eines dekompensierenden Knick-Senk-Spreizfusses zu interpretieren bei Schwäche der Fussmuskulatur und Gewichtszunahme (zehn bis fünfzehn Kilogramm in den letzten Jahren). Es ergäben sich keine residualen ligamentären Insuffizienzen, auch nicht an der Syndesmose. Es würden keine Einlagen getragen, um das Fusslängsgewölbe anzuheben und das laterale submalleoläre Gelenk zu entlasten. Diese einfache Massnahme würde mit Wahrscheinlichkeit eine rasche Symptomlinderung erbringen. Zur Schulterschmerzsymptomatik wurde rapportiert, der Beschwerdeführer sei am 23. November 2015 vom ... gestürzt. Festgestellt worden seien eine beginnende Omarthrose, eine Impingement-Konstellation der rechten Schulter sowie eine SLAP-Läsion Typ II. Die aktuell beklagte Symptomatik im Bereich des Schultergürtels rechts sei auf der Rückseite des Schultergelenkes, auf die Schulterblattregion, auf die rechtsseitigen Costotransversalgelenke, speziell im Kyphose-scheitel lokalisiert worden. Das Glenohumeralgelenk selbst habe nur geringe Funktionsstörungen gezeigt. Es hätten keine Auffälligkeiten im Bereich der Rotatorenmanschette, am AC-Gelenk oder an der Bizepsrinne bestanden. Beide Schultergelenke hätten protrahiert bei Pectoralisverkürzung gewirkt. Stark eingeschränkt sei die Beweglichkeit des Schulterblattes rechts mit persicapulären Schmerzpunkten, die periscapulären Sehnenansätze und vor allem auch die Costotransversalgelenke betreffend, speziell im Scheitelbereich. Entsprechend seien die endgradigen Anteversions- und Abduktionsbewegungen schmerzhaft gewesen, wobei physiologische Bewegungsausmasse hätten erreicht werden können. Röntgenologisch habe sich am rechten Schultergelenk selbst keine Auffälligkeit gezeigt. Bemerkenswert sei in der Röntgendarstellung der BWS a.p. eine kurzbogige s-förmige Skoliose der oberen Hälfte. In Anbetracht der ungewöhnlichen Schmerzhaftigkeit der Costotransversalgelenke im thorakalen Kyphose-scheitel und in der oberen BWS Hälfte rechts sei von dieser s-förmigen Skoliose ein negativer Einfluss auf die Schmerzunterhaltung des Costotransversalgelenkes und auf die gesamte periskapuläre Schmerzhaftig-

keit/Funktionsstörung rechts abzuleiten. Unter Berücksichtigung der Bildgebungen und der Aktenunterlagen sei somit von einem residualen Zustand nach antibiotischer Behandlung eines Low-grade-Infektes mit *Propionibacterium acnes* 3/4, einer Schultersteife mit persistierender zwischenzeitlich multifaktorieller Dyskinesie der rechten Schulter, speziell aber des Schulterblattes mit reaktiven flächigen Tendomyosen im mittlern Drittel des Musculus trapezius, und reaktiven Irritationen der Costotransversalgelenke auszugehen. Es sei diesbezüglich ein Endzustand mit einer bleibenden Einschränkung der Funktion der rechten Schulter anzunehmen, speziell für Arbeiten über Schulterhöhe. Hinsichtlich der Symptomatik an der Aussenseite des rechten Oberschenkels sei ein Reizzustand am Trochanter major am Ansatz der Glutealmuskulatur rechts festzustellen gewesen. Dieser könne bei freier Beweglichkeit der Hüftgelenke und unauffälligen Iliosakralgelenken als Ausdruck einer Insertionstendinose bei Beinlängendifferenz (Verkürzung links ca. 1.5 cm), Adipositas und abnehmender muskulärer Balance interpretiert werden (S. 6 ff. Ziff. 6.1). Bezüglich der rechten Schulter seien sämtliche Tätigkeiten über Schulterhöhe nicht zuzumuten. Die Belastbarkeit des rechten Armes in angelegter Position sei leicht vermindert (S. 11 Ziff. 7.2). Die Tätigkeit als Hilfs... könne seit dem 23. November 2015 (Sturz vom ...) nicht mehr durchgeführt werden (S. 11 Ziff. 8.1). Eine angepasste, hinsichtlich der rechten oberen Extremität wechselpositionierte leichte Tätigkeit ohne Hantieren über Kopfhöhe mit dem rechten dominanten Arm sei zumutbar. Diese Einschätzung gelte seit etwa acht Wochen nach der zuletzt durchgeführten Operation an der Schulter (S. 12 Ziff. 8.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIA 220.6) wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Hilfs..., was einer intellektuell einfachen Tätigkeit entspreche, und in einer angepassten (intellektuell sehr einfachen) Tätigkeit 100 % arbeitsfähig sei. Für das Erlernen jeder neuen Tätigkeit benötige er mehr Zeit und Anleitung. Zu beachten sei, dass wegen der körperlichen Einschränkungen und des niedrigen intellektuellen Niveaus viele Alternativtätigkeiten nicht in Frage kämen (S. 13 Ziff. 8.1 f.).

Im neuropsychologischen Teilgutachten (act. IIA 220.7) wurde berichtet, das intellektuelle Leistungsvermögen sei gemäss den erhobenen Befunden im Bereich einer leichten Intelligenzminderung angesiedelt. Gesamthaft entsprächen die objektivierten kognitiven Befunde formal einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung. Diese sei in erster Linie im Rahmen der niedrigen schulischen Bildung sowie des niedrigen intellektuellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers erklärbar (S. 9 f. Ziff. 6.3). Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Hilfs... eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die wahrgenommenen Schmerzen wirkten sich leistungsmindernd aus und begründeten einen erhöhten Pausenbedarf im Umfang von 20 % (bezogen auf ein Vollpensum; S. 12 Ziff. 8.1). Auch in einer angepassten Arbeitssituation im angestammten Arbeitsumfeld sowie in jeglicher Verweistätigkeit bestehe aufgrund der neuropsychologischen Befunde eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (bezogen auf ein Vollpensum), auch hier seien die chronischen Schmerzen als leistungsmindernde Faktoren zu berücksichtigen. Wie auch die angestammte Tätigkeit als Hilfs... bedinge eine angepasste Arbeitssituation kognitiv einfache und klar strukturierte, kurze Aufgabenstellungen, ohne viel Ablenkung. Die Arbeitsprozesse sollten möglichst seriell zu erledigen und weitgehend automatisiert und überlernt sein. Anforderungen an die Merkfähigkeit seien zu minimieren. Sehr wichtig sei eine Selbstbestimmung der Pausengestaltung. Der Beschwerdeführer sei nur mit entsprechendem Mehraufwand in der Lage, neue Arbeitsschritte und neues Fachwissen zu lernen. Erfolgreich Gelerntes gehe jedoch nicht vermehrt vergessen (S. 13 Ziff. 8.2).

4.1.2 In der Stellungnahme vom 30. August 2020 (act. IIA 249; vgl. Rückfrage vom 29. Juni 2022 [act. IIA 226]) wurde in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit festgehalten, wie im Gutachten beschrieben resultierten aus orthopädischer Sicht einerseits qualitative Einschränkungen und andererseits bewegungsabhängige chronische Schmerzen, welche auch bei optimal angepasster Arbeit nicht vollständig vermieden werden könnten. Wegen dieser Schmerzen werde von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Rendementverminderung von 10 % ausgegangen, welche additiv sei zu der 20%igen Einschränkung

aufgrund der neuropsychologischen Störung. Daraus resultiere die interdisziplinär definierte Arbeitsfähigkeit von 70 %.

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

4.3

4.3.1 Das MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2022 (act. IIA 220.1) samt Stellungnahme vom 30. August 2022 (act. IIA 249) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen

Expertise gestellten Anforderungen (zur interdisziplinär gestellten Diagnose einer Intelligenzminderung vgl. jedoch E. 4.3.2 hernach). Die Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der 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. Was der Beschwerdeführer in formeller oder materieller Hinsicht gegen das Gutachten vorbringt, verfängt – wie in E. 4.3.2 hiernach aufgezeigt wird – nicht.

4.3.2 Der Beschwerdeführer moniert zunächst, kein einziges Teilgutachten sei unterschrieben, weshalb sie nicht verwertbar seien, schreibe das BSV doch ausdrücklich vor, dass die Teilgutachten unterschrieben werden müssten (Beschwerde S. 4 Ziff. 1). Damit dringt er nicht durch. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist nicht die Unterzeichnung der einzelnen Teilgutachten massgeblich, sondern vielmehr, dass die mitwirkenden Gutachter die interdisziplinäre Expertise als solche unterzeichnen und an der Gesamtbesprechung teilgenommen haben (Entscheid des BGer vom 6. Oktober 2023, 8C_723/2022, E. 7.1). In Ziff. 5 der Konsensbeurteilung (act. IIA 220.1 S. 21) wurde denn auch festgehalten, dass die medizinische Beurteilung anlässlich einer gemeinsamen Sitzung erfolgte und sich die Unterzeichnenden mit den entsprechenden Fachgutachten sowie der Konsensbeurteilung einverstanden erklärten, was schliesslich durch sämtliche Experten durch handschriftliche Unterzeichnung bestätigt wurde. Mithin kann von fehlender Verwertbarkeit der Teilgutachten keine Rede sein. Dass die Neuropsychologin nicht an der Konsenssitzung teilnahm (Replik S. 2), schadet in concreto – weil hier keine relevanten Diskrepanzen zwischen den einzelnen Teilgutachten bestehen (S. 4 Ziff. 3 und S. 5 Ziff. 4.1.2 e contrario der Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin, Stand: 4.12.2020; zur gegenteiligen Konstellation: Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV/2021/761 vom 4. Juli 2022 E. 4.3.1) – nicht. Überdies bestätigte sie – wie vorstehend dargelegt – durch ihre Unterschrift explizit, dass sie mit der Konsensbeurteilung einverstanden war (vgl. act. IIA 220.1 S. 21 f. Ziff. 5).

Weiter ist auch die replicando vorgebrachte Rüge (S. 2) nicht stichhaltig, wonach die Anforderungen an die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Experten nicht erfüllt seien, weil diese die Bestätigung, wonach jeder Fachgutachter das Gutachten frei von Interessenbindungen, unparteiisch und in voller Unabhängigkeit ausgeführt habe, nicht unterzeichnet hätten, da diese Passage erst nach dem Schlusskonsens aufgeführt sei. Diesbezüglich ist erstens festzustellen, dass sich die Passage „Erklärung der Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität“ keineswegs mit der Bedeutung der Strafandrohung von Art. 307 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) bei einem Gerichtsgutachten zu vergleichen ist, dessen Beweiswert beim Fehlen der Strafandrohung erheblich herabgesetzt wäre (vgl. dazu ERIK FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 2019, S. 14 Fn. 134). Vielmehr ist diese Erklärung – die bei Lichte betrachtet eine Sammlung von Selbstverständlichkeiten für die Tätigkeit eines Gutachters enthält – rein deklaratorischer Natur und damit gänzlich irrelevant in Bezug auf den Beweiswert eines Administrativgutachtens. Zum anderen findet sich die genannte Erklärung auf derselben Seite wie bzw. nur wenige Zentimeter unter den Unterschriften der Gutachter (vgl. act. IIA 220.1 S. 22), sodass schlechterdings nicht nachvollziehbar ist, weshalb sie keine „Gültigkeit“ beanspruchen können sollte.

Betreffend die orthopädischen Aspekte macht der Beschwerdeführer geltend, nicht der orthopädische Sachverständige, sondern andere Gutachter hätten auf die Rückfrage (zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus orthopädischer Sicht) der Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2022 (act. IIA 226) geantwortet (Beschwerde S. 4 Ziff. 1). Diesbezüglich ist indes bereits mit Blick auf den Abgleich der Teilgutachten offenkundig, dass aus orthopädischer Sicht eine additive 10%ige Arbeitsunfähigkeit vorlag: In der interdisziplinären – von allen Gutachtern unterzeichneten und damit allseits für korrekt befundenen (act. IIA 220.1 S. 22 f. Ziff. 5) – Beurteilung wurde eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert. Aus neuropsychologischer Sicht wurde eine 20%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit als zumutbar erachtet, wohingegen der internistische Experte und die psychiatrische Gutachterin keine Arbeitsunfähigkeit attestierten, womit die aus orthopädischer Sicht nicht aus-

drücklich quantifizierte Arbeitsfähigkeit 90 % bzw. die Einschränkung 10 % betragen muss. Die 10%ige Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht bzw. die Gesamtarbeitsunfähigkeit von 30 % wurden denn auch mit Stellungnahme vom 30. August 2022 (act. IIA 249) bestätigt und namentlich durch den Fallführer unterzeichnet. Bei einer derart klaren Ausgangslage schadet nicht, dass der orthopädische Gutachter die Stellungnahme vom 30. August 2022 (act. IIA 249) nicht selbst unterzeichnete. Soweit der Beschwerdeführer in diesem Kontext rügt, im orthopädischen Gutachten fehlten Angaben namentlich zur Arbeitsfähigkeit (Beschwerde S. 5 Ziff. 2, Replik S. 3), trifft zwar zu, dass der orthopädische Sachverständige im Teलगutachten die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht bezifferte. Wie bereits aufgezeigt wurde, kann seine Einschätzung jedoch indirekt aus der Konsensbeurteilung herausgelesen werden, d.h. aus der Differenz der Gesamtarbeitsfähigkeit von 70 % und der aus neuropsychologischer Sicht attestierten Einschränkung von 20 %. Zudem wurde dieser geringfügige Mangel mittels Stellungnahme der Gutachter vom 30. August 2022 (act. IIA 249) behoben bzw. die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht explizit beziffert und dargelegt, dass diese Einschränkung additiv zu jener der aufgrund der neuropsychologischen Störung attestierten Einschränkung ist (S. 2).

Der Beschwerdeführer rügt alsdann, das orthopädische Zumutbarkeitsprofil sei unvollständig, weil auch das seitliche Bewegen und Drehen des rechten Armes schmerzhaft und eingeschränkt sei (Replik S. 3). Der Orthopäde legte jedoch dar, dass die „endgradigen Anteversions- und Abduktionsbewegungen“ schmerzhaft gewesen seien (act. IIA 220.4 S. 8 Ziff. 6.1), mithin die Bewegungen in ihrem maximalen Ausmass. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass nicht endgradige Bewegungen nicht schmerzhaft waren und damit zumutbar sind, was überdies aus dem interdisziplinären Zumutbarkeitsprofil hervorgeht, wonach der rechte Arm „nur wenig abduziert und nicht über die Schulterhöhe eleviert werden kann“ (act. IIA 220.1 S. 11 Ziff. 4.5). Dass das Bewegen und Drehen des rechten Armes gänzlich unzumutbar wäre, findet denn auch keinerlei Rückhalt in den übrigen medizinischen Akten und auch die D._____ ging nicht von einer solchen Einschränkung aus (vgl. hierzu act. IIA 101 S. 2).

Weiter beanstandet der Beschwerdeführer, das Zumutbarkeitsprofil gemäss orthopädischem Gutachten decke sich nicht mit dem Zumutbarkeitsprofil gemäss Konsensbeurteilung (Beschwerde S. 5 Ziff. 2). Es trifft zwar zu, dass die Zumutbarkeitsprofile nicht vollständig deckungsgleich sind, ohne dass diese Divergenz in der Konsensbeurteilung aufgelöst wird. Auf eine entsprechende Rückfrage bei den Gutachtern kann indes verzichtet werden, denn selbst wenn – zu Gunsten des Beschwerdeführers – das einschränkendere Zumutbarkeitsprofil des Orthopäden massgebend wäre (leichte wechselbelastende Tätigkeit anstelle von mittelschweren Tätigkeiten), änderte dies am Ergebnis nichts (vgl. E. 5.5 hiernach).

In Bezug auf die Neuropsychologie rügt der Beschwerdeführer, das neuropsychologische Zumutbarkeitsprofil, wonach namentlich eine selbstbestimmte Pausengestaltung wichtig sei, werde im interdisziplinären Konsens nicht (nochmals) vollständig wiedergegeben (Beschwerde S. 6 Ziff. 2, Replik S. 6). Dies trifft zwar ebenfalls zu. Die entscheidenden Elemente der neuropsychologischen Beurteilung, namentlich, dass eine 20%ige Leistungsminderung aufgrund des durch die chronischen Schmerzen erhöhten Pausenbedarfs resultiert, wurden in der Konsensbeurteilung jedoch berücksichtigt (vgl. act. IIA 220.1 S. 11 Ziff. 4.7), sodass der Beweiskraft der Expertise nicht gemindert wird.

Der Beschwerdeführer vertritt des Weiteren die Ansicht, das neuropsychologische Teilgutachten sei nicht schlüssig, weil die diagnostizierte mittelgradige neuropsychologische Störung gemäss den einschlägigen Richtlinien eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 bis 70 % bewirke (Beschwerde S. 6 Ziff. 2, Replik S. 4). Diese Kritik basiert offenkundig auf den Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit (FREI ET AL., Zeitschrift für Neuropsychologie [2016], 27 [2], 107-119). Zu den „orientierenden Richtwerten“ wird unter den Anmerkungen festgehalten, es handle sich lediglich um orientierende Angaben. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit könne jedoch – in Abhängigkeit der Charakteristika einer Störung sowie des jeweiligen beruflichen Anforderungsprofils – erheblich von diesen Richtwerten abweichen. Mithin handelt es sich nicht um fixe Grössen, sondern um blosse Orientierungshilfen, wobei es in der Fachkompetenz des

neuropsychologischen Experten liegt, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde einerseits und des beruflichen Anforderungsprofils andererseits abzugeben. Dass die Expertin die Leistungsminderung auf 20 % veranschlagte, wobei sie die geschilderte Alltags- und Berufsfunktionalität berücksichtigte, die weitgehend unauffällig sind (act. IIA 220.7 S. 9 Ziff. 6.2, S. 12 f. Ziff. 8.1 f.), ist damit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nachvollziehbar und schlüssig. Die gegenteiligen laienmedizinischen Überlegungen des Beschwerdeführers sind unbehelflich (vgl. Entscheid des BGer vom 29. November 2023, 8C_403/2023, E. 5.4).

Ins Leere zielt sodann das Vorbringen, wonach der Beschwerdeführer die Töne in der neuropsychologischen Untersuchung nicht habe hören können, weshalb eine HNO-Untersuchung hätte durchgeführt werden müssen (Beschwerde S. 8 Ziff. 2, Replik S. 2 und 6). Die Neuropsychologin stellte lediglich fest, dass der Beschwerdeführer die Töne nicht voneinander habe abgrenzen bzw. unterscheiden („diskriminieren“) können (act. IIA 220.7 S. 5 Ziff. 4.1). Das Unvermögen, die abgespielten Töne zu unterscheiden, stellte offenkundig keinen Umstand dar, der eine HNO-Untersuchung notwendig gemacht hätte, steht es doch im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (SVR 2021 UV Nr. 19 S. 96 E. 6.4; Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2), wobei hier kein Beizug eines weiteren Experten erfolgte.

Der Beschwerdeführer beanstandet weiter, in der Konsensbeurteilung werde die gesicherte Diagnose einer Minderintelligenz gestellt, obwohl die psychiatrische Gutachterin lediglich den Verdacht auf eine Minderintelligenz diagnostiziert habe (Beschwerde S. 7 Ziff. 2, Replik S. 5). Die von der psychiatrischen Expertin gestellte Verdachtsdiagnose (act. IIA 220.6 S. 11 Ziff. 6.3) reicht zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht aus (vgl. Entscheid des BGer vom 19. März 2018, 9C_795/2017, E. 3.1.2 mit Hinweisen), ist doch mit einer blossen Verdachtsdiagnose ein gesundheitliches Leiden nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. hierzu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 163 E. 3.3) erstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 3. November 2020, 8C_539/2020, E. 6.2.1). Ob die

interdisziplinär gestellte Diagnose einer Intelligenzminderung unter diesen Umständen überzeugt, kann letztlich offenbleiben. Denn selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers hiervon ausgegangen und die daraus postulierte Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt würde, änderte sich am Ergebnis nichts, wie nachfolgend aufgezeigt wird (E. 5.6 hiernach).

Weiter wird moniert, im psychiatrischen Teilgutachten werde eine Schmerzstörung ohne Begründung verneint, obschon der Beschwerdeführer den Schweregrad der Dauerschmerzen auf 5 und im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung auf 8 beziffert habe (Replik S. 6) und im psychiatrischen Teilgutachten werde die Schmerzstörung gar nicht abgehandelt, obwohl im Konsens festgehalten werde, die Kriterien für eine Schmerzstörung gemäss ICD-10 seien nicht erfüllt (Beschwerde S. 7 Ziff. 2). Hierzu ist festzuhalten, dass allein die Einstufung der Schmerzen auf einer Schmerzskala durch den Exploranden im Sinne einer rein subjektiv geäusserten Angabe („Beschwerde“) selbstredend nicht ausreicht, um die Diagnose einer Schmerzstörung zu stellen. Vielmehr ist für die Diagnosestellung die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 4. September 2023, 9C_234/2023, E. 3.2.3). Die psychiatrische Sachverständige hielt im Rahmen des psychopathologischen Befundes namentlich fest, es lägen keine Hinweise für eine Somatisierung vor (act. IIA 220.6 S. 8 Ziff. 4.3). Damit verneinte sie implizit auch das Vorliegen von Schmerzen im Sinne eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes als vorherrschende Beschwerde einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.5; vgl. dazu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 233; BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.). Mit Blick auf den insoweit unauffälligen psychopathologischen Befund und die Verhaltensbeobachtungen, die ebenfalls keinen Hinweis für einen quälenden Schmerz offenbarten (u.a. sass der Beschwerdeführer in der Wartezone und auch während der Exploration unauffällig bzw. ohne Drang nach Positionsänderung auf dem Stuhl; act. IIA 220.6 S. 7 Ziff. 4.1), leuchtet ein, dass die Psychiaterin im Rahmen der medizinischen Beurteilung die Kriterien für eine Schmerzstörung als nicht erfüllt erachtete (act. IIA 220.6 S. 11 Ziff. 6.1).

Ferner macht der Beschwerdeführer geltend, obschon die Fachleute der beruflichen Eingliederung ihn in der Tätigkeit als ... zu 50 % als optimal eingegliedert betrachtet hätten, sei die psychiatrische Sachverständige von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (Replik S. 6). Hierzu ist festzuhalten, dass berufspraktische Beobachtungen im Rahmen beruflicher Eingliederungsmassnahmen in erster Linie die erhobene, subjektive Arbeitsleistung wiedergeben. Rechtsprechungsgemäss obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in erster Linie den medizinischen Fachpersonen (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196).

Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, es sei stossend, dass im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnose gestellt worden sei, obwohl die vom behandelnden Psychiater beschriebenen Symptome zum Untersuchungszeitpunkt alle noch vorgelegen hätten und welche mit den neuropsychologischen Diagnosen nicht erklärt werden könnten (Beschwerde S. 7 Ziff. 2), sind seine Ausführungen bereits deshalb unbehelflich, weil er als medizinischer und psychiatrischer Laie für eine solche Beurteilung nicht befähigt ist (Entscheid des BGer vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1). Dasselbe gilt für seine Darlegungen hinsichtlich der – aus seiner Sicht – vorliegenden Restsymptome einer Depression (Beschwerde S. 7 Ziff. 2).

Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, der neurologische Gutachter sei nicht auf die Kopfschmerzen, welche Symptome eines postkontusionellen Syndroms sein könnten, und auf die neuropsychologischen Befunde, welche zu einem postkommotionellen Syndrom passen würden, eingegangen (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 2). Dem kann nicht gefolgt werden. Der Sachverständige legte nachvollziehbar dar, dass sehr wahrscheinlich tendomyogen bedingt parieto-okzipitale Kopfschmerzen bei Zervikobrachialgie rechts bestünden, klinisch ohne Hinweis auf eine zervikale radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik oder einer weiter peripher gelegenen neurogenen Läsion (act. IIA 220.5 S. 10 Ziff. 7.1). Sodann wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung, die von allen Experten unterschriftlich bestätigt wurde, bezugnehmend auf die diesbezügliche Ergänzungsfrage seitens der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers nachvollziehbar dar-

gelegt, dass keine Hinweise für ein postkommotionelles Syndrom vorlagen (act. IIA 220.1 S. 19 Ziff. 4.9.5).

4.3.3 Nach dem hiavor Ausgeführten ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2022 (act. IIA 220.1) samt Stellungnahme vom 30. August 2022 (act. IIA 249) erstellt, dass beim Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung ein chronisches Schulter Syndrom rechts mit eingeschränkter Beweglichkeit und eine Störung durch Zolpidem, gegenwärtiger Substanzgebrauch, vorlagen. Ob auch die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung (IQ 68; KI 95 %: 59-77) mit mittelgradiger neuropsychologischer Störung überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist, kann – wie bereits erwähnt (E. 4.3.2 hiavor) – mit Blick auf das Ergebnis offenbleiben. Weiter sind basierend auf der gutachterlichen Beurteilung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab dem 23. November 2015 (Sturz vom ... mit Schulterverletzung) sowie eine maximal 30%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab Oktober 2021 ausgewiesen (ohne Anerkennung der leichten Intelligenzminderung mit neuropsychologischer Störung verbliebe eine Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht von 10 %). Betreffend die Zeit davor konstatierten die Gutachter eine aktenmässig dokumentierte Anpassungsstörung ab Mai 2019 sowie eine Schulteroperation am 26. August 2019 mit anschliessenden schmerztherapeutischen Eingriffen, wobei sie betreffend die Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte verwiesen (act. IIA 220.1 S. 11 f. Ziff. 4.7). Schliesslich wurde ab September 2018 gemäss Abklärungsbericht AMA vom 13. September 2018 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert (act. II 35 S. 21). Hierauf ist abzustellen.

Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 1 Rechtsbegehren Ziff. 2) sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass darauf verzichtet werden kann (vgl. zur antizipierten 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).

Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

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

5.2

5.2.1 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).

5.2.2 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; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 64 E. 5.2.1.1).

5.3 Vorliegend ist seit November 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgewiesen (act. IIA 220.1 S. 11 Ziff. 4.5). Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt deshalb mit Blick auf die Anmeldung vom Juni 2016 (act. II 2) sowie unter Berücksichtigung der einjährigen Wartezeit von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie der sechsmonatigen Karenzfrist i.S.v. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Dezember 2016. Auf diesen Zeitpunkt hin wäre ein erster Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. E. 5.1 f. hiervor). Indes resultiert ab diesem Zeitpunkt aufgrund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (act. IIA 220.1 S. 11 Ziff. 4.5 und 4.7 i.V.m. act. II 15.41 S. 1 und 15.35 S. 1; für die Folgezeit: act. II 18.10 S. 1) ein Anspruch auf eine ganze Rente.

Gestützt auf den Abklärungsbericht AMA vom 13. September 2018 (act. II 35 S. 21) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass ab diesem Zeitpunkt wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätig-

keit bestand (vgl. act. IIA 289), was nicht zu beanstanden ist. Damit ist im September 2018 ein Revisionsgrund ausgewiesen und auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

Sodann ging die Beschwerdegegnerin per März 2019 – im Einklang mit der medizinischen Aktenlage (act. II 88 S. 3 i.V.m. act. IIA 220.1 S. 12 Ziff. 4.7) – von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aus psychiatrischer Sicht mit damit einhergehender gänzlicher Arbeitsunfähigkeit aus. Zusätzlich war die Arbeitsfähigkeit ab August 2019 auch aufgrund einer Operation an der rechten Schulter gänzlich aufgehoben (act. II 91.34). Damit liegt per März 2019 ein neuerlicher Revisionsgrund vor, womit abermals ein Einkommensvergleich vorzunehmen wäre. Wiederum resultiert jedoch aufgrund der vollständigen Erwerbsunfähigkeit ein Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. E. 3.3.1 hiervor), dies ab 1. Juni 2019 (Art. 88a Abs. 2 IVV), was unbestritten ist.

Ab Oktober 2021 ist gestützt auf die gutachterliche Einschätzung schliesslich von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (act. IIA 220.1 S. 12 Ziff. 4.7), womit ein dritter Revisionsgrund vorliegt und ein zweiter Einkommensvergleich vorzunehmen ist.

5.4 Der Beschwerdeführer war (seit dem 1. August 2010) bis zu seinem Unfall im November 2015 als Hilfs... für die E._____ AG tätig (vgl. act. II 9 S. 1 Ziff. 2). Damit kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfalle weiterhin dort tätig wäre (vgl. E. 5.2.1 hiervor). Für das Jahr 2016 ging die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen von Fr. 69'821.-- aus (act. IIA 289 S. 5). Gemäss Arbeitgeber betrug das Jahreseinkommen indes Fr. 69'550.-- (act. II 9 S. 4 Ziff. 5.1). Weiter setzte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen pro 2018 auf Fr. 70'435.--, pro 2019 auf Fr. 71'110.-- und pro 2021 auf Fr. 71'720.-- (vgl. act. IIA 289 S. 6) fest. Demgegenüber hätte sich das Einkommen gemäss Angaben des ehemaligen Arbeitgebers pro 2018 auf Fr. 73'850.--, pro 2019 auf Fr. 73'847.--, pro 2021 auf Fr. 72'340.-- belaufen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4 S. 9). Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers auf die vom ehemaligen Arbeitgeber nachträglich gemachten Angaben abgestellt würde, änderte sich – wie unter E. 5.6 f. hiernach aufzuzeigen sein wird – am Ergeb-

nis nichts. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, das hypothetische Valideinkommen betrage Fr. 75'000.-- betrifft dieser Betrag das vorliegend nicht relevante Jahr 2022 (vgl. act. I 4 S. 9). Weitere Abklärungen (Edition der Lohnkonti der ...; vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1) erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung angesichts der erwähnten Angaben des ehemaligen Arbeitgebers, die zu Gunsten des Beschwerdeführers Samstagarbeit im früher geleistetem Umfang auch für die hier interessierenden Jahre berücksichtigt.

5.5 Der Beschwerdeführer verwertet seine Restarbeitsfähigkeit mit der Tätigkeit als ... und einer wöchentlichen Arbeitszeit von 22 Stunden pro Woche nicht vollständig. Darüber hinaus geht er dieser Tätigkeit erst seit 1. März 2023 nach (vgl. hierzu act. IIA 272 S. 2). Mithin stellte die Beschwerdegegnerin – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 3) – mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. IIA 220.1 S. 11 Ziff. 4.5) zur Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht auf Tabellenlöhne resp. auf den Totalwert, Männer, Kompetenzniveau 1, der TA1_tirage_skill_level ab.

Der von der Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invalideneinkommens pro 2018 zusätzlich zur 20%igen Arbeitsunfähigkeit gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % erscheint sehr grosszügig, gibt aber noch keinen Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen.

Dass die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invalideneinkommens pro 2021 keinen Abzug mehr gewährte (vgl. act. IIA 289), ist nicht zu beanstanden, wurde doch sämtlichen Einschränkungen mit der um 30 % verminderten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Rahmen des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils bereits hinreichend Rechnung getragen, sodass diese nicht zusätzlich mittels leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen sind (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 7. März 2014, 9C_841/2013, E. 4.6). Insbesondere die Limitierung, dass hinsichtlich der rechten oberen Extremität nur noch leichte, wechsellagernde Tätigkeiten zumutbar sind (act. IIA 220.4 S. 12), stellt keinen Grund für einen Abzug dar (Entscheid des BGer vom 8. Oktober 2019, E. 4.3.2). Auch wurde im Zumutbarkeitsprofil der Bedarf an zusätzlichen Pausen bereits hinreichend berücksichtigt, nämlich im Umfang einer Arbeitsunfähigkeit von

20 %. Die weiteren Ausführungen des Beschwerdeführers (Replik S. 7), wonach der leidensbedingte Abzug mit der Weiterentwicklung der IV nicht abgeschafft worden sei (vgl. dazu BVR 2023 S. 552 E. 5.3.4), zielen an der Sache vorbei, geht es hier doch um den Einkommensvergleich pro 2021 und nicht pro 2022.

Für das Jahr 2018 resultiert gestützt auf die TA1_tirage_skill_level, Totalwert, Männer, Kompetenzniveau 1 (2018: Fr. 5'417.--; 2020: Fr. 5'261.--), angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, lit. A-S Ziff. 01-96 Total, 2018: 41.7; 2021: 41.7) bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 48'792.-- (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 x 0.8 x 0.9). Was das Jahr 2021 betrifft, resultiert angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit und indexiert pro 2021 (gemäss Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer 2016 - 2022, lit. B-S Ziff. 05-96 Total, 2020: 103.2, 2021: 102.5) und bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ein Invalideneinkommen von Fr. 45'758.10 (Fr. 5'261.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.2 x 102.5 x 0.7).

5.6 Folglich resultiert ab September 2018 – zu Gunsten des Beschwerdeführers – unter Berücksichtigung des nachträglich vom Arbeitgeber angegebenen Valideneinkommens ein (maximaler; E. 4.3.2 hiervor) Invaliditätsgrad von gerundet 34 % ([Fr. 73'850.-- ./ Fr. 48'792.-- x 100] / Fr. 73'850.--), womit unter Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Dezember 2018 kein Anspruch auf eine Rente mehr besteht (vgl. E. 3.3.1 hiervor).

Ab Oktober 2021 beträgt der (maximale) Invaliditätsgrad – wiederum unter Berücksichtigung des nachträglich vom Arbeitgeber angegebenen Valideneinkommens – gerundet 37 % ([Fr. 72'340.-- ./ Fr. 45'758.10.-- x 100] / Fr. 72'340.--). Damit hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Januar 2022 keinen Anspruch auf eine Rente mehr (vgl. E. 3.3.2 und 3.4.1 hiervor).

5.7 Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer befristet von 1. Dezember 2016 bis 30. November 2018 sowie von 1. Juni 2019 bis 31. Dezember 2021 Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Folglich ist die angefoch-

tene Verfügung vom 20. Juni 2023 (act. IIA 289) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 1. März 2024 inklusive Beilagen)
 - 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.