

IV 200 2024 638  
FUE/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. April 2025**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Frey  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Juli 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

#### **A.a.**

Der ... geborene, vom 1. Oktober 2007 bis Ende September 2016 als ... der C.\_\_\_\_\_ erwerbstätige und seit Oktober 2016 arbeits- bzw. stellenlose A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2017 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine rheumatoide Polyarthrititis zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 28; 41 S. 2; 44 S. 2 f.). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt, Berichte der behandelnden Ärzte beigezogen und das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt hatte (act. II 49; 75), verneinte sie mit Verfügung vom 22. November 2018 (act. II 86) bei einem Invaliditätsgrad von 38 % einen Rentenanspruch. Mit weiterer Verfügung vom 20. März 2019 (act. II 98 S. 1 ff.) verneinte die IVB einen Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die gegen beide Verwaltungsakte vom Versicherten erhobenen Beschwerden (act. II 104) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern nach Vereinigung der Verfahren mit Urteil IV 200 2019 14 und IV 200 2019 361 vom 20. Mai 2020 (act. II 106) dahingehend gut, als es die Sache zwecks Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen (in Form einer polydisziplinären Begutachtung) und anschliessend neuem Entscheid über den Leistungsanspruch an die IVB zurückwies.

#### **A.b.**

In der Folge veranlasste die IVB bei der D.\_\_\_\_\_ (nachfolgend MEDAS), ein polydisziplinäres (internistisches, rheumatologisches, psychiatrisches) Gutachten, beinhaltend eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Expertise vom 21. Mai 2021 [act. II 147.1 ff.]), und führte mit dem Versicherten ein Assessment durch (act. II 151). Anschliessend gewährte die IVB berufliche Massnahmen (act. II 164), welche per Ende Juni

2022 abgebrochen wurden (act. II 181), nachdem der Versicherte die vereinbarte Pensumgestaltung nicht eingehalten hatte (act. II 183 S. 3). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 1. Dezember 2022 (act. II 192) verneinte die IVB einen weiteren Anspruch auf berufliche Massnahmen und stellte mit Vorbescheid vom 15. Dezember 2022 (act. II 193) bei einem Invaliditätsgrad von 37 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machen (act. II 194 S. 1 f.). In der Folge veranlasste die IVB bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, und Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten (Expertise vom 19. November 2023 [act. II 263.1 ff.]). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 268 ff.) – in dessen Rahmen die Gutachter Stellung zum Einwandschreiben des Versicherten nahmen (act. II 277) – sprach die IVB mit Verfügung vom 26. Juli 2024 (act. II 279) ab 1. Juli 2022 eine Rente von 64 % bzw. ab 1. Januar 2024 von 68 % einer ganzen Rente zu.

**B.**

Dagegen lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 16. September 2024 Beschwerde erheben. Er stellte das folgende Rechtsbegehren:

Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der IV ab Mai 2018 zuzusprechen – unter Kostenfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 11. November 2024 hielt der Beschwerdeführer an seinem beschwerdeweisen Antrag und seinen Standpunkten fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2025 stellte der Instrukti-  
onsrichter dem Beschwerdeführer eine reformatio in peius in Aussicht.

Mit Eingabe vom 7. März 2025 nahm der Beschwerdeführer hierzu Stellung und hielt am beschwerdeweisen Rechtsbegehren fest.

## **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 26. Juli 2024 (act. II 279). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

## **2.**

**2.1** Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, weil die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Blick auf die den Gutachtern gestellten Rückfragen (act. II 276 f.) keine Gelegenheit gegeben habe, Ergänzungsfragen zu formulieren (Beschwerde S. 5 Ziff. 1).

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 42 ATSG). Insbesondere hat der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen (BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116; SVR 2019 IV Nr. 93 S. 313, 9C\_162/2019, 9C\_191/2019 E. 5.3.3.2).

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 139, 9C\_555/2020 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 193, 8C\_25/2020 E. 3.3.1).

**2.3** Dem Beschwerdeführer kann nicht gefolgt werden, wenn er im Umstand, dass die Beschwerdegegnerin das vollständige Einwandschreiben seiner Rechtsvertreterin (act. II 274) den Gutachtern zur Stellungnahme zugestellt hat (act II 276), eine Verletzung des rechtlichen Gehörs erblickt.

Weder hat die Beschwerdegegnerin in ihrem Schreiben vom 29. Mai 2024 (act. II 276) an die Gutachterstelle eigenständige Fragen formuliert, noch hat sie Festlegungen vorgenommen, welche die Gutachter in ihrer Beurteilung eingeschränkt hätten. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle im Schreiben vom 29. Mai 2024 über die mit dem Vorbescheid inzwischen in Aussicht gestellte Leistungszusprache orientiert und den dem Einwandschreiben (zutreffend) entnommenen Kern der Vorbehalte und Argumente des Beschwerdeführers als Grund für ihre Rückfra-

ge dargelegt hat. Wenn die Beschwerdegegnerin in der Folge die Gutachterstelle abschliessend (in Frageform) ersucht, zu den Einwänden Stellung zu nehmen und mitzuteilen, ob die Einwände eine veränderte Konsensbeurteilung der medizinischen Zumutbarkeit (und gegebenenfalls in welchem Umfang) mit sich bringe, so stellt dies keine eigenständige Fragestellung des Versicherungsträgers dar. Es ist dies vielmehr die wertneutrale und ergebnisoffene Übermittlung der sachlogisch zentralen Fragestellung, wie sie sich aus einem solchen Einwand ergibt. Erhält also eine IV-Stelle im Vorbescheidverfahren ein Einwandschreiben (und allfällige weitere Unterlagen), welche sie in der Folge (ohne weitere Abklärungen bzw. eigenständige Würdigung) direkt der Gutachterstelle zur Stellungnahme zuleitet, so bedarf es keiner vorgängigen Rückfragen an den Versicherten bzw. die Versicherte. Ein solches Vorgehen stellt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar.

Abgesehen davon legte der Beschwerdeführer vor dem mit uneingeschränkter Kognition entscheidenden Verwaltungsgericht (vgl. E. 2.2 vorne) nicht einmal ansatzweise dar, dass und gegebenenfalls welche weiteren Ergänzungsfragen er (über sein Einwandschreiben hinaus und nach Ablauf der Einwandfrist) hätte stellen wollen. Unter diesen Umständen würde – selbst wenn eine Verletzung des rechtlichen Gehörs entgegen vorstehend Dargelegtem anzunehmen wäre – eine Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf verkommen und damit zu unnötigen Verzögerungen führen (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 139, 9C\_555/2020 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 193, 8C\_25/2020 E. 3.3.1).

### **3.**

**3.1** Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG samt entsprechendem Verordnungsrecht in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705). Die dem angefochtenen Urteil zugrunde liegende Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022 (act. II 279). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 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;

Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_435/2023 vom 27. Mai 2024 E. 4.2, zur Publikation vorgesehen) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist (nachfolgend aArt.). Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung. Diese Grundsätze gelangen auch dann zum Tragen, wenn zwar der Rentenanspruch bereits für die Zeit vor dem 1. Januar 2022 erhoben, aber abgewiesen wird, falls die rechtliche Beurteilung erst nach dem Inkrafttreten des neuen Rechts erfolgt (Urteil des BGer 8C\_260/2024 vom 25. November 2024 E. 3.1).

## **3.2**

**3.2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

**3.2.2.1** Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invali-

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

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

**3.2.3** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 3.6 S. 294 und E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**3.2.4** 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** Bis zur angefochtenen Verfügung vom 26. Juli 2024 (act. II 279) präsentierte sich die medizinische Aktenlage sowie der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 7. August 2017 (act. II 42 S. 10 ff.) eine seropositive rheumatoide Arthritis seit ca. fünf Jahren. Die Erkrankung sei trotz negativer Klinik und negativer Arthrosonographie bei einer eindeutigen entzündlichen Anamnese und dem jetzigen MRT-Nachweis einer Tenosynovitis im Karpaltunnel und im Bereich der Beugesehne des 3. Strahles der rechten Hand aktiv. Aufgrund der funktionellen Behinderung habe sich eine reaktive Depression entwickelt und im Gefolge derselben auch eine chronische Schmerzausweitung im Sinne einer Fibromyalgie (S. 10).

**3.3.2** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, führte im Bericht vom 5. Dezember 2017 (act. II 47 S. 8 f.) aus, diagnostisch und differentialdiagnostisch ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte: Die rheumatoide Arthritis sei subjektiv immer noch aktiv mit Gelenkbeschwerden, objektiv fänden sich klinisch keine Synovitiden oder Tenosynovitiden. Zusätzlich bestehe neu eine Impingementsymptomatik der rechten Schulter (S. 9).

**3.3.3** Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 22. Januar 2018 (act. II 49) fest, es bestehe seit Jahren eine rheumatoide Arthritis mit Beteiligung multipler Gelenke, derzeit v.a. rechte Schulter und rechte Hand mit Schmerzen unter Belastung und in Ruhe. Eine Basistherapie habe auf Dauer nicht geholfen. Durch die Schmerzausweitung sei es jetzt auch zu einem fibromyalgieähnlichen Zustand mit multiplen schmerzhaften Druckpunkten an der Muskulatur und den Sehnenansätzen gekommen. Die Arthritis scheine derzeit noch aktiv zu sein und man müsse abwarten, was die neue Kombinationstherapie bringe. Aufgrund der vorliegenden Befunde handle es sich noch um einen instabilen Zustand, der durch eine Umstellung der Basistherapie gebessert werden solle. Die angestammte Tätigkeit als ... in einer ... könne derzeit aufgrund der instabilen Situation nicht mehr ausgeführt werden (S. 5).

**3.3.4** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. Mai 2018 (act. II 63 S. 3-5) aus, es bestehe nach wie vor ein subjektiv unbefriedigender Verlauf bei bekannter rheumatoider Arthritis, dies trotz Basistherapie. In Diskrepanz dazu stehe weiterhin die Tatsache, dass die klinische Untersuchung

keine Hinweise für Synovitiden und Tenosynovitiden zeige und auch die Laborparameter keine Entzündungszeichen zeigten (S. 3 f.).

**3.3.5** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 24. Mai 2018 (act. II 70 S. 2 f.) als Hauptdiagnose subjektive Dysästhesien an den Füssen fest (S. 2). Die beschriebenen Sensationen könnten einer Polyneuropathie entsprechen, elektrophysiologisch könne aber eine solche nicht nachgewiesen werden. Er – Dr. med. J. \_\_\_\_\_ – habe auch in der klinischen Untersuchung keine Hinweise für das Bestehen einer Small-Fiber-Neuropathie oder einer radikulären Affektion gefunden. Diskutiert werden könnte ein Überlagerungsphänomen aufgrund der generalisierten Schmerzen, oder dann im Rahmen der auch bereits andiskutierten möglichen somatoformen Schmerzstörung (S. 3).

**3.3.6** Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (RAD) führte im Bericht vom 10. Oktober 2018 (act. II 75) aus, derzeit sei aufgrund der objektiv vorliegenden Befunde von einer Remission der rheumatoiden Arthritis und somit von einem stabilen Zustand auszugehen. Die Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar; hingegen sei eine den Leiden angepasste Tätigkeit seit Dezember 2017 im Umfang von 100 % bei einer Leistungseinschränkung von 20 % zumutbar (S. 7).

**3.3.7** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hielt zu Handen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers im Bericht vom 7. Januar 2019 (act. II 91 S. 29 f.) fest, mit Ausnahme der Schultern liege bei optimaler Therapie sowohl klinisch wie auch labormässig keine Aktivität vor. Im Bereich der Schultern handle es sich aus klinischer Sicht um eine Impingement-Symptomatik. Zusätzlich bestehe eine chronische Schmerzausweitung im Sinne einer Fibromyalgie (S. 29).

Mit weiterem Bericht vom 8. April 2019 (act. II 99 S. 15 f.) hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, es lägen weiterhin keine Synovitiden oder Tenosynovitiden vor (S. 16).

**3.3.8** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, stellte im Bericht vom 8. Juni 2020 (act. II 113 S. 5 ff.) im Wesentlichen die folgenden Diagnosen:

- Rheumatoide Arthritis
- Chronische Schmerzkrankheit (Fibromyalgie), am ehesten sekundär bei rheumatoider Arthritis; aktuell beschwerdeführend
- Schulterschmerzen beidseits linksbetont (Impingement-Symptomatik/Bursitis subacromialis; gebessert)
- Anamnestisch lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom
- Senk-Spreizfuss beidseits
- Status nach latenter Tbc (Tuberkulose)

Anamnestisch, klinisch und laborchemisch ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine signifikante entzündliche Krankheitsaktivität von Seiten der rheumatoiden Arthritis unter der Therapie. Im Vordergrund ständen generalisierte Schmerzen, betont an den Armen mit subjektiver Kraftlosigkeit, Erschöpfungsgefühl und muskelkaterartigen Beschwerden nach Belastung. Die Beschwerden würden durch die Behandlung mit Simponi und Methotrexat nicht beeinflusst. Insgesamt passten die geklagten Beschwerden zur chronischen Schmerzkrankheit im Sinne einer Fibromyalgie. Die Abgrenzung gegenüber gleichzeitig vorhandenen möglichen entzündlichen Beschwerden sei jedoch nicht abschliessend möglich (S. 5 f.).

**3.3.9** Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 19. Juni 2020 (act. II 113 S. 1-4) fest, Tätigkeiten ohne körperliche Belastung seien uneingeschränkt möglich (S. 4).

**3.3.10** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 21. Mai 2021 (act. II 147.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 147.1 S. 14):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Seropositive, ACPA-positive, bisher anerosive rheumatoide Arthritis (ICD-10 M05.89)
2. Degenerative Veränderungen (Polyarthrose), DD sekundär bei Diagnose 1 (ICD-10 M15.8)

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Sekundäres Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 M79.70)
2. Chronischer Nikotinabusus von kumulativ 20 Packyears (ICD-10 F17.1)
3. Aktenanamnestisch Status nach latenter Tuberkulose mit Status nach einjähriger Isoniazid-Behandlung (ICD-10 Z22.7)
4. Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)
5. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00)
6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die im Rahmen des Gutachtens durchgeführten radiologischen Untersuchungen zeigten verschiedene degenerative Manifestationen am Bewegungsapparat, welche bei klinisch unauffälliger Untersuchung jedoch eine untergeordnete Rolle zu spielen schienen. Zusammengefasst könne die Diagnose einer seropositiven rheumatoiden Arthritis bestätigt werden, die Erkrankung sei unter der aktuell laufenden Immunsuppressionstherapie gut eingestellt, aktive Gelenkentzündungen liessen sich sowohl klinisch als auch radiologisch nicht objektivieren. Die dargelegte Schmerzsymptomatik lasse sich durch diese Befunde jedoch nicht ausreichend erklären, so dass von einer Schmerzausweitung bzw. einer chronischen Schmerzerkrankung und/oder einem Fibromyalgiesyndrom ausgegangen werden müsse (S. 16). Aus psychiatrischer Sicht beständen Klagen über ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, gar nicht mehr arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Dass dem Beschwerdeführer deswegen allerdings keine berufliche Tätigkeit mehr zumutbar sein solle, könne schlecht nachvollzogen werden, namentlich, wenn das Aktivitätsniveau mit den ihm möglichen täglichen Aktivitäten betrachtet werde (S. 17).

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe aufgrund der führenden rheumatologischen Diagnosen eine vollständige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als ... sowie für alle dauerhaft mittelschweren und schweren beruflichen Verweistätigkeiten. Für eine adaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwere berufliche Verweistätigkeit, die gewissen qualitativen Richtlinien aus dem rheumatologischen Formenkreis entspreche, bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (80%ige Leistungsfähigkeit bei uneingeschränkter zeitlicher Anwesenheit). Diese Einschätzung gelte ab dem Datum der Begutachtung (S. 20).

**3.3.11** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 23. August 2021 (act. II 158 S. 4 f.) fest, das ganze Beschwerdebild sei unverändert (S. 4).

**3.3.12** Im Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Spital M.\_\_\_\_\_) vom 30. November 2022 (act. II 194 S. 3-5) wurde festgehalten, die berichtete Symptomatik sei nicht ausschliesslich klassisch entzündlicher Natur, sicherlich bestehe auch eine chronische Schmerzausweitung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung. Es zeigten sich jedoch eine erhöhte humorale Entzündungsaktivität sowie beidseits leichtgradige Ergüsse in den Handgelenken (S. 3).

**3.3.13** Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 17. Februar 2023 (act. II 207) unter Bezugnahme auf einen von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eingereichten MRI-Befundbericht vom 14. November 2022 (act. II 205 S. 1) aus, es zeigten sich bildgebend nur geringe und teilweise absolut altersentsprechende Veränderungen; als rheumatologisch wichtigstes Korrelat zeigten sich namentlich keine Erosionen (S. 2).

**3.3.14** Im Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 17. April 2023 (act. II 225 S. 1-4) wurde festgehalten, es bestehe eine subjektiv weiterhin nicht kontrollierte rheumatoide Arthritis. Bildgebend sei sowohl arthrosonographisch als auch radiologisch keine Erosion nachweisbar. Es werde über eine grosse Einschränkung im Alltagsleben berichtet. Die persistierenden Schmerzen bei nicht klar objektivierbaren Beschwerden (keine tastbaren Synovialitiden) seien aktuell schwer zu deuten. Es bestehe sicherlich ein chronisches, somatisches (rheumatoide Arthritis) Schmerzsyndrom mit psychischen Anteilen (Depression [S. 2]; vgl. auch act. II 237 S. 2).

**3.3.15** Im bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 19. November 2023 (act. II 263.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 263.3 S. 4):

Seropositive rheumatoide Arthritis, bisher nicht erosiv (ICD-10 M05)

- Sekundäre nicht-organische chronische Schmerzkrankung, Fatigue

Chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1)

Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus der interdisziplinären Bewertung der funktionellen Beeinträchtigungen im Rahmen der chronischen Schmerzerkrankung und den zusätzlich mechanischen Funktionsstörungen im Rahmen der rheumatoiden Arthritis. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... betrage 0 %. In einer Tätigkeit entsprechend dem im rheumatologischen Gutachten aufgeführten Belastungsprofil (act. II 263.1 S. 28 f.) bestehe interdisziplinär eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, dies unter Berücksichtigung sowohl der psychiatrischen Befunde wie auch der damit korrelierenden Beobachtungen in der beruflichen Abklärung der Abklärungsstelle N.\_\_\_\_\_. Im zeitlichen Verlauf werde diese Limitierung seit mindestens Beginn der Abklärung der Abklärungsstelle N.\_\_\_\_\_ im Mai 2022 festgelegt, entsprechend einer Zunahme des Schweregrades der chronischen Schmerzerkrankung gegenüber dem Vorgutachten vom Mai 2021 (act. II 263.3 S. 5).

In ihrer Stellungnahme vom 14. Juni 2024 (act. II 277) bestätigten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dies entspreche auch den Resultaten der Eingliederungsmassnahme, wo eine Präsenzzeit von 50 % mit guter Arbeitsqualität in geeigneten Tätigkeiten erreicht worden sei (S. 2). Aus gutachterlicher Sicht erscheine es rückblickend Ermessenssache, ob die Arbeitsfähigkeit von 50 % nun ab August 2021 oder Mai 2022 festgelegt werde (S. 3).

### **3.4**

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

**3.4.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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 Beweismwürdigung 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).

### **3.5**

**3.5.1** Das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ vom 19. November 2023 (act. II 263.1 ff.) samt ergänzender Stellungnahme vom 14. Juni 2024 (act. II 277) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt Beweis (vgl. E. 3.4.2 vorne). Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung – welche weitgehend mit derjenigen der behandelnden Ärzte übereinstimmt (vgl. E. 3.3 vorne) – überzeugend und die psychiatrische Teilexpertise orientiert sich bei der Frage der funktionellen Auswirkungen der festgestellten (psychischen) Beeinträchtigungen an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 3.2.3 vorne). Danach liegt beim Beschwerdeführer in rheumatologischer Hinsicht eine seropositive, bisher nicht erosive rheumatoide Arthritis (ICD-10 M05) und in psychischer Hinsicht eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) vor (act. II 263.3 S. 4), welche die Arbeitsfähigkeit in der ange-

stammten Tätigkeit als ... zu 100% und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit zu 50 % beeinträchtigen (S. 5).

**3.5.2** Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch: So trifft es zwar zu, dass die Stellungnahme vom 14. Juni 2024 (act. II 277) nur vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ unterzeichnet wurde (Beschwerde S. 5 Ziff. 1). Das schadet vorliegend jedoch nicht, wurde darin doch im Wesentlichen lediglich nochmals bestätigt, was bereits im Gutachten (act. II 261.1 ff.) festgehalten worden war, nämlich, dass aus rein orthopädischer Sicht ein höheres Pensum als ein 50%-Pensum zumutbar wäre (act. II 263.1 S. 28 f.; 277 S. 2), jedoch unter Berücksichtigung der Einschränkung der Leistungsfähigkeit sowie der psychiatrischen Befunde eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 50 % resultiere (act. II 263.3 S. 5; 277 S. 2). Weiter wurde in der Stellungnahme schlüssig und in Übereinstimmung mit dem Gutachten nochmals festgehalten, dass entgegen der offenbaren Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. 1) die somatischen und psychischen Einschränkungen nicht additiv, sondern integrativ im Rahmen der Schmerzsituation zu bewerten seien, so dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % im Rahmen der 50%igen Arbeitsfähigkeit zu sehen ist (act. II 277 S. 2). Dabei haben die Gutachter bei ihrer Beurteilung nicht unwesentlich (zu Gunsten des Beschwerdeführers) auch die (der fehlenden subjektiven Anstrengungsbereitschaft geschuldete) schwache Leistung anlässlich der Abklärung bei der Abklärungsstelle N. \_\_\_\_\_ (act. II 183) mit einbezogen (act. II 263.1 S. 29 ff.; 263.2 S. 20, 23 f.; 263.3 S. 5 f.). Diese Einschätzung liegt jedoch gerade noch innerhalb des gutachterlichen Ermessens, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

Was sodann die kritisierte Einschätzung betreffend Relevanz der im Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2020 (act. II 113 S. 5 ff.) erwähnten Schulterschmerzen beidseits anbelangt (Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 11. November 2024 S. 1 f.), so wies Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zutreffend darauf hin, dass im nämlichen Bericht lediglich eine leichte Impingement-Symptomatik bei im Übrigen unauffälligem Status (S. 6) festgestellt worden sei; zudem wurde der Gesundheitszustand insoweit als "gebessert" beschrieben (S. 5). Im Übrigen bestehen in den medizinischen

Akten keine Anhaltspunkte für eine spezifisch von Seiten der Schultern ausgehende, rheumaunabhängige und potentiell invalidisierende funktionelle Beeinträchtigung (vgl. E. 3.3 vorne; act. II 263.1 S. 20, 24), so dass die insoweit fehlende Fachkompetenz des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ für die Beurteilung der Schulterproblematik ohne Belang ist. Demnach beinhalten weder die Vorbringen des Beschwerdeführers noch die übrigen medizinischen Berichte konkrete Indizien gegen den Beweiswert des Gutachtens der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.4.2 vorne).

**3.6** Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ergibt sich sodann Folgendes:

**3.6.1** Zunächst besteht – mit Blick auf die Akten zu Recht – Einigkeit dahingehend, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... während des gesamten Beurteilungszeitraums gesundheitsbedingt nicht mehr zumutbar war bzw. ist (act. II 75 S. 7; 147.1 S. 19; 263.3 S. 5).

**3.6.2** Was die Frage nach Grad und Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit anbelangt, ergibt sich was folgt:

**3.6.2.1** Gemäss dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ besteht insoweit seit Mai 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. II 263.3 S. 5). Zwar wurde in der Stellungnahme vom 14. Juni 2024 festgehalten, es sei "Ermessenssache", ob als möglicher Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % der August 2021 oder der Mai 2022 zugrunde zu legen sei (act. II 277 S. 2 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass im August 2021 im Rahmen einer Laborkontrolle zwar tatsächlich höhere Entzündungswerte festgestellt wurden (act. II 158 S. 6), Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 23. August 2021 (act. II 158 S. 4 f.) jedoch festhielt, das Bild sei "eigentlich unverändert" (S. 4). Namentlich ergaben sich (auch damals) bildgebend keinerlei Hinweise für Erosionen, Synovitiden oder Tenosynovitiden (S. 5). Entsprechend ist als Beginn der Arbeitsfähigkeit von 50 % der Mai 2022 zugrunde zu legen, nachdem für die (invalidenversicherungsrechtlich allein relevante) Frage des funktionellen Leistungsvermögens nicht allein auf einen Entzündungswert abgestellt werden kann, sondern das (klinische) Gesamtbild massgebend ist.

**3.6.2.2** Im Übrigen haben sich die Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor Mai 2022 nicht

geäussert. Insoweit folgt aus den Akten zunächst, dass der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 10. Oktober 2018 (act. II 75) hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit ab Dezember 2017 ein Pensum von 100 % bei einer Leistungseinschränkung von 20 % als zumutbar erachtete (S. 7). Seine Begründung, wonach ab diesem Zeitpunkt keine Synovitiden oder Tenosynovitiden mehr vorgelegen hätten, deckt sich mit dem Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2017 (act. II 47 S. 9). In der Folge wurde der medizinische Sachverhalt mit VGE IV 200 2019 14 63 E. 4.3 jedoch als weiter abklärungsbedürftig beurteilt (act. II 106 S. 16), woraufhin die Beschwerdegegnerin bei der MEDAS ein polydisziplinäres Gutachten einholte. Entgegen der allein pauschalen Kritik in der Beschwerde (S. 6 Ziff. 3, S. 7 Ziff. 6) erfüllt auch dieses Gutachten die rechtsprechungsgemässen Vorgaben an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. E. 3.4.2 vorne). In dieser Expertise wurde die RAD-ärztliche Einschätzung bestätigt, wonach in einer den Leiden adaptierten Tätigkeit aus polydisziplinärer – mithin internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer – Sicht bezogen auf ein 100%-Pensum eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht (act. II 147.1 S. 20), was gemäss Gutachtern ab der Begutachtung – abzustellen ist auf den Zeitpunkt der Konsensdiskussion vom 20. Mai 2021 – (S. 24) galt (S. 20). Zwar kritisierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diese Einschätzung, dies aber in eher oberflächlicher Art und Weise und notabene ohne selbst eine konkrete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzugeben (act. II 263.2 S. 18). Überdies fand seine Kritik keinen Eingang in die unter Einbezug von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erfolgte interdisziplinäre Beurteilung (act. II 263.3). Mit Blick auf die konkrete Fragestellung betreffend Veränderung der Situation im Vergleich zum MEDAS-Gutachten vom 21. Mai 2021 (act. II 263.1 S. 30) ergibt sich denn auch, dass interdisziplinär von einer nach der letzten Begutachtung eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen und auch das familiäre und soziale Funktionsniveau ausdrücklich als "deutlich eingeschränkter" beurteilt wurde als im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung (act. II 263.3 S. 4). Damit übereinstimmend wurde der (gemäss Gutachten [vgl. E. 3.6.2.1 vorne]) ab Mai 2022 postulierte Beginn der 50%igen Arbeitsunfähigkeit mit einer gemäss den Experten anlässlich der beruflichen Abklärung in der Abklärungsstelle N. \_\_\_\_\_ (act. II 183) zu Tage getretenen Zunahme des Schweregrades

der chronischen Schmerzerkrankung gegenüber dem Vorgutachten vom Mai 2021 begründet (act. II 263.3 S. 5).

Schliesslich gilt – wie gezeigt – die im MEDAS-Gutachten bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit zwar erst ab Mai 2021. Jedoch war der Krankheitsverlauf zwischen dem Bericht des RAD-Arztes Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018 (act. II 75) bzw. der von ihm ab Dezember 2017 postulierten Arbeitsfähigkeit von 80 % und dem Gutachten der MEDAS vom 21. Mai 2021 weitgehend stabil (vgl. E. 3.3.7-3.3.9 vorne). Insbesondere ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte für zwischenzeitlich eingetretene wesentliche und dauerhafte Verschlechterungen (Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [SR; 831.201]; vgl. E. 3.3 vorne) des Gesundheitszustandes (vgl. auch act. II 263.1 S. 23), so dass bis und mit April 2022 bezüglich einer den Leiden angepassten Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich und durchgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit im Sinne der Einschätzungen im MEDAS-Gutachten auszugehen ist.

**3.6.3** Zusammenfassend beträgt die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit bis April 2022 80 % und ab Mai 2022 50 %. Auf dieser medizinisch-theoretischen Grundlage ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

#### 4.

Mit Blick auf die im November 2017 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 28) ist der frühestmögliche Rentenbeginn bei seit September 2016 bescheinigter Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (act. II 263.3 S. 5) grundsätzlich auf den 1. Mai 2018 festzulegen (Art. 28 Abs. 1 lit. b und 29 Abs. 1 IVG). Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenbeginn mit der angefochtenen Verfügung aufgrund der per 30. Juni 2022 abgebrochenen Eingliederungsmassnahmen (act. II 183 S. 2) respektive des bis zu diesem Zeitpunkt ausgerichteten Taggeldes (act. II 167; Art. 29 Abs. 2 IVG) auf den 1. Juli 2022 festgelegt (act. II 279). Der Beschwerdeführer macht insoweit geltend, sein Gesundheitszustand sei während eineinhalb Jahren nach der Anmeldung als instabil bezeichnet worden, womit keine Eingliederung

rungsfähigkeit bestanden habe bzw. der Rentenanspruch bereits damals entstanden sei (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 2). Wie es sich damit verhält kann offen bleiben. Denn selbst wenn die Eingliederungsfähigkeit mit Blick auf die damals mit VGE IV 200 2019 14 63 E. 4.3 (act. II 106 S. 16) erkannte Abklärungsbedürftigkeit des medizinischen Sachverhalts verneint, die Möglichkeit der Entstehung eines Rentenanspruchs dem Grundsatz nach bejaht und der frühestmögliche Rentenbeginn folglich auf den Mai 2018 festgelegt wird, wirkt sich dies – wie nachfolgend zu zeigen ist – nicht zu Gunsten des Beschwerdeführers aus.

## **5.**

Der Invaliditätsgrad ist mit Blick auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.6.3 vorne) bzw. angesichts der per Januar 2024 geltenden Neufassung des Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV jeweils per Mai 2018, Mai 2022 und für die Zeit ab Januar 2024 zu ermitteln. Die entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Bestimmung des Invaliditätsgrades haben mit Inkrafttreten der WEIV geändert (vgl. E. 3.1 vorne).

**5.1** Für den Zeitraum bis 31. Dezember 2021 gilt was folgt:

**5.1.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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.

**5.1.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat

so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12, 8C\_134/2021 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 70, 8C\_276/2021 E. 4.2).

**5.1.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, privater Sektor, abgestellt wird (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen 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).

**5.1.4** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, 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).

**5.2** Für die Zeit ab 1. Januar 2022 präsentiert sich die Rechtslage wie folgt:

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

**5.2.2** 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).

**5.2.3** 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<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 (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 Satz 1 IVV). Sodann galt hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV bis 31. Dezember 2023 Folgendes: Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen. Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26<sup>bis</sup> 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 (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439).

Seit 1. Januar 2024 lautet Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV sodann wie folgt: Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV werden 10 % abgezogen. 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 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig.

**5.2.4** Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der LSE des 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). In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_Level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend. In begründeten Fällen kann nach wie vor auch auf andere Tabellen der LSE abgestellt werden (vgl. Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Weiterentwicklung der IV], Erläuternder Bericht des BSV [nach

Vernehmlassung; nachfolgend Vernehmlassung BSV], S. 47; Rz. 3207 KSIR).

### 5.3

**5.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat für die Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. E. 5.1.2 und E. 5.2.2 vorne) auf den bei der O.\_\_\_\_\_ zuletzt erzielten Verdienst angeknüpft, welchen der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als ... erzielte (act. II 279 S. 5). Damit ging sie (implizit) davon aus, dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeit krankheitsbedingt aufgeben musste bzw. er im hypothetischen Gesundheitsfall weiterhin in derselben Anstellung tätig wäre.

Richtig ist, dass aufgrund der Akten keine Anhaltspunkte dafür bestehen, wonach der Beschwerdeführer als Gesunder überwiegend wahrscheinlich eine andere berufliche Tätigkeit als jene eines ... ausüben würde, war diese Arbeit für ihn doch positiv besetzt (act. II 263.2 S. 17). Jedoch kann der Beschwerdegegnerin insoweit nicht gefolgt werden, als sie davon ausging, dass er als Gesunder auch weiterhin an derselben Arbeitsstelle tätig wäre, die Kündigung mithin aus gesundheitlichen Gründen erfolgte. Zwar machte der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtungen dergleichen wiederholt geltend (vgl. act. II 147.3 S. 6; 263.1 S. 19), doch zeigen die Akten ein wesentlich anderes Bild: In der – gemäss Angaben in der Stellungnahme vom 7. März 2025 (S. 2) unangefochten gebliebenen – Verfügung der O.\_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2016 (act. II 45.1) wurden die Gründe für die per Ende September 2016 erfolgte Kündigung detailliert dargelegt. Danach habe es seit 2011 "bis heute" immer wieder Beanstandungen durch den Vorgesetzten sowie weitere ... und Mitarbeitende der O.\_\_\_\_\_ gegeben. Die Beanstandungen hätten unter anderem die Personalführung und Kontrolle des ...personals, die Anwesenheitszeiten, die Sauberkeit der \$..., die Zusammenarbeit mit den ..., das Einhalten von Terminen oder auch die mangelhafte Kommunikation betroffen. Die ungenügenden Deutschkenntnisse hätten immer wieder zu Missverständnissen mit der Kundschaft (Vorgesetzte, ..., ...personal, Arbeitskollegen und externen Personen, zum Beispiel ...) geführt (S. 1). Im Rahmen dieser Verfügung wurde dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör gewährt, wovon er Gebrauch machte und dabei – wie aus der Verfügung hervorgeht – keinerlei Angaben dahin-

gehend machte, dass gesundheitlich bedingte Faktoren zu den beanstandeten Minderleistungen geführt hätten (S. 2). Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, dass diese Angaben sowie die übrigen Feststellungen in der Verfügung unvollständig wären. Sodann trifft es zwar zu, dass er gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (act. II 267 S. 1) zuletzt im Jahr 2015 mehr Lohn erhielt; jedoch spricht dies entgegen seinen Vorbringen in der Stellungnahme vom 7. März 2025 nicht gegen eine mangelhafte Leistung im weiteren Verlauf. Auch kann offen bleiben, wie es sich mit den angeblich fehlenden Deutschkenntnissen des Beschwerdeführers verhielt, da dies nur einen Kritikpunkt unter vielen darstellte. Auch kann der Beschwerdeführer aus den ins Recht gelegten Arbeitszeugnissen (act. I 12 f.) nichts zu seinen Gunsten ableiten, beschlagen diese doch einen Zeitraum von 2006 bis 2008 und geben damit keinen Aufschluss über die im weiteren Verlauf erbrachte Arbeitsleistung.

Sodann finden sich in den medizinischen Akten unterschiedlichste Angaben hinsichtlich des Beginns der rheumatoiden Symptomatik (2015 bzw. 2016 [act. II 42 S. 2], 2012 [act. II 42 S. 11], 2010 [act. II 47 S. 17], 2008 [act. II 147.5 S. 5], 1998 [act. II 263.2 S. 12]). Dessen ungeachtet ergeben sich auch aus den Arztberichten keine echtzeitlichen Anhaltspunkte dafür, dass die nachmalig zur Invalidität führenden gesundheitlichen Einschränkungen das funktionelle Leistungsvermögen bereits während der Anstellung bei der O.\_\_\_\_\_ dergestalt beeinträchtigt hätten, dass sie als ursächlich für die zur Kündigung führenden Beanstandungen in Betracht zu ziehen wären: So war die seit August 2013 dokumentierte krankheitsbedingte Abwesenheit (act. II 16 S. 1; 18.3 S. 4; 45.3 S. 3 f.) auf eine Diskopathie im Bereich der Lendenwirbelkörper 4 und 5 zurückzuführen (act. II 18.3 S. 1 ff.), welche im März 2014 operiert wurde (act. II 91 S. 19). Im Übrigen wurde von einem guten Allgemeinzustand berichtet (act. II 91 S. 17) und die damaligen ärztlichen Feststellungen enthalten keine Anhaltspunkte für eine rheumatoide Problematik oder entsprechende Beschwerden (vgl. auch act. II 91 S. 21). Auch anderweitig liegen keine medizinischen Berichte im Recht und solche wurden auch nicht vorgelegt, welche zum Schluss führten, dass die Kündigung respektive die darin erfolgten Beanstandungen eine Folge rheumatoider Beschwerden bzw. der später zur Invalidität führenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen gewesen wären.

**5.3.2** Erfolgte der damalige Stellenverlust demnach überwiegend wahrscheinlich nicht krankheits- bzw. invaliditätsbedingt, ist der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen (Urteil des BGer 8C\_84/2024 vom 12. Februar 2025 E. 5.1). Wie in E. 5.3.1 hiavor erwogen, wäre der Beschwerdeführer als Gesunder überwiegend wahrscheinlich weiterhin als ... tätig. Mit Blick auf Ziff. 81 der NOGA 2008 (bzw. 2025), Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige ("Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau"; <[www.kubb-tool.bfs.admin.ch](http://www.kubb-tool.bfs.admin.ch)>), welche namentlich auch ... einschliesst (vgl. NOGA Ziff. ...), sowie in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im öffentlichen Sektor tätig war und es auch als Gesunder weiterhin sein könnte, ist für den gesamten Beurteilungszeitraum auf die Tabelle T1\_tirage\_skill\_level, Männer, Position 77,79-82 "Sonst. wirtschaftliche Dienstl. (ohne 78 [welcher die Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften betrifft])", abzustellen (vgl. E. 5.1.2 und E. 5.2.2 vorne; Urteil des BGer 8C\_284/2023 vom 28. Februar 2024 E. 7.3.2). Der Beschwerdeführer verfügt über eine zweijährige Ausbildung zum ... im Sinne eines Eidgenössischen Berufsattests (EBA [act. II 29 S. 2]), so dass das Kompetenzniveau 2 zugrunde zu legen ist.

Im Einzelnen ergibt sich somit Folgendes:

**5.3.2.1** Pro Mai 2018 beziffert sich das Valideneinkommen (vgl. E. 5.1.2 vorne) unter Zugrundelegung der LSE 2018 (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70) sowie angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76; Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Position 77 + 79-82) auf Fr. 66'692.90 (Fr. 5'268.-- x 12 / 40 x 42.2)

**5.3.2.2** Ab Mai 2022 ist für das Valideneinkommen (vgl. E. 5.2.2 vorne) auf die LSE 2022 abzustellen (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70). Dieses beläuft sich auf Fr. 67'422.60 (Fr. 5'351.-- x 12 / 40 x 42).

**5.3.2.3** Schliesslich sind auch für das pro 2024 zu bestimmende Valideneinkommen die LSE 2022 sowie die Zahlen für das Jahr 2023 zugrunde zu legen, weil die definitiven Zahlen zur Wochenarbeitszeit und Nominallohnentwicklung für das Jahr 2024 noch nicht bekannt sind und die Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung 2024 (vgl. Urteil des BGer 8C\_659/2022, 8C\_707/2022 vom 2. Mai 2023 E. 7.2) nach der hier ange-

flichten Verfügung veröffentlicht wurde. Demnach beziffert sich das Valideneinkommen per 2024 auf Fr. 68'774.60 (Fr. 5'351.-- / 40 x 42.1 / 102.1 x 103.9 [T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, Position N]).

## **5.4**

**5.4.1** Indem der Beschwerdeführer keiner (ihm zumutbaren) Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist hinsichtlich des Invalideneinkommens für den gesamten Beurteilungszeitraum ebenfalls auf Tabellenlöhne gemäss LSE abzustellen. Praxisgemäss sowie mit Blick auf die jeweils massgeblichen Zumutbarkeitsprofile (act. II 75 S. 7; 147.1 S. 19 f.; 263.3 S. 5 i.V.m 263.1 S. 29) sowie die erwerbsbiographisch ausgewiesenen Fertigkeiten (act. II 24 S. 2 f.) ist dabei der Wert Total, Männer, Kompetenzniveau 1 gemäss Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, zugrunde zu legen (vgl. E. 5.1.3 und E. 5.2.3 vorne). Sodann steht das Alter des im Zeitpunkt des bidisziplinären Gutachtens vom 19. November 2023 (act. II 263.1 ff.) 58-jährigen Beschwerdeführers der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht entgegen (Beschwerde S. 6 Ziff. 3). Zum einen bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass dem Beschwerdeführer eine Umstellung krankheitsbedingt nicht möglich wäre; zum andern erfordern die hier in Frage kommenden einfachen Tätigkeiten keinen erheblichen Umstellungs- oder Einarbeitungsaufwand. Es kann mithin nicht gesagt werden, dass die vorliegend zumutbare Tätigkeit (act. II 263.1 S. 28 f.) in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erschiene (BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188; SVR 2024 IV Nr. 18 S. 59, 8C\_346/2023 E. 2.3).

**5.4.2** Was den leidensbedingten Abzug anbelangt, so ist Folgendes festzuhalten:

Für die Zeit ab Mai 2018 (vgl. E. 5.1.3 vorne) besteht kein Raum für einen leidensbedingten Abzug, wurde dem Beschwerdeführer im MEDAS-Gutachten vom 21. Mai 2021 in einer den Leiden angepassten Tätigkeit doch bereits eine um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs bei gleichzeitig zeitlich uneingeschränkter

Anwesenheit (act. II 147.1 S. 20) bei im Übrigen wenig restriktiv formuliertem Zumutbarkeitsprofil (S. 19 f.) bescheinigt.

Für die Zeit ab Mai 2022 (vgl. E. 5.2.3 vorne) gilt grundsätzlich Art. 26 Abs. 3<sup>bis</sup> IVV in der bis 31. Dezember 2023 in Kraft gestandenen Fassung (vgl. E. 5.2.3 vorne), wonach bei einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger ein Abzug von 10 % wegen Teilzeitarbeit zu erfolgen hat. Im Übrigen ist (mit Blick auf BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439; vgl. E. 5.2.3 vorne) auf das von den Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ erstellte Zumutbarkeitsprofil abzustellen. Danach sollte eine optimal angepasste Tätigkeit wechselbelastend mit vorwiegendem Sitzen und vor allem hinsichtlich Belastung der Hände und Füsse körperlich leicht sein. Leichte feinmotorische Arbeiten sind aufgrund der objektiven klinischen Befunde möglich, repetitive und mittelschwere oder schwere grobmotorische Arbeiten dagegen nicht zumutbar. Längeres Stehen oder Gehen sind zu vermeiden. Häufiges Tragen von Lasten sollte ebenfalls vermieden werden, gelegentliches Heben oder Tragen auf maximal 7.5 kg bis 10 kg begrenzt sein (act. II 263. 3 S. 5; 263.1 S. 28 f.). Diese Faktoren führen nicht zu einem lohnrelevanten Nachteil. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer ein genügend breites Spektrum an möglichen Hilfsarbeitertätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung (vgl. Urteil des BGer 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2, dem ein vergleichbarer Sachverhalt zugrunde lag). Damit ist der leidensbedingte Abzug ab Mai 2022 auf 10 % festzusetzen.

Für die Zeit ab Januar 2024 ist sodann auf Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der ab 1. Januar 2024 gültigen Fassung (vgl. E. 5.2.3 vorne) abzustellen und der leidensbedingte Abzug folglich auf 20 % festzulegen.

**5.4.3** Demnach beziffert sich das Invalideneinkommen per Mai 2018 auf Fr. 54'213.35 (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 x 0.8), per Mai 2022 auf Fr. 29'864.50 (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 x 0.5 x 0.9) und per Januar 2024 auf Fr. 26'996.15 (Fr. 5'305.-- x 12 / 40 x 41.7 / 100.3 x 102 [T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, TOTAL] x 0.5 x 0.8).

**5.5** Daraus resultieren die folgenden Invaliditätsgrade:

Ab Mai 2018 beträgt der Invaliditätsgrad 18.71% bzw. gerundet (zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C\_575/2018 E. 7.1) 19 % ( $[(\text{Fr. } 66'692.90 - \text{Fr. } 54'213.35)] / \text{Fr. } 66'692.90 \times 100$ ). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.2.2.1 vorne).

Ab Mai 2022 beträgt der Invaliditätsgrad 55.7 % bzw. gerundet 56 % ( $[(\text{Fr. } 67'422.60 - \text{Fr. } 29'864.50)] / \text{Fr. } 67'422.60 \times 100$ ), womit Anspruch auf 56 % einer ganzen Invalidenrente besteht (vgl. E. 3.2.2.2 vorne). Weil dem Beschwerdeführer aufgrund laufender Eingliederungsmassnahmen (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG) bis 30. Juni 2022 Taggelder ausgerichtet wurden (act. II 167; Art. 29 Abs. 2 IVG), ist Anspruchsbeginn der 1. Juli 2022.

Ab Januar 2024 beläuft sich der Invaliditätsgrad auf 60.7 % bzw. gerundet 61 % ( $[(\text{Fr. } 68'774.60 - \text{Fr. } 26'996.15)] / \text{Fr. } 68'774.60 \times 100$ ), womit Anspruch auf 61 % einer ganzen Invalidenrente besteht (vgl. E. 3.2.2.2 vorne).

**5.6** Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 26. Juli 2024 (act. II 279) dahingehend abzuändern, als dem Beschwerdeführer ab Juli 2022 lediglich 56 % bzw. ab Januar 2024 61 % einer ganzen Invalidenrente zustehen. Auf die mögliche Schlechterstellung wurde der Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2025 aufmerksam gemacht.

## **6.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

**6.2** Nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfügung vom 26. Juli 2024 der IV-Stelle Bern wird dahingehend abgeändert, als dem Beschwerdeführer ab Juli 2022 56 % und ab Januar 2024 61 % einer ganzen Invalidenrente zustehen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerde-führers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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