

IV 200 2023 806
MAK/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2025

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Oktober 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), ohne Berufsausbildung und zuletzt als ... bzw. ... tätig, meldete sich im Juni 2021 unter Hinweis auf Meniskus- und Rückenprobleme sowie eine Depression mit Angst und Panik bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 52) liess die IVB den Versicherten bidisziplinär (psychiatrisch und orthopädisch) begutachten (Expertise vom 30. September 2022; act. II 75.2). Der orthopädische Gutachter konnte noch keine abschliessende Beurteilung vornehmen (act. II 75.1/19 f. Ziff. 7.2 und /21 ff. Ziff. 8 f.). Nach Stabilisierung des Gesundheitszustands äusserte sich der RAD im Bericht vom 1. März 2023 zu fortbestehenden Einschränkungen und zum Zumutbarkeitsprofil (act. II 112). Ausserdem erstellte die IVB einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende (Bericht vom 2. März 2023; act. II 114). Nachdem Eingliederungsmassnahmen anfangs aus gesundheitlichen Gründen noch als nicht möglich erachtet worden waren (Mitteilung vom 28. März 2022; act. II 29), unterzeichnete der Versicherte (nach Aufforderung zur Schadenminderung; act. II 119) am 7. Juni 2023 eine Coachingvereinbarung für die Zeit vom 12. Juni bis 11. September 2023 (act. II 126). Da er am Coaching zur Suche eines temporären Einsatzplatzes (act. II 127) eigenen Angaben zufolge nicht teilnehmen konnte (vgl. act. II 129, 131, 135), wurde dieses per 12. Juli 2023 abgebrochen (act. II 131 f.) und der Anspruch auf berufliche Massnahmen wurde abgewiesen (act. II 140; vgl. auch act. II 134). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 133) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Oktober 2023 eine vom 1. Mai 2022 bis 31. Juli 2023 befristete ganze Rente zu (act. II 141).

B.

Mit an die IVB adressierter und von dieser zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, weitergeleiteter Beschwerde vom 7. November 2023 bzw. entsprechender Nachbesserung vom 13. Dezember 2023 beantragte der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt B._____, in Aufhebung der Rentenverfügung vom 11. Oktober 2023 (act. II 141) seien ihm weiterhin die gesetzlich vorgesehenen Rentenleistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. II 141). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang, ob der Sachverhalt richtig und vollständig festgestellt wurde.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis 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). Folglich ist der Rentenanspruch unter Einschluss der vom 1. Mai 2022 bis 31. Juli 2023 zugesprochenen ganzen Invalidenrente zu prüfen.

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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Abgesehen davon, dass die vorliegend angefochtene Verfügung am 11. Oktober 2023 (act. II 141) und damit nach dem 1. Ja-

nuar 2022 erging, liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potenziellen Entstehung des Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.3 nachfolgend). Somit sind vorliegend die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung massgebend (Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391).

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

2.3 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).

2.4 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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).

2.5 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 wiederherstellen, 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).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG 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.

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 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte anlässlich der Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie vom 29. Oktober 2019 die angegebenen Beschwerden eindeutig auf die im neuen MRI ersichtliche sequestrierte Diskushernie L4/5 links mit foraminale Neurokompression L4 zurück (act. II 8/20). Gleichentags erfolgte eine gezielte Infiltration (act. II 8/19).

3.1.2 Am 7. März 2021 suchte der Beschwerdeführer bei thorakalem Druckgefühl und grosser psychischer Belastung mit akuten Suizidgedanken das Notfallzentrum des Spitals D._____ auf. Letztere standen im Zusammenhang mit der Schliessung seines ... infolge der Corona-Pandemie, die beim Beschwerdeführer finanzielle Zukunftsängste auslöste. Von dort wurde er in die E._____ verlegt (act. II 8/13 ff.), wo er bis 9. April 2021 in stationärer Behandlung blieb. Diagnostiziert wurde eine Anpassungsstörung im Rahmen der Corona-Pandemie mit depressiver Symptomatik und Ängsten (ICD-10 F43.2). Nach Abschluss der stationären Behandlung wurde eine ambulante psychotherapeutische Behandlung initiiert (Austrittsbericht vom 10. Mai 2021 [act. II 8/9 ff.]).

Der Hausarzt, Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bescheinigte in diesem Zusammenhang eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 7. März bis 26. Mai 2021 (act. II 67/1 ff. und 21).

3.1.3 Vom 27. Mai 2021 bis 12. Juli 2021 und vom 19. Juli bis 20. September 2021 erfolgte eine weitere stationäre Behandlung auf freiwilliger Basis in der Klinik G._____. Der Unterbruch der stationären Behandlung erfolgte auf Initiative der Klinik, weil der Beschwerdeführer an einer grossflächig ausgeprägten Gürtelrose erkrankt war, die mit einer hohen Ansteckungsgefahr für andere Patienten einherging. Diagnostiziert wurde eine rezidivierende Depression, gegenwärtig schwergradige Episode mit ängstlichen und hypochondrischen Anteilen (ICD-10 F33.2). Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 27. Mai bis 30. September 2021 attestiert. Ziel des Beschwerdeführers sei es, sich baldmöglichst beim RAV als teilarfbeitsfähig zu melden und mit Unterstützung einer interinstitutionellen Zusammenarbeit (ALV, IV) den Wiedereinstieg über einen Programm- resp. Praktikumsplatz zu planen (Austrittsbericht vom 6. Oktober 2021 [act. II 14/2 ff. = 67/13 ff.; vgl. auch act. II 8/3 f.]).

3.1.4 PD Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in den Berichten vom 18. Juni und 26. Oktober 2021 eine Komplexläsion des Innenmeniskus sowie eine mässiggradige Gonarthrose rechts und eine Unterflächenläsion sowie eine beginnende mediale und fortgeschrittene patello-femorale Gonarthrose links. Durchgeführt wurden intraartikuläre Infiltrationen beidseits und begleitend Physiotherapie (act. II 8/1 f., 40/5 f.; vgl. auch act. II 8/5 ff., 40/3 f.). Am 17. Januar 2022 erfolgten schliesslich am rechten Knie eine arthroskopische mediale Teilmenisektomie, ein chondrales Débridement medialer Femurkondylus und eine Infiltration (act. II 84/10 f.).

3.1.5 Der den Beschwerdeführer ambulant behandelnde Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ging in den Berichten vom 2. November 2021 und 11. Mai 2022 von einem stationären Gesundheitszustand aus, wobei die depressive Episode noch mittelschwer (und nicht mehr schwer) sei (act. II 20/2 Ziff. 1 ff., 50/2 Ziff. 1 ff.). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 21. September bis 18. Oktober 2021, von 70 % vom 19. Oktober bis 3. Mai 2022 und von 50 % ab 4. Mai 2022 (act. II 20/3 Ziff. 11, 50/3 Ziff. 11), dies bei guter Prognose (act. II 20/3 Ziff. 9, 50/3 Ziff. 9).

3.1.6 Der Hausarzt bescheinigte im Bericht vom 2. April 2022 einen stationären Gesundheitszustand betreffend das rechte Knie (persistierende Knieschmerzen rechts bei Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie, chondralem Débridement und Infiltration am 17. Januar 2022) sowie einen gebesserten Zustand betreffend das linke Knie und psychischer Probleme (leicht weniger depressive Beschwerden). Er schrieb den Beschwerdeführer (bei guter Prognose) vom 17. Januar bis 28. Februar 2022 zu 100 % und ab 1. März 2022 zu 50 % arbeitsunfähig (act. II 37/2 ff.).

3.1.7 Im bidisziplinären Gutachten vom 30. September 2022 nannten Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1.) eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode, rezidivierend, (2.) eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1; vgl. dazu act. II 75.3/26 Ziff. 7.1), (3.) chronische Restbeschwerden an der Wirbelsäule (ICD-10 M54.4) bei/mit foraminale Diskushernie L4/L5 links und Status nach periradikulärer Infiltration L4 (29. Oktober 2019) sowie (4.) chronische Restbeschwerden am Knie rechts (ICD-10 M17.9) bei/mit (4.a) Status nach Lappenriss mit Übergang Innenmeniskus Hinterhorn zur Pas intermedia, grosser, umgeschlagener Meniskusanteil, deutlicher Reizzustand des Innenbandes, femoro-tibiale mediale Knorpelläsion Grad III-IV, retropatellärer Knorpelschaden Grad III-IV, (4.b) Unterflächenläsion, beginnende mediale und fortgeschrittene patellofemorale Gonarthrose links, (4.c) Status nach Kniegelenksarthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie, chondralem Débridement, Infiltration rechts (17. Januar 2022), (4.d) Status nach Implantation einer Schlittenprothese rechts (27. [recte: 17.] Juni 2022; act. II 75.2/7 f. Ziff. 4.3).

In orthopädischer Hinsicht habe sich laut dem Beschwerdeführer die Situation insgesamt gelindert. Aufgrund der erst einige Wochen zurückliegenden Implantation einer Schlitten- bzw. Hemiprothese rechts, worüber dem Gutachtersauftrag keine Berichte beiliegen, bestehe aus orthopädischer Sicht derzeit keine Arbeitsfähigkeit. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Som-

mer 2021. Fachorthopädisch sei die Behandlung noch im akuten Rehabilitationsstadium und bei weitem noch nicht abgeschlossen. Die Beurteilung der Kniegelenksbeschwerdesituation sei erst mit Eintritt des Endzustandes möglich. Dieser sei frühestens sechs, in der Regel neun, manchmal auch zwölf Monate nach der stattgehabten Intervention, also spätestens im Juni 2023 erreicht (act. II 75.2/6 Ziff. 4.1, /9 Ziff. 4.6). In Bezug auf die LWS-Beschwerdensymptomatik wird im orthopädischen Teilgutachten ausgeführt, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt, im Bereich der HWS in Zukunft aber von einer auftretenden Beschwerdesymptomatik auszugehen sei (act. II 75.1/20 Ziff. 7.2). Orthopädischerseits bestehe keine Indikation für die Durchführung medizinischer Massnahmen (act. II 75.2/12 Ziff. 4.8).

Aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als ungelernter Angestellter bzw. Selbstständigerwerbender in der ... in einem Pensum von 60 % tätig sein. Die von Dr. med. I. _____ gemachten Angaben zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit wirkten plausibel, wobei davon auszugehen sei, dass aufgrund des Status der Depression sehr viel eher von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % als von 50 % auszugehen sei. Das reduzierte Pensum ergebe sich aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs im Rahmen der Depression. In diesem Pensum bestehe keine Reduktion der Leistungsfähigkeit. Darauf deute hin, dass der Beschwerdeführer in seinem letzten Anstellung in der ... die an ihn gestellten Anforderungen habe erfüllen können und sich auch selbst in dieser Position relativ wohl gefühlt habe. Es sei ausschliesslich eine sich abzeichnende Knieoperation gewesen, welche den Arbeitgeber dazu bewogen habe, dem Beschwerdeführer seinen letzten Anstellung in der ... (ab 4. Mai 2022) zu kündigen (vgl. act. II 80). Auch seien die beim Beschwerdeführer vorliegenden neuropsychologischen Auffälligkeiten insgesamt nicht schwerwiegend und schienen zu einem relevanten Anteil auf sein prämorbidem Niveau rückführbar zu sein, da er nur wenig Schulbildung und auch sonstige Ausbildung wahrgenommen habe. Zudem habe er in jahrelanger Tätigkeit im ... so viele automatisierte Abläufe erlernen können, dass nicht mit relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (act. II 75.2/9 ff. Ziff. 4.6 f.). Mittels – dem Beschwerdeführer ohne weiteres zumutbaren – medizinischen Massnahmen (Aufdosierung bzw. Umstellung

der antidepressiven Medikation; Ausscheiden der Medikation mit Lorazepam) könne mit einer nennenswerten Verbesserung des Befundes und dessen funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Eine weitgehende Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (mindestens im Umfang von 80 %) erscheine sehr realistisch (act. II 75.2/12 Ziff. 4.8).

Empfohlen wurde eine bidisziplinäre Re-Evaluation nach einem Jahr (act. II 75.2/13).

3.1.8 Nachträglich holte die Beschwerdegegnerin die Operationsberichte vom 17. Januar 2022 (act. II 84/10 f.) und 17. Juni 2022 (act. II 84/5 = 88.2/7) ein. Es zeigte sich ein regelrechter Verlauf und das Aktivitätsniveau konnte weiter ausgebaut werden (Bericht vom 9. August 2022 [act. II 84/3 f.]). Anlässlich der Sprechstunde vom 6. September 2022 zeigte sich der Beschwerdeführer zufrieden mit dem Verlauf, beklagte aber noch Schmerzen auf der Innenseite des rechten Kniegelenks. Empfohlen wurde die Weiterführung der Physiotherapie und die Bearbeitung der Quadrizepsmuskulatur. Die Arbeitsunfähigkeit von noch 70 % (100 % vom 7. Juni bis 3. August 2022 und 70 % ab 4. August 2022; vgl. act. II 88.2) wurde bis 30. November 2022 verlängert (act. II 84/1 f.). Gegenüber der Krankentaggeldversicherung konkretisierte der behandelnde Orthopäde am 27. Oktober 2022, dass der Beschwerdeführer ab Dezember 2022 wieder zu 100 % sollte arbeiten können, zumal normalerweise drei Monate postoperativ eine Arbeitsfähigkeit als ... gegeben wäre (act. II 88.2/1). Auch PD Dr. med. H. _____ bestätigte am 6. Januar 2023 – bei zwar noch bestehenden Restbeschwerden, aber guter Prognose – aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sechs Monate postoperativ. Der Beschwerdeführer könne das Knie voll belasten und es gebe keine Einschränkungen nach der Implantation einer unikompartimentären Kniegelenksprothese (act. II 98). Auf telefonische Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin und gemäss Attest vom 13. Dezember 2022 wurde der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht wie folgt präzisiert: 70 % vom 1. bis 18. Dezember 2022, 50 % vom 19. Dezember 2022 bis 31. Januar 2023 und 0 % ab 1. Februar 2023; es würden keine Arbeitsunfähigkeitsatteste mehr ausgestellt (act. II 100, 105/2). Gleichwohl attestierte PD Dr. med. H. _____ im Februar 2023 – formal – nochmals eine Arbeitsun-

fähigkeit zu 50 % als ... bis 31. März 2023. Danach sei von einer theoretisch vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Für den Moment seien keine Verlaufskontrollen vorgesehen (act. II 105/1, 111/1 f.). Die Krankentaggeldversicherung übernahm diese Arbeitsunfähigkeiten (act. II 103).

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bezeichnete in der Aktenbeurteilung vom 1. März 2023 (act. II 112) den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stabil. Bleibend minderbelastbar seien die Wirbelsäule (degenerative Veränderungen) und Beine (operiertes Kniegelenk rechts und Gonarthrose links). Zumutbar seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender oder überwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 – 15 kg. Eine solche Tätigkeit könne ganztags ohne Leistungsminderung ausgeübt werden. Das Zumutbarkeitsprofil habe Gültigkeit seit dem 7. September 2022 (Datum Sprechstunde Kniechirurgie der behandelnden Ärzte des Ambulatoriums M._____ gemäss Bericht vom 23. September 2022 [act. II 84/1 f.]).

3.2

3.2.1 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 wider sprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 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. Aus-

schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.3 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, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.2.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlasseten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger

zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.2.5 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. II 141) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten vom 30. September 2022 (act. II 75.2) und der RAD-Aktenbeurteilung vom 1. März 2023 (act. II 112). Diese Einschätzungen erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2.2 ff. hiervor) und erbringen vollen Beweis:

3.3.1 Auf orthopädischem Fachgebiet sah der Gutachter die Arbeitsfähigkeit aufgrund chronischer Restbeschwerden an der Wirbelsäule bei/mit foraminale Diskushernie L4/L5 links und Status nach periradikulärer Infiltration L4 sowie chronischer Restbeschwerden am rechten Knie eingeschränkt (act. II 75.2/7 f. Ziff. 4.3.3 und 4.3.4). Ersteres ist dahingehend zu relativieren, dass dem orthopädischen Gutachter zufolge von Seiten der LWS-Beschwerdesymptomatik aktuell auf dem Boden der aktenanamnestischen Schilderung, der eigenanamnestischen Schilderungen, der klinischen Untersuchung und der radiologischen Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, im Bereich der HWS aber auf dem Boden der radiologischen Befunde – in Zukunft – von einer auftretenden Beschwerdesymptomatik auszugehen ist (act. II 75.1/19 f. Ziff. 7.2). So weist der Sachverständige denn auch darauf hin, dass in den Akten lediglich eine Beschwerdesymptomatik aus dem Jahr 2019 mit Infiltration im Bereich der LWS aufgeführt wird und sich diesbezüglich keine weiteren Akten (namentlich weitere Untersuchungsbefunde, radiologische Befunde und Interventi-

onsberichte bezüglich einer vertebrealen Beschwerdesymptomatik) finden (act. II 75.1/18 f. Ziff. 7.1). Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das linke Knie. Diesbezüglich zeigte sich denn auch anlässlich der gutachterlichen Exploration lediglich ein minimaler Druckschmerz im Bereich des medialen Gelenkspaltes und ein minimales retropatelläres Reiben bei ansonsten altersentsprechendem unauffälligem Kniegelenksbefund (act. II 75.1/17 Ziff. 4). Übereinstimmend dazu bescheinigte der Hausarzt schon vorgängig am 2. April 2022 einen gebesserten Zustand betreffend das linke Knie (act. II 37/2 Ziff. 1).

Ausschlaggebend für eine Arbeitsunfähigkeit auf orthopädischem Fachgebiet ist somit allein die Kniegelenksbeschwerdesituation rechts. Diese war im Zeitpunkt der gutachterlichen Exploration am 15. August 2022 und damit rund zwei Monate nach erfolgter Implantation einer unikompartimentären Kniegelenksprothese am 17. Juni 2022 (act. II 84/5) noch im akuten Rehabilitationsstadium, weshalb im damaligen Zeitpunkt eine Beurteilung der Belastungsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht zuverlässig durchführbar war (act. II 75.2/6 Ziff. 4.1, 75.1/21 Ziff. 8.2 f.). Nachdem die behandelnden Ärzte am 6. Januar 2023 bestätigten, dass der Beschwerdeführer das Knie wieder voll belasten könne und es nach der Implantation einer unikompartimentären Kniegelenksprothese keine Einschränkungen gebe (act. II 98), sie zudem ab 1. April 2023 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestierten (act. II 105/1) und auch keine Verlaufskontrollen mehr vorsahen, kann nunmehr von einem Endzustand ausgegangen werden. Das deckt sich denn auch mit der gutachterlichen Einschätzung der Dauer der Rehabilitationsphase (minimal sechs, im Regelfall neun und maximal zwölf Monate nach der stattgehabten Intervention; act. II 75.2/6 Ziff. 4.1). Auch der RAD ging in der Aktenbeurteilung vom 1. März 2023 von einem stabilen Gesundheitszustand aus und stützte sich dabei auf die behandelnden Ärzte (act. II 112/3). Mangels anderslautender Einschätzungen kann ohne weiteres auf diese übereinstimmenden Einschätzungen abgestellt werden. Gegenüber dem Krankentaggeldversicherer, der sich ebenfalls auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte abgestützt hatte, hatte der Beschwerdeführer denn auch keine Einwendungen erhoben (vgl. act. II 88.3). Unter diesen Umständen ist eine Verlaufsbeurteilung nicht angezeigt.

3.3.2 Der psychiatrische Gutachter kommt zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen wie auch jeder anderen angepassten Tätigkeit zu 60 % arbeits- bzw. leistungsfähig ist, wobei mittels medizinischer Massnahmen gar eine weitgehende Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (mindestens im Umfang von 80 %) realistisch sei (act. II 75.3/27 ff. Ziff. 8). Unabhängig von dieser allfälligen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, die dem psychiatrischen Gutachter zufolge in ca. einem Jahr zu evaluieren wäre (act. II 75.3/30 Ziff. 8), ist anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu prüfen, ob der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann. Dabei ist das Folgende zu beachten: Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

3.3.2.1 Was die Prüfung der ersten Ebene betrifft (vgl. E. 2.3 hiavor), konnten die Experten keine Hinweise auf aggravierende oder simulierende Darstellungstendenzen feststellen, wenngleich die vom Beschwerdeführer geschilderten Antriebsstörungen nicht vollkommen plausibel erschienen (act. II 75.2/7 Ziff. 4.2). Zudem wurden die klassifikatorischen Vorgaben im Zusammenhang mit den durch Dr. med. K. _____ gestellten psychiatrischen Diagnosen (act. II 75.3/23 Ziff. 6.3) eingehalten (vgl. DILLING/ MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 113 f. bzw. S. 173). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten

Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4 hiervor).

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

Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (act. II 75.3/19 ff. Ziff. 4.3) nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (vgl. Urteil des BGer 9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 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.). Dem Gutachter zufolge besteht eine sinnvolle Pharmakotherapie, wenngleich mit der Aufdosierung bzw. Umstellung der antidepressiven Medikation und dem Ausscheiden der Medikation mit Lorazepam (act. II 75.3/25 f. Ziff. 7.1) therapeutische Optionen bestehen, welche die Arbeitsfähigkeit relevant verbessern könnten. Unter diesen Umständen kann nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz ausgegangen werden. Hinsichtlich beruflicher Eingliederungsbemühungen ist den Akten immerhin zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer Bereitschaft für ein Coaching zur Suche eines temporären Einsatzplatzes (act. II 126 f.) signalisierte. Eine ausgewiesene Eingliederungsresistenz trotz optimaler Anstrengungen des Beschwerdeführers ist damit nicht erstellt. Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) betrifft, besteht nebst der leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (act. II 75.3/23 Ziff. 6.3/1) eine Störung durch psychotrope Substanzen (act. II 75.3/23 Ziff. 6.3/2). Zwar soll der Einsatz von Benzodiazepinen allgemein die Progredienz von Angstsymptomen begünstigen und den Patienten die Motivation nehmen, sich mit psychotherapeutischen Techniken auseinanderzusetzen (act. II 75.3/26 Ziff. 7.1), in Bezug auf den Exploranden postulierte der Sachverständige Dr. med. K. _____ aber keine konkrete Wechselwirkung des Substanzgebrauchs auf die affektive Störung. Somatischerseits war mit der Kniegelenksbeschwerdesituati-

on rechts vorübergehend eine gewisse ressourcenhemmende Wirkung gegeben.

Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte der psychiatrische Sachverständige keine Persönlichkeitsstörung fest (vgl. act. II 75.3/19 ff. Ziff. 4.3). Anhaltspunkte, dass der Komplex Persönlichkeit einer Erwerbstätigkeit entgegenstünde, sind nicht ersichtlich.

In Bezug auf den Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist erstellt, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau zusammenwohnt und einen guten Kontakt zu seinen im gleichen Dorf lebenden Kindern hat (act. II 75.3/15 f.). Insofern stellt das soziale Umfeld eine Ressource dar.

Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.). 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 einen geregelten Tagesablauf mit drei Mahlzeiten und Spaziergängen am Morgen. Er führt Tagebuch (act. II 75.3/16 f.), hört gerne Musik und unternimmt gerne Reisen (unter anderem nach ...; act. II 75.3/11). Derartige Aktivitäten sind mit einer einschränkenden psychischen Störung nicht vereinbar.

Schliesslich ist in Bezug auf den Indikator des behandlungs- und eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar psychotherapeutisch und psychopharmakologisch behandelt wird, diese Behandlung aber nur einmal monatlich stattfindet (act. II 75.3/17) und die antidepressive Medikation aufdosiert bzw. umgestellt werden sollte (act. II 75.3/25 f. Ziff. 7.1). All das deutet auf nunmehr nur noch geringe Befunde und einen eher geringen Leidensdruck hin. Damit einher geht, dass der behandelnde Psychiater die attestierte Arbeitsunfähigkeit sukzessive verringert hat und selber von einer guten Prognose ausgeht (act. II 20/3 Ziff. 9 und 11, 50/3 Ziff. 9 und 11).

3.3.3 In der Gesamtbetrachtung stehen die Indikatoren bzw. Komplexe der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit entgegen und die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung sind anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist aus rechtlicher Optik nicht auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit abzustellen. Ausschlaggebend sind somit allein die orthopädischen Gesichtspunkte. Gestützt hierauf ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren.

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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 62, 9C_63/2018 E. 4.4.2).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

4.2

4.2.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53; SVR 2021 IV Nr. 29 S. 91, 9C_472/2020 E. 2.2).

4.2.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt.

4.3 Mit Blick auf die von den behandelnden Ärzten ab 7. März 2021 ununterbrochen attestierten (act. II 67/1 ff. und /21, 14/5, 20/3 Ziff. 11, 50/3 Ziff. 11, 72/3 Ziff. 11) und vom orthopädischen Gutachter ab Sommer 2021 bestätigten Arbeitsunfähigkeiten (act. II 75.2/9 Ziff. 4.6) war das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.4 hiervor) im Zeitpunkt des von der Beschwerdegegnerin angenommenen frühestmöglichen Rentenbeginns im Mai 2022 (act. II 114/10 Ziff. 11) erfüllt. Die sechsmonatige Karenzfrist, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (Art. 29 Abs. 1 IVG), war in diesem Zeitpunkt aufgrund der Anmeldung vom Juni 2021 (act. II 1) ebenfalls abgelaufen. Der Rentenbeginn per 1. Mai 2022 ist denn auch nicht bestritten.

4.4 Aufgrund der im Mai 2022 bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit (act. II 75.1/21 Ziff. 9.1) berechnete die Beschwerdegegnerin zu Recht zunächst einen Invaliditätsgrad von 100 % (act. II 114/8). Infolgedessen hat der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2022 Anspruch auf eine ganze Rente.

In Anbetracht der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit per 7. September 2022 (act. II 112/3 Ziff. 2; vgl. E. 3.1.9 hiervor) ist auf diesen Zeitpunkt hin der Invaliditätsgrad neu zu bestimmen (Art. 88a Abs. 1 IVV). Als angepasst gelten körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender oder überwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 – 15 kg. Eine solche Tätigkeit kann der Beschwerdeführer ganztags ohne Leistungsminderung ausüben. Da er seine wiedererlangte Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens ab 7. September 2022 auf die statistischen Werte der LSE abzustellen (vgl. E. 4.2.2 hiervor). Gestützt auf die Tabelle TA1 der LSE 2020 (abrufbar un-

ter <www.bfs.admin.ch>) beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn Fr. 5'261.-- (Total, Männer, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art]). Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst sowohl an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2022 (BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016 - 2022, Total, Index 2020: 103.2 Punkte bzw. 2022: 103.6 Punkte) als auch an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2022 von 41.7 Stunden (BUA, 2022, Total) ergibt dies einen Wert von Fr. 66'070.20 (Fr. 5'261.-- x 12 : 103.2 x 103.6 : 40 h x 41.7 h). Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt sich vorliegend weder gemäss aArt. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung (Teilzeitabzug von 10 %) noch nach den bisherigen Rechtsprechungsgrundsätzen (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439; vgl. zur bisherigen Praxis: 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 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3 [Leidensabzug von maximal 25 %]). Bei einem unbestritten gebliebenen Valideneinkommen von Fr. 44'616.-- resultiert offensichtlich keine Einkommenseinbusse bzw. ein IV-Grad von 0 %, womit – vorbehältlich eines allfälligen Anspruchs auf vorgängige Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. 4.5 nachfolgend) – kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente besteht. Selbst bei Vornahme des Maximalabzugs von 25 % würde das Invalideneinkommen von Fr. 49'552.65 (Fr. 66'070.20 x 0.75) das Valideninkommen von Fr. 44'616.-- noch immer übersteigen und folglich würde auch diesfalls keine Einkommenseinbusse resultieren.

4.5

4.5.1 Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211, 141 V 5 E. 4.1

S. 7; SVR 2019 IV Nr. 38 S. 120, 8C_680/2018 E. 5.2, 2016 IV Nr. 27 S. 80, 8C_19/2016 E. 5.1, 2011 IV Nr. 30 S. 86, 9C_163/2009 E. 4.2.1 und 4.2.2, Nr. 73 S. 220, 9C_228/2010 E. 3.3). Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, kommt auch dann zur Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird. Auch in solchen Fällen ist die Rente weiter auszurichten (BGE 145 V 209 E. 5.4 S. 214; SVR 2020 IV Nr. 66 S. 230, 8C_80/2020 E. 2.3.1 und E. 2.3.3). Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres oder des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegt, ist auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen (BGE 148 V 321 E. 7.3.2 S. 326, 141 V 5 E. 4.2.1 S. 7).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2022 IV Nr. 6 S. 17, 9C_84/2021 E. 3.2.2, 2019 IV Nr. 3 S. 6, 8C_145/2018 E. 7).

4.5.2 Weil der 1961 geborene Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt (act. II 141) das 55. Altersjahr zurückgelegt hatte, bestand der Anspruch auf eine ganze Rente grundsätzlich auch über den 6. September 2022 bzw. über die dreimonatige Frist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV hinaus.

4.5.3 Wie erwähnt (vgl. E. 4.5.1 hiervor) setzt aber der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 27. April 2023 zur Schadenminderung aufgefordert (act. II 119). Dieser hat sich an einem Coaching zunächst interessiert gezeigt und am 7. Juni 2023 auch die Zielvereinbarung zum Coaching unterzeichnet (act. II 126). Zuvor hatte er Ferien im Umfang von 14 Wochen beantragt, was abgelehnt worden war (act. II 129). Nachdem der Coach ihn am 11. Juli 2023 mehrfach erfolglos zu erreichen versucht hatte, machte der Beschwerdeführer am 12. Juli 2023 per E-Mail eine Verschlechterung

seines Gesundheitszustands geltend, dies offenbar gestützt auf ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitsattest in vergleichbarem zeitlichem Umfang (act. II 130). Dass die Beschwerdegegnerin daraus schloss, die Eingliederungsbereitschaft sei nicht gegeben und infolgedessen das Coaching per 12. Juli 2023 abbrach (act. II 131 f.), ist nicht zu beanstanden. Folgerichtig hat sie die Rente zu Recht per 31. Juli 2023 aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat denn auch die Rechtmässigkeit des Abschlusses der Eingliederungsmassnahmen gemäss Verfügung vom 21. September 2023 (act. II 140) nicht bestritten.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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