

IV 200 2023 860  
WIS/FRN/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. April 2025**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Franzen

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

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Oktober 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2014 unter Hinweis auf "nicht mehr belastbar nerv-lech psychisch" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte medizinische und erwerbliche Abklärungen durch. Sie gewährte unter anderem ein Belastbarkeitstraining (act. II 24), ein Aufbaustraining (act. II 32), ein Arbeitstraining (act. II 40) sowie Arbeitsvermittlung (act. II 53). Mit Verfügung vom 13. Januar 2017 (act. II 61) verneinte sie einen Rentenanspruch mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens.

Am 8. Juli 2021 ersuchte der Versicherte unter Hinweis auf "Befunde nach 18. Januar 2021 infolge Verkehrsunfall" erneut um Leistungen der IV (act. II 62). Die IVB nahm wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen vor und holte beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme (act. II 85) ein. Mit Mitteilung vom 29. Dezember 2021 (act. II 86) verneinte sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen. Mit Vorbescheid vom 4. Januar 2022 (act. II 88) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem IV-Grad von 20 % in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte am 17. Februar 2022 Einwand (act. II 91). Auf Empfehlung des RAD (act. II 104) holte die IVB ein polydisziplinäres Gutachten bei der C.\_\_\_\_\_ ein (Expertisen und interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 25. Mai 2023 [act. II 119.1-6]). Mit Vorbescheid vom 12. Juni 2023 (act. II 121) stellte sie dem Versicherten bei einem IV-Grad von 40 % die Zusprache einer Rente von 25 % einer ganzen Rente ab 1. Januar 2022 in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. II 126). Am 30. Oktober 2023 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend (act. II 129).

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 4. Dezember 2023 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 30. Oktober 2023 aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer die volle gesetzliche IV-Rente ab dem 1. Januar 2022 zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, weitere Abklärungen vorzunehmen, namentlich indem eine Fremdanamnese angeordnet werde.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2024 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf zwei Stellungnahmen des RAD vom 31. Januar 2024 (in den Gerichtsakten) auf Abweisung der Beschwerde.

Die Parteien hielten daraufhin mit Replik vom 12. März 2024 bzw. mit Duplik vom 19. April 2024 an den bisherigen Anträgen fest.

Am 2. Mai 2024 liess der Beschwerdeführer dem Gericht unaufgefordert eine Triplik mit Arztberichten (Akten des Beschwerdeführers [act. 1] 26-30) zukommen. Er stellte die folgenden Begehren:

1. Es seien die ärztlichen Berichte über die koronaren Herzerkrankungen in den Akten aufzunehmen und diese dem Entscheid zugrunde zu legen.
2. Im Übrigen wird an den bereits gestellten Rechtsbegehren weiterhin festgehalten.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Quadruplik vom 5. Juli 2024 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD vom 3. Juni 2024 (in den Gerichtsakten) 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. Oktober 2023 (act. II 129). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 147 V 156 E. 7.2.1 S. 159, 146 V 364 E. 7.1 S. 371). Die angefochtene Verfügung datiert vom 30. Oktober 2023 (act. II 129), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Der frühestmögliche Zeitpunkt der potenziellen Entstehung des Rentenanspruchs liegt (mit Blick auf die Neuanschuldung vom 8. Juli 2021 [act. II 62] und die halbjährige Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG) nach dem 31. Dezember 2021 (vgl. E. 5.2 hiernach). Damit gelangen die ab 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zur Anwendung.

**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 kommen den 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** 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

## **2.4**

**2.4.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invali-

ditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 E. 2.1).

**2.4.2** 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. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.4.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

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

**2.6** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 8. Juli 2021 (act. II 62) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Seit der letzten rechtskräftigen Verneinung des Rentenanspruchs (Verfügung vom 13. Januar 2017 [act. II 61]) ist eine wesentliche Änderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten in Form eines Rückenleidens im Zeitraum 2020/2021 sowie eines Verkehrsunfalls im Januar 2021 mit anschliessender Rückenoperation. Zudem relevant sind rezidivierende Muskelkrämpfe bei zwischenzeitlich belegter Myopathie unklarer Ätiologie sowie nachgewiesener Small-Fiber-Neuropathie (act. II 119.4 S. 16 Ziff. 8.3). Deshalb ist der Leistungsanspruch vorliegend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 hiavor).

**3.2** Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**3.2.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und E.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, diagnostizierten im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2022 (act. II 91 S. 6 ff.) Myalgien und Muskelkrämpfe, eine Small-Fiber-Neuropathie, Erstdiagnose (ED) Mai 2021 sowie eine bilaterale Meralgia paraesthetica. Anamnestisch berichte der Beschwerdeführer über einen unveränderten Verlauf mit belastungsabhängigen muskelkaterartigen Schmerzen in den Waden und Oberschenkeln beidseits, Kribbelparästhesien in den Händen, Feinmotorikstörung und brennenden Dysästhesien an beiden lateralen Oberschenkeln. Klinisch bestehe weiterhin eine Hypästhesie für Berührung an beiden lateralen Oberschenkeln bei fehlenden Paresen und unauffälligem Reflexstatus (S. 6). Es liege ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischem Kern im Rahmen der Small-Fiber-Neuropathie sowie psychischem Anteil bei depressiver Symptomatik vor. Als Ursache der brennenden Dysästhesien vermuteten sie eine Meralgia paraesthetica nocturna beidseits, welche im Rahmen des Übergewichts bedingt sei. Die Ätiologie der Myalgien bzw. Muskelkrämpfe müsse weiterhin offengelassen werden (S. 7).

Im Bericht vom 16. Februar 2022 (act. II 91 S. 11) führten Dr. med. .... und E.\_\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer berichte seit Jahren über teils neuropathisch anmutende, im Verlauf zunehmende Schmerzen in den Beinen mit deutlicher Exazerbation seit ca. August 2020, welche zum Teil im Rahmen einer Small-Fiber-Neuropathie zu werten seien. Seit der Beschwerdeführer bei ihnen in Behandlung sei, ergebe sich anamnestisch und klinisch im Wesentlichen ein stabiler Verlauf, sodass retrospektiv bereits ab Februar 2021 aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in ähnlichem Ausmass (ca. 40 %) im Rahmen der Small-Fiber-Neuropathie anzunehmen sei.

**3.2.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 29. Mai 2022 (act. II 101) insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1). Der Beschwerdeführer fühle sich deprimiert, die Gedanken drehten sich um seine Schmerzen und um seine verzweifelte Lage bei ständigem

Leiden und Resignation, er klagt über eine Antriebsstörung und Schlafstörungen (S. 1). Die Stimmung sei niedergeschlagen depressiv, der Antrieb sei herabgesetzt, es bestehe eine latente Suizidalität. Die Psychomotorik sei unruhig, Mimik und Gestik eher spärlich. Anamnestisch bestehe ein sozialer Rückzug, affektiv mit teilweise parathymem, aber vor allem auch gequältem Lächeln. Er habe multiple Ängste (Prognose der Schmerzerkrankung, Existenzängste etc.). Im ersten Arbeitsmarkt sei die Prognose zur Arbeitsfähigkeit desolat. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer nicht erwerbstätig, er helfe ... ab und zu wenige Stunden aus. Anschliessend sei er erschöpft und habe vermehrte Schmerzen bzw. Muskelkrämpfe (S. 2). In den letzten Jahren und Monaten habe sich der Gesundheitszustand massiv verschlechtert. Der Beschwerdeführer habe keine aktivierbaren Ressourcen, er habe Erfahrung als ... (S. 3).

**3.2.3** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Mai 2023 (act. II 119.1-6) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie sowie Allgemeine Innere Medizin. Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 119.1 S. 6 Ziff. 4.3):

- Myopathie unklarer Ätiologie mit rezidivierenden Muskelkrämpfen
- Small-Fiber-Neuropathie
- Wahrscheinliches Restless-legs-Syndrom
- Leichtes chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
  - o ohne Hinweis für radikuläre Symptomatik
  - o mit Status nach Dekompression-OP L5/S1 02/2021
  - o radiologisch bei leichter kombinierter Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 sowie ISG-Arthrosen
  - o Status nach Verkehrsunfall 01/2021
- Fehlhaltung der Wirbelsäule bei Rundrücken und Hohlkreuz, deutliche muskuläre Dysbalance
- Deutliche Adipositas
- Knick-Senk-Spreizfuss-symptomatik
- Schlafapnoe-Syndrom, mit assistierter nächtlicher Beatmung stabil behandelt
- Parästhesie Oberschenkel seitlich beidseits
  - o Differentialdiagnostisch wahrscheinlich Meralgia paraesthetica
- Diabetes mellitus ohne signifikante neurologische Folgeschädigungszeichen
- Adipositas permagna WHO III
- Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73)
- Arterielle Hypertonie, effektiv behandelt (ED 2008/2009)

- Metabolisches Syndrom mit Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ IIb, Adipositas permagna (Grad 2), sowie Fettstoffwechselstörung. Verdacht auf NAFDL mit leicht erhöhten Leberenzymen
- Nikotinabusus
- Unklare CRP-Erhöhung ohne klinisch fassbares Korrelat, kontrollbedürftig

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Februar 2023 (act. II 119.3) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen und Schlafstörungen depressiv verstimmt sei, entspreche einer normalen Reaktion und keiner Krankheit. Wie der behandelnde Psychiater von einer Antriebs- und Schlafstörung sprechen könne, wenn der Beschwerdeführer morgens um vier Uhr aufstehe, sein Tagwerk beginne und ab sechs Uhr zahlreiche Telefonate führe, sei kaum nachvollziehbar (act. II 119.3 S. 9 Ziff. 6.1). Bereits 2014 sei die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode nach Unfall 1988 gestellt worden. Diese Diagnose könne heute nicht mehr verifiziert werden. Aufgrund des heutigen psychiatrischen Eindrucks bestünden Zweifel an einer früher bestehenden Depression. Heute jedenfalls seien die psychischen Reaktionen des Beschwerdeführers allesamt völlig nachvollziehbar und entsprächen keiner psychischen Krankheit (act. II 119.3 S. 9 Ziff. 6.3). In der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 119.3 S. 10 Ziff. 8.1 f.).

Im neurologischen Teilgutachten vom 18. Mai 2023 (act. II 119.4) legte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, dar, der Beschwerdeführer mache massive häufig wiederkehrende Muskelkrämpfe geltend an Armen und Beinen, insgesamt aber schon seit der Jugend bestehend. Angesichts der auffälligen CK-Werte als auch der leichten EMG-Pathologie sei aber durchaus davon auszugehen, dass hier eine Myopathie unklarer Zuordnung bestehe. Zwar sei zusätzlich gemäss Hautbiopsie vom Mai 2021 eine Small-Fiber-Neuropathie festgestellt worden, wobei im klinischen Befund keine Hinweise zumindest für eine Makroneuropathie bestünden angesichts normaler Reflexe, normalem Vibrationsverhalten und normalem Lagessinn. Ein Zusammenhang mit den Muskelkrämpfen erscheine diesbezüglich eher nicht vorzuliegen, es sei eher von unabhängigen Erkrankungsbildern auszugehen. Denkbar sei vielmehr, dass die anamnestisch nachts in

Ruhe auftretenden Beschwerden einem Restless-legs-Syndrom zuzuordnen seien (act. II 119.4 S. 11 Ziff. 6.1). In Interaktion seien nicht nur die Brennparästhesien bei Small-Fiber-Neuropathie, sondern auch die rezidivierenden Muskelkrämpfe bei leichter Myopathie unklarer Ätiologie, aber auch die erhebliche Adipositas mit Erschwernis für die degenerativen muskuloskelettalen Befunde zu beachten (act. II 119.4 S. 12 Ziff. 6.2). Zur Arbeitsfähigkeit legte der Gutachter dar, in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 40 % bzw. eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Möglich seien rückengerechte, körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten. Im Falle von auftretenden Muskelkrämpfen sollten Pausenmöglichkeiten gewährt werden (act. II 119.4 S. 15 Ziff. 8.1 f.).

Im orthopädischen Teilgutachten vom 7. Mai 2023 (act. II 119.5) führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Chirurgie, aus, orthopädische Probleme seien 2016 aufgetreten mit einer Meniskusoperation, welche jedoch folgenlos ausgeheilt sei. Ab 2020 seien dann Wirbelsäulenbeschwerden dazugekommen, welche im Januar 2021 in einer Bandscheibenoperation gemündet hätten. Die beschriebenen Beschwerden, welche postoperativ aufgetreten seien, würden so beschrieben, wie damals in der Jugend und dann im Militär, wo er immer wieder Krämpfe bekommen habe. Ein Zusammenhang mit der Operation erscheine hier eher fraglich. Funktionell zeige sich ein altersentsprechender guter Befund im Bereich der Extremitäten und der Wirbelsäule bei deutlicher Fehlhaltung und muskulärer Insuffizienz. Die Bewegungseinschränkungen würden lediglich durch die erhebliche Adipositas endgradig begrenzt. Die orthopädischen Befunde stünden hier nicht zwingend im Vordergrund (act. II 119.5 S. 8 Ziff. 6.3). Zur Arbeitsfähigkeit legte der Gutachter dar, in der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Zur angepassten Tätigkeit führte er aus, der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte Tätigkeiten bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg in rükkenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in temperierten Räumen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben

und Tragen von Gewichten oberhalb von 15 kg ausserhalb des Körperlots, ruckartige Bewegungen und Erschütterungen der Lendenwirbelsäule. Er sollte keiner Nässe, Kälte und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Es werde eine weiche Fussbettung mit flachem Schuhwerk empfohlen. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 119.5 S. 10 Ziff. 8.1 f.).

Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten vom 1. April 2024 (act. II 119.6) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 119.6 S. 11 Ziff. 8.1 f.).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, in der bisherigen Tätigkeit bzw. in einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Januar 2021 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 40 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte Tätigkeiten bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg in rückenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in temperierten Räumen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 15 kg ausserhalb des Körperlots, ruckartige Bewegungen und Erschütterungen der Lendenwirbelsäule. Er sollte keiner Nässe, Kälte und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Es werde eine weiche Fussbettung mit flachem Schuhwerk empfohlen. Vermieden werden sollten sehr monotone Arbeiten (hier könne es zu Ermüdung kommen). Zudem sollte mehr Zeit zur Verfügung gestellt werden für die Pausengestaltung, ggf. auch im Falle von auftretenden Muskelkrämpfen, als auch für ein etwas reduziertes Arbeitstempo (act. II 119.1 S. 8 f. Ziff. 4.6 f.).

**3.2.4** Die Ärzte des Spitals F. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 22. September 2023 (act. I 30) insbesondere eine Koronare Herzkrankheit (ED am 21. September 2023) mit teils typischen, überwiegend atypischen Thoraxschmerzen. Die Ergometrie vom 30. Mai 2023 habe eine mittelschwer eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, klinisch und elektrisch negativ ergeben (S. 1). In der Koronarangiographie habe sich die vertikale right coronary artery (RCA) subtotal verschlossen darge-

stellt. Es sei eine unmittelbare Rekanalisation der Läsion mittels eines medikamentös-beschichteten Stents mit gutem Resultat erfolgt (S. 2).

**3.2.5** Die RAD-Ärzte Dres. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt und L.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, führten in der Stellungnahme vom 31. Januar 2024 (in den Gerichtsakten) aus, den nachfolgend eingegangenen Akten seien keine neuen psychiatrischen Tatsachen zu entnehmen, zumal die ärztlichen Berichte, vorallem der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2022 zum Zeitpunkt der Begutachtung bekannt gewesen sei und dazu gutachterlich Stellung genommen worden sei. Es könne weiterhin auf die interdisziplinären Ausführungen der C.\_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2023 abgestellt werden. Aus RAD-psychiatrischer Sicht bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf.

**3.2.6** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 5. März 2024 (act. I 25) insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, aktuell medikamentös kompensiert (ICD-10: F33). Der Beschwerdeführer habe häufigste Muskelkrämpfe. Die körperliche Arbeit sei stark behindert. Häufig sei eine starke Müdigkeit und eine Erschöpfungstendenz vorhanden. Des Weiteren gebe es Skelettschmerzen, vor allem im lumbalen Rückenbereich. Psychisch stehe die depressive Symptomatik bei depressiven Episoden mit Antriebsstörung, Schlafstörung, Stimmungsschwankungen, Ängsten, Zukunfts- und Existenzängsten im Vordergrund. Auch die neu hinzugekommene koronare Herzkrankheit wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Prognose für die Arbeitsfähigkeit sei sehr schlecht. Sie liege nicht über 20 %. Als ... seien nur leichte Arbeiten ca. zwei Stunden pro Tag mit Pausen während des Arbeitens zumutbar.

**3.2.7** Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 3. Juni 2024 (in den Gerichtsakten) aus, mit der Koronaren Herzkrankheit sei zwar eine neue Diagnose hinzugekommen. Die leichten bis maximal mittelschweren kardialen Leistungseinbussen hierdurch seien aber bereits im bisherigen Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt.

**3.3** 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).

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, 8C\_260/2020 E. 2.2).

### **3.4**

**3.4.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2023 (act. II 129) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. Mai 2023 samt Teilgutachten (act. II 119.1-6) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis

und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. E. 3.3 hiervor).

**3.4.2** Die RAD-Ärzte Dres. med. L.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ setzten sich im Bericht vom 31. Januar 2024 (in den Gerichtsakten) mit den bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens bereits im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Rügen (act. II 126 S. 1 ff.) schlüssig auseinander.

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, erhob eine ausführliche Anamnese inklusive Tagesablauf, welchem zahlreiche, gut strukturierte Aktivitäten nach dem frühen Aufstehen zu entnehmen sind (act. II 119.3 S. 3 Ziff. 3.1 ff., S. 6). So führte er aus, der Beschwerdeführer stehe morgens sehr früh auf, kümmere sich im Sommer um ..., ansonsten erledige er vormittags viele Telefonate, Physiotherapie, Mittagessen bei der Schwester und nachmittags gebe es Beschäftigung auf dem ..., je nachdem, was an-falle (act. II 119.3 S. 9 Ziff. 6.1, S. 6 Ziff. 3.2). In diesem Zusammenhang verwiesen die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung denn auch zutreffend darauf, dass das Aktivitätsprofil im Alltag nicht so tief sei, wie es gemäss der psychiatrischen Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2022 zu erwarten wäre (act. II 119.1 S. 6 Ziff. 4.2). Im Anschluss an die Anamnese erhob der psychiatrische Gutachter den Befund mit deutlichen Unterschieden zu den entsprechenden Angaben des behandelnden Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2022 (act. II 101 S. 1 f.). Eine (eigenständige) psychiatrische Erkrankung konnte der Gutachter nicht feststellen. Er setzte sich auch mit den Diagnosen aus dem Jahre 2014 auseinander und legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass diese heute nicht mehr verifiziert werden können (act. II 119.3 S. 9 Ziff. 6.3).

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es sei durchaus möglich und wäre weitergehend abzuklären, ob eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt (Beschwerde, S. 16 Rz. 39 ff.), kann dem nicht gefolgt werden. Dem psychiatrischen Gutachter waren die Schmerzen des Beschwerdeführers bekannt und er legte denn auch dar, dass diese ihn bei der Arbeit behindern und er aufgrund dieser auch depressiv verstimmt sei (act. II 119.3 S. 8 f.

Ziff. 6.1). Doch fand der Gutachter offenbar keinen Hinweis für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Der behandelnde Psychiater hatte die Schmerzen in seinem Bericht vom 29. Mai 2022 zwar als Problem erwähnt, aber ebenfalls keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (act. II 101 S. 1 f.). Die Einschätzung des Gutachters, wonach die psychischen Reaktionen des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt völlig nachvollziehbar waren und keiner psychischen Krankheit entsprachen, überzeugt (act. II 119.3 S. 9 Ziff. 6.3). Dass der psychiatrische Gutachter vor diesem Hintergrund die vom behandelnden Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erwähnte latente Suizidalität nicht thematisiert hat (Beschwerde, S. 21 Rz. 53), ist nicht zu beanstanden, lag doch gemäss Einschätzung des Gutachters kein psychischer Gesundheitsschaden und dementsprechend auch keine latente Suizidalität vor.

Es liegen auch keine nach dem MEDAS-Gutachten erstellten ärztlichen Berichte vor, die das psychiatrische Teilgutachten zu entkräften vermögen. Der behandelnde Psychiater führte in seinem zweiten Bericht, datierend vom 5. März 2024 (act. I 25), explizit aus, dass er zum Gutachten nicht Stellung nehmen möchte. Er hielt lediglich fest, dass er mit der genannten Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden sei. Diese betrage höchstens 20 %. Dabei unterliess er es allerdings, die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Vielmehr bezog er die somatischen Beschwerden bzw. Diagnosen – wie bereits im ersten Bericht vom 29. Mai 2022 (act. II 101) – wieder in seine gesamte Beurteilung mit ein. Zudem berichtete er von einer gegenwärtig euthymen Stimmung und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, aktuell medikamentös kompensiert. Damit bestanden auch am 5. März 2024 keine Hinweise auf einen allfälligen invalidisierenden Gesundheitsschaden.

Die Kritik des Beschwerdeführers, der Gutachter beschreibe ihn als "Schweizer Urgestein", was den fehlenden Respekt des Gutachters ver sinnbildliche (Beschwerde S. 22 Ziff. 58, Replik S. 8 Rz. 14), geht fehl. Entscheidend ist, dass diese Bezeichnung im Kontext mit den darauffolgenden Sätzen und dem gesamten Teilgutachten keineswegs als respektlos zu verstehen ist.

**3.4.3** In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer unbestrittenermassen aufgrund neurologischer sowie orthopädischer Gesundheitsschäden (vgl. Diagnoseliste E. 3.2.3 hiervor, act. II 119.1 S. 6 Ziff. 4.3) in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung beurteilten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil unter Berücksichtigung sämtlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen nachvollziehbar und schlüssig und attestierten – in Übereinstimmung mit dem behandelnden Neurologen (act. II 91 S. 11) – eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (act. II 119.1 S. 8 f. Ziff. 4.5 f.). Der Beschwerdeführer bringt vor, er leide nicht nur an einer psychischen Erkrankung, sondern auch an zahlreichen somatischen Komorbiditäten. Diese seien durch die Beschwerdegegnerin nicht bzw. zu wenig berücksichtigt worden. Aufgrund der Multimorbiditäten, welche zeit- und ressourcenaufwendiger seien, bestehe eine vollständige Invalidität (Beschwerde, S. 9 f. Rz. 17 ff., S. 14 Rz. 33). Diese Ansicht findet in den Akten indessen keinen Rückhalt. Einzig der behandelnde Psychiater geht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. von einer höchstens 20%igen Arbeitsfähigkeit aus (act. II 101 S. 1 f., act. I 25). Auf dessen Beurteilung kann jedoch – wie bereits dargelegt – nicht abgestellt werden, da er auch ausserhalb seines Fachbereichs liegende somatische Beschwerden beurteilte (act. II 101, act. I 25).

**3.4.4** Die mit Eingabe vom 2. Mai 2024 eingereichten Berichte vermögen das MEDAS-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Diesbezüglich hat der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 3. Juni 2024 (in den Gerichtsakten) nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die durch die neu diagnostizierte koronare Herzkrankheit bedingten leichten bis maximal mittelschweren kardialen Leistungseinbussen bereits im bisherigen Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt sind.

**3.4.5** Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, die neurologische Begutachtung sei am 30. Januar 2023 erfolgt, das entsprechende Teilgutachten sei erst am 18. Mai 2023 knapp vier Monate nach der Exploration fertiggestellt worden. Es sei notorisch, dass nach einem so langen Zeitintervall keine verlässliche Diagnosestellung mehr möglich sei. Der Zeitraum zwischen der Untersuchung und dem Eingang des Gutachtens bei der zu-

ständigen IV-Stelle sollte gemäss der Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) nicht mehr als 100 Tage betragen (Beschwerde, S. 18 Ziff. 44 ff., Replik, S. 6 Ziff. 8). Dieser Einwand verfängt nicht. Bei den von der EKQMB in ihren Qualitätsindikatoren erwähnten 100 Tagen handelt es sich nicht um einen fixen Wert und lediglich um eine Empfehlung (<<https://www.ekqmb.admin.ch/ekqmb/de/home/empfehlungen/indikatoren.html>>). Anzeichen dafür, dass diese Umstände zu Qualitätsproblemen in der gutachterlichen Beurteilung geführt hätten, bestehen nicht. Es ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht dargelegt, inwiefern aufgrund der rund dreieinhalb Monate zwischen der Exploration und der Fertigstellung des Gutachtens dieses nicht schlüssig und nachvollziehbar sein soll.

**3.4.6** Soweit der Beschwerdeführer die fehlende Fremdanamnese (Auskunft der Behandler) bemängelt (Beschwerde, S. 19 Rz. 47, Replik, S. 10 Rz. 18 und S. 14 Rz. 32), verkennt er, dass im Verwaltungsverfahren Berichte der Behandler eingeholt wurden, diese den Gutachtern vorlagen (act. II 119.2 S. 1 ff., 119.3 S. 3) und die Gutachter sich mit den divergierenden medizinischen Beurteilungen der behandelnden Ärzte – insbesondere derjenigen von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ – auseinandersetzten (act. II 119.3 S. 8 f. Ziff. 6.1 und 6.3). Im Übrigen ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung grundsätzlich nicht eine Fremdanamnese entscheidend, sondern die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese. Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 132, 9C\_292/2018 E. 5.2.2.1). Gestützt auf die vorliegenden Akten und die vorgenommene Exploration konnten sich die Gutachter genügend Einblick in die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers verschaffen. Vorliegend finden sich keine Hinweise dafür, dass das Ermessen nicht korrekt ausgeübt worden wäre.

**3.4.7** Was die vom Beschwerdeführer bemängelte, auf knapp 1.5 Stunden veranschlagte Untersuchungsdauer der psychiatrischen Exploration angeht (vgl. Beschwerde, S. 19 Rz. 49 f.), so wird auf die Rechtsprechung

verwiesen, wonach es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Dass dies der Fall ist, wurde oben ausgeführt; hinzuweisen ist zudem darauf, dass dem psychiatrischen Gutachter die Vorakten zur Verfügung standen und er sich auf die Untersuchung entsprechend vorbereiten konnte. Wie hoch der zeitliche Aufwand im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten. Es ist denn auch weder ersichtlich noch geht aus den Ausführungen des Beschwerdeführers hervor, inwiefern die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ungenügend sein soll. Es finden sich keine Hinweise, dass der psychiatrische Gutachter nicht lege artis vorgegangen und sein Ermessen nicht korrekt ausgeübt hätte (SVR 2023 IV Nr. 55 S. 191, 8C\_130/2023 E. 4.4.4, 2017 IV Nr. 75 S. 230, 9C\_44/2017 E. 4.3).

**3.4.8** Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt mit dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. Mai 2023 samt Teilgutachten (act. II 119.1-6) rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren Abklärungen (namentlich der Einholung von Fremdanamnesen [Beschwerde, S. 25 Rz. 67]) sind nach dem Dargelegten keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C\_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C\_296/2018 E. 4). Demnach ist festzuhalten, dass in der bisherigen Tätigkeit bzw. in einer angepassten leichten bis teilweise mittelschweren Tätigkeit seit Januar 2021 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 40 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 60 % besteht (act. II 119.1 S. 8 f. Ziff. 4.6 f.).

Auf dieser medizinischen Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

#### 4.

**4.1** Vorab zu prüfen ist die Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass diese im angestammten Bereich als ... oder als ... nicht gegeben sei (Beschwerde, S. 22 ff. Rz. 61 ff., Replik, S. 14 Rz. 33).

**4.1.1** Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Dieser theoretische und abstrakte Begriff dient dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188, 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 65, 8C\_458/2018 E. 4.2). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 320 E. 3b).

Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5, 8C\_340/2015 E. 4.4).

**4.1.2** Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Massgeblicher Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 146 V 16 E. 7.1 S. 25, 138 V 457 E. 3.2 S. 460 und E. 3.3 S. 462; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 19, 8C\_759/2018 E. 7.1 und Nr. 44 S. 155, 9C\_644/2019 E. 4.2).

**4.2** Anhand des gutachterlich erstellten Zumutbarkeitsprofils mit einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mit leichten bis teilweise mittelschweren Tätigkeiten sind die dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten nicht bloss noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der hypothetische Arbeitsmarkt (vgl. dazu E. 4.1.1 hiavor) praktisch nicht kennen würde oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wären. Insbesondere weist der ausgeglichene Arbeitsmarkt verschiedenste Tätigkeiten auf, womit dem Beschwerdeführer nicht nur Tätigkeiten als ... oder ... offenstehen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der Umstand, dass ihm gemäss dem MEDAS-Gutachten genügend Zeit für Pausengestaltung wie auch für ein reduziertes Arbeitstempo zu schaffen seien, schmälere die Chancen einer möglichen Anstellung massgeblich, kann ihm nicht gefolgt werden (Beschwerde, S. 24 Rz. 66). Denn der ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet Stellen, bei denen der Erwerbstätige bei Bedarf jederzeit eine Pause einlegen kann. Überdies ändert an der möglichen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem hier massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch nichts, dass es allenfalls schwierig sein mag (Beschwerde, S. 24 Rz. 66), auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (vgl. Entscheid des BGer 8C\_239/2022 vom 1. Juni 2022 E. 4.2). Auch das Alter steht einer Verwertung der Arbeitsfähigkeit nicht entgegen (vgl. E. 4.1.2 hiavor). Der Beschwerdeführer mit Jahrgang 1965 war im Gutachtenszeitpunkt 57 Jahre alt, somit blieb ihm bis zum Erreichen des ordentlichen Pensionsalters noch eine Aktivitätsdauer von mehr als

sieben Jahren. Zudem ist die vom Beschwerdeführer geltend gemachte fehlende Berufserfahrung in anderen Berufsbereichen (Beschwerde, S. 24 Rz. 66) nicht bei der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit, sondern bei der Bestimmung des Anforderungsniveaus des herangezogenen Tabellenlohnes zu berücksichtigen. Dem wurde hier Rechnung getragen, indem die Tabellenlöhne auf dem niedrigsten Kompetenzniveau 1, welches keine Berufsausbildung erfordert, verwendet wurden (vgl. E. 5.3.1 f. hiernach).

Zusammenfassend ist bei einer Gesamtbetrachtung der konkreten Umstände sowie unter Berücksichtigung der weitreichenden Schadenminderungspflicht des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer im Sinne des Zumutbarkeitsprofils angepassten Tätigkeit zu bejahen.

## **5.**

Schliesslich sind die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens zu prüfen.

### **5.1**

**5.1.1** Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. 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).

**5.1.2** Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit best möglich verwertet (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung).

Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26 bis Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (Urteil des BGer 8C\_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 10.6, zur Publikation vorgesehen).

**5.1.3** 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). Wird im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf Tabellenlöhne abgestellt, so sind die aktuellsten statistischen Da-

ten beizuziehen. Gemeint sind damit die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Daten (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70). Bezüglich der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, d.h. es ist auf den Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (BGE 129 V 408; SVR 2019 IV Nr. 88 S. 296, 8C\_72/2019 E. 4.1).

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 pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 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). 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. 63, 8C\_332/2022 E. 5.2.1.1).

**5.1.4** Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C\_104/2021 vom 27. Juni 2022).

**5.2** 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). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Neuanschuldung vom 8. Juli 2021 (act. II 62) ist der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. Januar 2022 festzulegen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

### **5.3**

**5.3.1** Hinsichtlich des Valideneinkommens ist festzuhalten, dass das letzte Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers als ... bei der M.\_\_\_\_\_ AG aus betrieblichen Gründen im Jahr 2011 gekündigt worden war (act. II 7 S. 4, 119.6 S. 5 Ziff. 3.2), weshalb nicht an das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen angeknüpft werden kann. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen auf den Totalwert der LSE-Tabelle 2020 TA1\_tirage\_skill\_level Kompetenzniveau 1, Männer, abgestellt hat (act. II 129 S. 5, vgl. E. 5.1.1 hiervor).

**5.3.2** Da der Beschwerdeführer die medizinisch-theoretisch zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 60 % in einer angepassten Tätigkeit nicht verwertet, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der LSE heranzuziehen. Dabei ist mit Blick auf das medizinische Zumutbarkeitsprofil (act. II 119.1 S. 8 f. Ziff. 4.6 f.) ebenfalls auf den geschlechterspezifischen Totalwert der LSE-Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level abzustellen (vgl. E. 5.1.3 hiervor; act. II 129 S. 5). Nachdem beide Vergleichseinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn der LSE zu berechnen sind, erübrigt sich deren genaue Bezifferung (vgl. E. 5.1.4 hiervor).

Einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug hat die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht vorgenommen. Die gesundheitlichen Einschränkungen fanden bereits im medizinischen Zumutbarkeitsprofil Eingang und sind damit nicht bei der Bemessung eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichti-

gen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (vgl. E. 5.1.3 hiervor).

**5.3.3** Somit entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 40 % und es besteht damit ab dem 1. Januar 2022 Anspruch auf eine Rente von 25 % einer ganzen Rente (vgl. E. 2.3 hiervor).

**5.4** Der Pauschalabzug von 10 % im Sinne von Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der seit dem 1. Januar 2024 gültigen Fassung kommt intertemporalrechtlich vorliegend nicht zur Anwendung, bzw. wird Gegenstand eines von der Beschwerdegegnerin vorzunehmenden Revisionsverfahrens sein (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 432 des BSV vom 9. November 2023 S. 2 Ziff. 4 lit. a).

## **6.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2023 nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **7.**

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**7.2** Ausgangsgemäss besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.