

IV 200 2024 649
FRC/SHE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Februar 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. August 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1975 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), ... Staatsangehöriger, reiste am TT.MM 2013 in die Schweiz ein und meldete sich im Juni 2022 unter Verweis auf Rückenschmerzen, eine Depression sowie Schlaf- und Nasenprobleme bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie bei den Dres. med. B._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres orthopädisch-psychiatrisches Gutachten vom 8. April 2024 ein (act. II 79.1 ff.). Mit Vorbescheid vom 16. April 2024 (act. II 81) stellte die IVB in Aussicht, bei Invaliditätsgraden von 16 % bis zum 31. Dezember 2023 und 24 % ab dem 1. Januar 2024 den Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 82, 88) holte die IVB eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 7. August 2024 (act. II 93) ein und verfügte am 26. August 2024 (act. II 95) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 20. September 2024 (Postaufgabe vom 23. September 2024 [vgl. Sendungsverfolgung der Schweizerischen Post {in den Gerichtakten}]) erhob der Beschwerdeführer dagegen Beschwerde. Er beantragt die Veranlassung weiterer medizinischer Abklärungen.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2024 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 26. August 2024 (act. II 95). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

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

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

2.

2.1

2.1.1 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 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). Dabei ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.1.2 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 Jah-

res 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).

2.2 Ausländische Staatsangehörige sind, vorbehaltlich Art. 9 Abs. 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 IVG).

Die besonderen Voraussetzungen des Anspruchs auf eine ordentliche Rente setzen unter anderem voraus, dass die versicherte Person bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG; vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_237/2020 vom 23. Juli 2020 E. 5.1). Im Fall einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt eingetreten, in dem der Anspruch nach Art. 8 Abs. 1 ATSG und Art. 4 Abs. 2 i.V.m. Art. 28 ff. IVG entsteht, d.h. frühestens, wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % bleibend oder für längere Zeit erwerbsunfähig (Art. 7 und 8 ATSG) ist (vgl. zum Ganzen BGE 137 V 417; BGer 8C_237/2020 E. 5.2, Urteil des BGer 8C_58/2019 vom 22. Mai 2019 E. 2.3 und 8C_167/2014 vom 8. August 2014 E. 4; vgl. Urteil des BGer 9C_711/2015 vom 21. März 2016 E. 6.3.2 in fine).

2.3 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 Ob die in den Unterlagen neben anderen Leiden aufgeführten Diagnosen einer Depression und Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bereits bei der Einreise in die Schweiz am TT. MM 2013 bestanden (vgl. etwa act. II 58) und diesbezüglich damals seit über einem Jahr eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorlag, mithin die versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Anspruch auf eine ordentliche Rente der Invalidenversicherung infolgedessen nicht erfüllt wären (E. 2.2 hiervor), kann mit Blick auf das Ergebnis (vgl. E. 4.7 f. hiernach) offen gelassen werden.

3.2 Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. B. _____ und C. _____ vom 8. April 2024 (act. II 79.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt (S. 6 Ziff. 4.3 lit. b):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.10)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt (Ziff. 4.3 lit. c):

1. Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4)
 - Radiologisch leichtgradige Osteochondrose und Diskusprotrusion LWK4/5 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 beidseits und unauffällige Iliosakralgelenke (MRI vom 15. November 2021)
2. Seit etwa zwei Monaten bestehende Schulterbeschwerden links (ICD-10 M79.61)
 - Bildgebend Tendinose der ansatznahen Supraspinatussehne (Röntgen und Sonographie vom 25. Januar 2024)
3. PTBS (ICD-10 F43.1)

Der Beschwerdeführer habe vorwiegend über Rückenschmerzen berichtet, weshalb er seit zwei Jahren nicht mehr arbeiten könne. Bei der orthopädischen Untersuchung seien ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom bei radiologisch nachgewiesener leichtgradiger Osteochondrose LWK4/5 sowie seit etwa zwei Monaten bestehende Schulterschmerzen

links bei einer Tendinose der Supraspinatussehne diagnostiziert worden. Die körperliche Belastbarkeit sei dadurch etwas eingeschränkt, wobei bei den leichten Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer ausgeübt habe, keine verstärkte Beschwerdeexazerbation gegenüber den Alltagsaktivitäten zu erwarten sei. Die von ihm angegebenen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik festgestellt worden. Die depressive Störung sei gemäss den anamnестischen Angaben rezidivierend. Zusätzlich bestehe auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche sich in Einschränkungen äussere, die somatisch nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Durch die depressiven Verstimmungen mit verminderter Freude, erhöhter Ermüdbarkeit und Insuffizienzgefühlen sowie die auslösenden Schmerzen bestehe aus psychiatrischer Sicht eine leichte Leistungseinschränkung für jegliche Tätigkeiten. Eine PTBS könne zwar diagnostiziert werden, wirke sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, da die Symptomatik nur leichtgradig ausgeprägt sei (Ziff. 4.3 lit. a). Die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit für jegliche Tätigkeit seien begründet mit den psychischen Befunden. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer in letzter Zeit ausgeübt habe oder ähnlich gelagerte Tätigkeiten (S. 7 Ziff. 4.5). Die zuletzt ausgeübte leichte, wechselbelastende Tätigkeit als ... entspreche einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer an acht bis achteinhalb Stunden täglich zumutbar. Dabei bestehe eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit bei etwas erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Bezogen auf ein Vollzeitpensum bestehe in einer solchen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Dies gelte seit der Krankschreibung im Februar 2022. Eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne weder vorher noch seither zugeordnet werden (Ziff. 4.6 f.).

3.2.2 Mit dem gegen den Vorbescheid vom 16. April 2024 (act. II 81) erhobenen Einwand vom 21. Mai 2024 (act. II 88) wurden folgende medizinischen Unterlagen eingereicht:

Dr. med. D._____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 6. April 2024 (act. II 88/6) ein Impingement-Syndrom der linken Schulter. Etwa im Januar 2024 seien relativ plötzlich Schmerzen der linken Schulter aufgetreten, welche sich nicht besserten. Wegen der starken Schmerzen sei eine systematische Untersuchung nicht möglich gewesen. Anamnese und Befunde würden für eine länger bestehende degenerative Erkrankung des linken Schultergelenkes sprechen. Einerseits bestehe radiologisch und sonografisch ein Impingement des linken Schultergelenkes. Andererseits liege eine extreme muskuläre Schwäche durch die allgemeine Dekonditionierung vor. Die Befunde und der Verlauf würden ausführlich mit dem Beschwerdeführer besprochen. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Indikation zur lokalen Infiltration. Nach Information des Beschwerdeführers über die Behandlungsalternativen (Abwarten, Physiotherapie, Infiltration) mit den entsprechenden Risiken sowie Vor- und Nachteilen habe sich dieser für eine Physiotherapie entschieden. Bei ausbleibendem Erfolg wäre er mit einer lokalen Infiltration einverstanden.

Dr. rer. medic. E._____, Psychologische Psychotherapeutin, führte in ihrer Stellungnahme vom 2. Mai 2024 (act. II 88/5) aus, der Beschwerdeführer leide seit Kindheit an Dyslexie und Dyskalkulie. Er sei mehrfach bestraft und traumatisiert worden für seine Unfähigkeit, das Gelesene zu verstehen und mathematische Aufgaben zu lösen. Seine Deutschkenntnisse seien sehr beschränkt. Es sei sehr wenig wahrscheinlich, dass er diese noch verbessern könne. Deswegen kämen keine Erwerbstätigkeiten in Frage, die mit Textverständnis oder Kalkulationen zusammenhängen. Hinzu kämen eine extreme Vergesslichkeit, Ruhelosigkeit, Impulsivität und Desorganisation. Die Symptome entsprächen einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0). Der Beschwerdeführer habe aufgrund der schwierigen psychosozialen Situation mit fehlender positiver Verstärkung eine depressive Störung entwickelt. Aktuell sei diese mindestens eine mittelgradige bis schwere Episode. In diesem Zustand sei eine Erwerbstätigkeit sehr problematisch.

3.2.3 Die Dres. med. B._____ und C._____ äusserten sich in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 7. August 2024 (act. II

93/2) zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden und eingereichten medizinischen Berichten. Teilleistungsstörungen würden quantitativ mit einer entsprechenden neuropsychologischen Testuntersuchung erfasst. Menschen mit Teilleistungsstörungen seien aber in der Regel in entsprechenden lebenspraktischen Tätigkeiten arbeitsfähig, worauf bereits im psychiatrischen Teilgutachten hingewiesen worden sei. Die von Dr. rer. medic. E._____ aufgezählten Symptome extreme Vergesslichkeit, Unaufmerksamkeit, Ruhelosigkeit, Impulsivität und Desorganisation, welche diese einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) zuordne, hätten anlässlich des gutachterlichen klinischen Untersuchungsgesprächs nicht festgestellt werden können. Zudem führe Dr. rer. medic. E._____ zur These, es liege aktuell mindestens eine mittelgradige bis schwere depressive Episode vor, keinen psychopathologischen Befund auf, sondern weise auf die schwierige psychosoziale Situation hin. Die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.10), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und PTBS (ICD-10 F43.1) seien im psychiatrischen Teilgutachten begründet worden. Ebenfalls sei die eingeschätzte Arbeitsfähigkeit nach den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien begründet worden. Aufgrund des Schreibens von Dr. rer. medic. E._____ vom 2. Mai 2024 ergebe sich keine Veranlassung, am psychiatrischen Teilgutachten etwas zu ändern und an Letzterem könne auch weiterhin vollumfänglich festgehalten werden. Bezüglich des Berichts von Dr. med. D._____ vom 6. April 2024 sei zu betonen, dass die festgehaltenen anamnestischen Schilderungen gut mit den im orthopädischen Teilgutachten dokumentierten Angaben übereinstimmten. Auch im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung sei eine differenzierte funktionelle Prüfung der linken Schulter angesichts des Schmerzgebarens des Beschwerdeführers kaum gelungen. Die anamnestisch angegebene Schonung sei angesichts der im Seitenvergleich fehlenden Atrophie der linken oberen Extremität aber nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der gutachterlichen Exploration die Extremität spontan, wiederholt und kraftvoll im Rahmen von Lagewechseln eingesetzt. Bezüglich des Einwandschreibens auf den Vorbescheid vom 16. April 2024 sei das Vorbringen, wonach der grösste Teil des Arbeitstages des Beschwerdeführers in der ... statffinde, doch etwas lebensfremd. Ein ... müsse typischerweise nur

kürzere Strecken überwinden und dazwischen die zu liefernde Ware entgegennehmen und abgeben. Überdies habe der Beschwerdeführer berichtet, durchaus vierzig Minuten lang ein Auto steuern und dies nach einer Pause fortsetzen zu können. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung der genannten Einwände klar festzuhalten sei.

3.2.4 In dem mit der Beschwerde eingereichten Konsultationsbericht von Dr. med. D. _____ vom 8. Juli 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3) diagnostizierte dieser zusätzlich zur früheren Diagnose eines Impingement-Syndroms der linken Schulter eine Lumbo-Ischialgie links bei Diskushernien L4/L5 links mit Reizung der Wurzel L5 links. Die Schulterbeschwerden links hätten sich gebessert. Aktuell bestünden starke Beschwerden der LWS mit Ausstrahlung in das linke Bein. Lähmungen oder Blasen- und Mastdarmstörungen bestünden keine. Anamnese und Befund sprächen unverändert für eine länger bestehende degenerative Erkrankung des linken Schultergelenkes. Einerseits bestehe radiologisch und sonografisch ein Impingement des linken Schultergelenkes. Andererseits eine extreme muskuläre Schwäche durch die allgemeine Dekonditionierung. Die Befunde und der Verlauf würden ausführlich mit dem Beschwerdeführer besprochen. Aus orthopädischer Sicht bestehe bei aktueller Besserung der Beschwerden keine Indikation zur lokalen Infiltration. Nach Information des Beschwerdeführers über die Behandlungsalternativen (Abwarten, Physiotherapie, Infiltration) mit den entsprechenden Risiken sowie Vor- und Nachteilen entscheide sich der Beschwerdeführer für die Fortführung der Physiotherapie. Es sei mit einer weiteren Verbesserung zu rechnen. Wegen der Lumbo-Ischialgie links sollte die Indikation zur operativen Intervention überprüft werden. Die letzte Infiltration L4/L5 links habe ca. zwei Wochen geholfen. Dem stehe allerdings die grosse Angst des Beschwerdeführers entgegen. Deshalb bleibe aktuell nur die Fortsetzung der Schmerztherapie.

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 wi-

dersprechenden 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 Beweiskraftwürdigung 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 Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. B._____ und C._____ vom 8. April 2024 (act. II 79.1 ff.) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 7. August 2024 (act. II 93) erbringen vollen Beweis und überzeugen. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und persönlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 79.2) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Gutachter haben ihre Befunde und Diagnosen im Rahmen einer interdisziplinären Beurteilung diskutiert und darauf basierend das Leistungsprofil erstellt. Auf das Gutachten ist somit in der Folge grundsätzlich abzustellen. Den übrigen Berichten der behandelnden Ärzte sind – wie nachfolgend dargelegt – kei-

ne wesentlichen neuen Aspekte zu entnehmen, welche begründete Zweifel am Gutachten zu wecken vermöchten. Das gleiche gilt in Bezug auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwendungen:

3.4.1 Soweit der Beschwerdeführer mit der Beschwerde erstmals vorbringt, der orthopädische Gutachter habe sich unhöflich verhalten, kann daraus kein Mangel am Gutachten abgeleitet werden. Ein solches Verhalten, wurde vom Beschwerdeführer weder unmittelbar im Anschluss an die Exploration noch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens thematisiert. Das Gutachten ist sachlich, nachvollziehbar und überzeugend verfasst und wird im Übrigen auch nicht von anderen Fachärzten in Frage gestellt. Anhaltspunkte für das angeblich unhöfliche Verhalten finden sich nirgends. Nur der Vollständigkeit halber ist zudem darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selbst auf Tonaufnahmen während der Begutachtung verzichtet hat (act. II 69), so dass die Untersuchung vom Gericht auch nicht abgehört werden kann.

Anders als beschwerdeweise geltend gemacht wird, wurde der "Arbeitsunfall" aus dem Jahre "2015-2016" bzw. dessen Folgen im Gutachten sehr wohl berücksichtigt (vgl. etwa act. II 79.4/2 Ziff. 3.1, 79.4/6 Ziff. 6.1). Die von Dr. med. D. _____ erstellten Berichte begründen keine Zweifel an den orthopädischen gutachterlichen Schlussfolgerungen. Bezüglich dessen Bericht vom 6. April 2024 (act. II 88/6) äusserte sich der orthopädische Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme vom 7. August 2024 dahingehend, dass auch in der gutachterlichen Exploration eine differenzierte funktionelle Prüfung der linken Schulter angesichts des Schmerzgebarens des Beschwerdeführers kaum gelungen, jedoch die anamnestisch angegebene Schonung angesichts der im Seitenvergleich fehlenden Atrophie der linken oberen Extremität nicht nachvollziehbar gewesen sei und der Beschwerdeführer die Extremität spontan, wiederholt und kraftvoll im Rahmen von Lagewechseln eingesetzt habe (act. II 93/3; vgl. diesbezüglich bereits Ausführungen im orthopädischen Teilgutachten [act. II 79.4/7 Ziff. 6.2.1]). Im Gutachten wurden die geklagten Schulterbeschwerden berücksichtigt (act. II 79.4/2 Ziff. 3.1, 79.4/4 ff. Ziff. 4.3, 79.4/8 Ziff. 6.3), ihnen jedoch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (act. II 79.4/8 Ziff. 6.3). Soweit den Konsultationsbericht von Dr. med. D. _____ vom 8. Juli 2024

(act. I 3) betreffend, werden darin in Bezug auf die Schulter mit der Ausnahme, dass sich die entsprechenden Beschwerden gebessert hätten, keine neuen Erkenntnisse dargelegt. Die neu von Dr. med. D. _____ diagnostizierte Lumbo-Ischialgie links bei Diskushernie L4/L5 mit Reizung der Wurzel L5 links wurde bereits in früheren Berichten diagnostiziert (vgl. Berichte des Spitals F. _____ vom 17. Oktober 2017 [act. II 24/6] und der Klinik G. _____ vom 20. Januar 2023 [act. II 39/3]) und auch von den Gutachtern berücksichtigt (act. II 79.2/2 ff. Ziff. 1, 79.2/4 f. Ziff. 2, 79.1/5 Ziff. 4.1, 79.4/2 Ziff. 3.1). Zudem werden im besagten Bericht bezüglich Diskushernie weder objektive Befunde aufgelistet noch die Beurteilung des Gutachtens in Frage gestellt. Bezüglich der übrigen somatischen Berichte wurden diese ebenfalls gutachterlich berücksichtigt und der orthopädische Gutachter hat nachvollziehbar dargelegt, weshalb und wieweit davon abgewichen wird (act. II 79.4/7 f. Ziff. 6.2.3).

Aufgrund des Dargelegten ist auf das orthopädische Teilgutachten (act. II 79.4) vollumfänglich abzustellen und es ist für körperlich leichte Verrichtungen – wie der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als ... im ... – eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit erstellt.

3.4.2 Soweit der Beschwerdeführer die fachärztliche Qualifikation des psychiatrischen Gutachters in Zweifel zieht, ist ihm nicht zu folgen. Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; abrufbar unter: <<https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/medizinische-gutachten/leitlinien-medizinische-begutachtung>>) ist die einzige fachliche Voraussetzung zur Erstellung eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens ein Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie (S. 4). Weitergehende fachliche Anforderungen insbesondere Spezialisierungen werden nicht verlangt und es bestehen auch mit Blick auf den vorliegenden Fall keinerlei Anzeichen dafür, dass eine Begutachtung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nicht genügen würde. Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung anerkennt einen Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie als ausreichende Qualifikation für die Beurteilung eines psychischen Gesundheitszustandes (Entscheid des BGer 9C_683/2019 vom 6. Januar 2020 E. 3.4.2). Einen solchen besitzt der

psychiatrische Gutachter gemäss dem Medizinalberuferegister (MedReg; <www.medregom.admin.ch>). Dass dieser – wie vom Beschwerdeführer verlangt (Beschwerde S. 2) – "Erfahrung in der Behandlung von Kriegsteilnehmern mit PTBS" hat, ist nicht notwendig.

Nichts am Beweiswert des Gutachtens ändern die Ausführungen der Dr. rer. medic. E._____. In der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 7. April 2024 wurde überzeugend dargelegt, dass die von Dr. rer. medic. E._____ aufgezählten Symptome (extreme Vergesslichkeit, Unaufmerksamkeit, Ruhelosigkeit, Impulsivität und Desorganisation), welche diese einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) zuordne, anlässlich des gutachterlichen klinischen Untersuchungsgesprächs nicht festgestellt werden konnten. Auch führte Dr. rer. medic. E._____ zur These, es liege aktuell mindestens eine mittelgradige bis schwere depressive Episode vor, keinen psychopathologischen Befund auf, sondern wies auf die schwierige psychosoziale Situation des Beschwerdeführers hin (act. II 93/2). Dagegen hat der psychiatrische Gutachter insbesondere gestützt auf den eigenen fachärztlich erhobenen psychiatrischen Befund (act. II 79.3/5 f. Ziff. 4) die Herleitung und Würdigung der gestellten Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.10), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F43.1) sowie PTBS (ICD-10 F43.1) hinlänglich begründet (act. II 79.3/7 f. Ziff. 6.3). Bei Dr. rer. medic. E._____ handelt es sich schliesslich auch nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Entscheid des BGer 9C_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.3) kann eine fachärztliche Beurteilung wie das vorliegende psychiatrische Teilgutachten grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden. Damit liegen keine ärztlichen, geschweige denn fachärztlichen Berichte vor, welche die gutachterliche psychiatrische Beurteilung (act. II 79.3/9 f. Ziff. 8) in irgendeiner Form in Zweifel zu ziehen vermöchten.

Was schliesslich die in den medizinischen Akten aufgelistete (vgl. etwa Berichte von Dr. med. H._____, Facharzt für Urologie, vom 19. Juni 2014 [act. II 58/15 Ziff. 2], Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere

Medizin, vom 17. September 2022 [act. II 35/4 Ziff. 2.5], der Klinik G._____ vom 20. Januar 2023 [act. II 39/3], von med. pract. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 3. November 2023 [act. II 57/3 Ziff. 2.5]) und insbesondere auch von Dr. rer. medic. E._____ (vgl. Bericht vom 20. Juni 2023 [act. II 43/2]) gestellte (Verdachts)Diagnose einer PTBS betrifft, wurde gutachterlich festgehalten, dass eine solche zwar diagnostiziert werden könne, sie sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, da die Symptomatik nur leichtgradig ausgeprägt sei (act. II 79.1/6 Ziff. 4.3 lit. a und c). Eine schwere PTBS – so der psychiatrische Gutachter – bestehe nicht. Der Beschwerdeführer leide zwar unter Albträumen, habe aber gut auf die erlebten Traumatisierungen angesprochen werden können, habe dabei nicht irgendwie emotional abgestumpft gewirkt, habe auch keinen Erregungszustand gezeigt, insbesondere sei es ihm möglich gewesen, trotz der erlebten Traumatisierungen mit voller Leistung zu arbeiten. Der psychiatrische Gutachter führte weiter aus, die in den Akten aufgeführte PTBS sei nicht deutlich ausgeprägt und könne nicht als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werden (act. II 79.3/7 Ziff. 6.2.3, 79.3/8 Ziff. 6.3 lit. a). Damit hat der psychiatrische Gutachter mit Verweis auf die Befundlage überzeugend dargelegt, dass eine PTBS mit massgeblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht mehr attestiert werden kann, wofür auch der Umstand spricht, dass der Beschwerdeführer während zweier Jahre (2019 und 2020) hochprozentig arbeiten konnte (act. II 8). Dazu kommt, dass gemäss den diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.) eine PTBS, wenn sie nicht abheilt, grundsätzlich in eine Persönlichkeitsstörung übergeht. Eine solche wurde gutachterlich mit Verweis auf den Längsverlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit nachvollziehbar verneint (act. II 79.3/8 Ziff. 6.3 lit. a).

Das psychiatrische Teilgutachten (act. II 79.3) erfüllt daher – jedenfalls was Befunderhebung und Diagnostik betrifft – die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidung (vgl. E. 3.3 hiavor) und es ist grundsätzlich darauf abzustellen.

3.4.3 Aufgrund des Dargelegten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass seit der Krankschreibung im Februar 2022 und bezogen auf ein Vollzeitpensum mindestens eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % besteht. Eine länger dauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit kann weder vorher noch seither zugeordnet werden. Die Beschwerdegegnerin hat mit der Einholung des vollumfänglich beweiskräftigen bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachtens der Dres. med. B._____ und C._____ vom 8. April 2024 (act. II 79.1 ff.) und der ergänzenden Stellungnahme vom 7. August 2024 (act. II 93/2) den medizinischen Sachverhalt hinreichend erstellt. Weitere Abklärungen, insbesondere die beantragte erneute medizinische Begutachtung, sind nicht nötig.

3.4.4 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die einzig aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % der rechtlichen Prüfung anhand des strukturierten normativen Prüfungsrasters (vgl. E. 2.1.1 hiervor) standhält und ihr invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommt, wobei die versicherte Person hierfür die materielle Beweislast trägt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

Die Prüfung der ersten Ebene schliesst mangels Vorliegen von Ausschlussgründen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C_165/2021 E. 4.2.1) einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu prüfen ist.

Es wurde eine bloss leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (act. II 79.3/8 Ziff. 6.3 lit. b), wobei aus den Laborwerten klar hervorgeht, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente nicht regelmässig einnimmt (act. II 79.3/8 Ziff. 7.1). Die Psychiaterin med. pract. J._____, welche den Beschwerdeführer im September 2023 untersucht hat, hielt fest, dass sie Zweifel an den Schilderungen des Beschwerdeführers hege und es den Anschein erwecke, dass er durch sein Leiden einen Krankheitsgewinn erziele (act. II 57/3 Ziff. 2.4). Grundsätzlich kann nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinne sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425, 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Im vorliegenden Fall bestehen überdies keine nennenswerten Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten. Ob der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die

rechtliche Massgeblichkeit zu versagen wäre (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55), braucht mit Blick auf den Umstand, dass aus einer Indikatorenprüfung keine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren kann als die medizinisch attestierte (vgl. Entscheid des BGer 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.2.1) und ein Rentenanspruch auch unter Berücksichtigung einer Leistungseinschränkung von 20 % zu verneinen ist (vgl. E. 4.7 f. hiernach), nicht abschliessend geklärt zu werden.

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aus psychiatrischer Sicht bezogen auf ein Vollzeitpensum maximal eine Einschränkung von 20 % besteht.

4.

Es bleibt die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.1 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).

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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

4.2 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 (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV).

Liegt das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen 5 % oder mehr unterhalb des branchenüblichen Zentralwertes der LSE nach Art. 25 Abs. 3 IVV, so entspricht gemäss Art. 26 Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität 95 % dieses Zentralwertes.

4.3 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^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt.

4.3.1 Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} 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^{bis} 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).

4.3.2 Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit ei-

ner funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der seit dem 1. Januar 2024 gültigen Fassung).

4.4 Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Leistungsanmeldung vom 27. Juni 2022 (act. II 1) der 1. Dezember 2022 (Art. 29 Abs. 3 IVG). Ob bei einer durchgehenden Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % in der angestammten Tätigkeit das Wartejahr überhaupt erfüllt werden konnte, braucht hier nicht abschliessend beurteilt zu werden.

4.5 Seit der Einreise in die Schweiz am TT. MM 2013 (act. II 1/1 Ziff. 1.4) war der Beschwerdeführer während Jahren nicht bzw. aufgrund der im Individuellen Konto (IK; act. II 8) verbuchten kleinen Einkommen mit wenigen Ausnahmen nur tiefprozentig bzw. kurzzeitig bei diversen Arbeitgebern arbeitstätig. Nach erfolgtem zweimonatigen Arbeitslosentaggeldbezug war er ab Januar 2019 als ... bzw. als Mitarbeiter in der ... im ... tätig (vgl. etwa act. II 13/2). In den Jahren 2019 und 2020 erzielte er dabei je ein Einkommen von Fr. 48'000.--, was auf eine (vgl. diesbezüglich auch seine Angaben gegenüber dem psychiatrischen Gutachter [act. II 79.3/3 Ziff. 3.2]) 100 %ige Anstellung hindeutet. Er hat dann gesundheitliche Einschränkungen geltend gemacht, die Tätigkeit in reduziertem Pensum weitergeführt (vgl. etwa act. II 13/2) bzw. beendet und Taggelder der Kollektivkrankentaggeldversicherung und Arbeitslosenversicherung bezogen (vgl. etwa act. II 12/2, 79.3/7 Ziff. 6.1, 105). Seit dem 1. April 2022 wird er vollumfänglich vom Sozialdienst unterstützt (act. II 32/1). Damit kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeit im ... (Hilfsarbeiten in der ... und im ...) weiterhin ausführen würde. Dass er diese Tätigkeit aufgrund nicht zutreffender eigener Überzeugung zum Gesundheitszustand aufgegeben hat, ändert daran nichts.

Im Jahr 2020 erzielte der Beschwerdeführer in der besagten Tätigkeit ein Einkommen von Fr. 48'000.-- (act. II 8). Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2022 ergibt dies einen Jahreslohn von Fr. 48'384.-- (Fr. 48'000.-- / 100 x 100.8 [Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, Ziff. 55/56 {Beherbergung und Gastronomie}]). Zur Prüfung, ob

der Beschwerdeführer ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hat, hat die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 26. August 2024 (act. II 95) auf die LSE 2020 abgestellt. Es ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss immer die im Verfügungszeitpunkt in Bezug auf den Rentenbeginn aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70). Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses lag die LSE 2022 bereits vor (die entsprechend hier massgebende Tabelle TA1_tirage_skill_level wurde am 29. Mai 2024 publiziert; <www.bfs.admin.ch/asset/de/31606968>) und ist entsprechend anstelle der LSE 2020 anzuwenden. Danach verdienten Männer im Jahr 2022 Gastgewerbe im hier massgebenden Kompetenzniveau 1 ein monatliches Einkommen von Fr. 4'110.-- (Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 55-56 [Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie]). Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.4 Stunden (vgl. Ziff. 56 [Gastronomie] der Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) ergibt sich einen branchenüblichen Lohn im Gastgewerbe von Fr. 52'279.20 (Fr. 4'110.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 42.4 Stunden). Damit lag der effektiv bezogene Lohn mehr als 5 %, im konkreten rund 7.5 % unterhalb des branchenüblichen Lohnes. Damit ergibt sich in Anwendung von Art. 25 Abs. 3 IVV (vgl. E. 4.2 hiervor) ein hier zur Anwendung zu bringendes massgebendes Valideneinkommen von Fr. 49'665.25 (Fr. 52'279.20 x 0.95).

4.6 Der Beschwerdeführer verwertet seine zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht, weshalb das Invalideneinkommen aufgrund statistischer Werte zu bestimmen ist (vgl. E. 4.3 hiervor). Dabei ist auf den Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2022, Männer, Kompetenzniveau 1, abzustellen, was unter Berücksichtigung einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% ein Invalideneinkommen von Fr. 53'092.45 (Fr. 5'305.-- x 12 Monate/40 Stunden x 41.7 Stunden [vgl. Totalwert der Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche] x 80 %) ergibt. Ein leidensbedingter Abzug vom lohnstatistisch ermittelten Invalideneinkommen ist vorliegend nicht angezeigt (vgl. dazu IV-Rundschreiben des BSV Nr. 445 vom 26. August 2024; BGer 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 [zur Publikation vorgesehen]). Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden allesamt im Zumutbarkeitsprofil sowie bei der Festle-

gung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit genügend berücksichtigt und dürfen nicht ein weiteres Mal angerechnet werden (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), was denn zu Recht vom Beschwerdeführer nicht beantragt wird. Die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; 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) rechtfertigen vorliegend ebenfalls keinen Abzug, da, wenn sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE-Zahlen bestimmt werden, beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen beruhen, und deshalb diese Einzelfallkriterien bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheidung des BGer 8C_42/2008 vom 19. Januar 2009 E. 5). Ein Abzug von 10 % vom statistisch bestimmten Invalideneinkommen gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis am 31. Dezember 2023 gültigen gewesenen Fassung rechtfertigt sich mangels genügender Einschränkung (vgl. E. 4.3.1 hiavor) ebenfalls nicht.

4.7 Ab 1. Dezember 2022 besteht damit bei einem Valideneinkommen von Fr. 49'665.25 (vgl. E. 4.5 hiavor) und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'092.45 (vgl. E. 4.6 hiavor) keine Einkommenseinbusse und damit per se auch keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad.

4.8 Mit Blick auf den seit dem 1. Januar 2024 vorzunehmenden 10% igen Abzug vom – anhand von statistischer Werte bestimmten – Invalideneinkommen nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (vgl. E. 4.3.2 hiavor) ergibt sich per 2024 folgende neue Berechnung: Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung beläuft sich das Valideneinkommen per 1. Januar 2024 auf Fr. 50'650.65 (Fr. 49'665.25 / 100.8 x 102.8 [vgl. Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, Ziff. 55/56 {Beherbergung und Gastronomie}]), das Invalideneinkommen unter zusätzlicher Berücksichtigung eines 10%igen Abzuges auf Fr. 48'593.10 (Fr. 53'092.45 / 100.3 x 102.0 [vgl. Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, Totalwert] x 90 %). Die Zahlen der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2024 liegen noch nicht vor. Eine Berücksichtigung der Quartalsschätzung der Nominallohnentwicklung (vgl. Tabelle Quartalsschätzung der Nominallohnentwicklung

lung, Veränderung in % gegenüber dem gleichen Quartal des Vorjahres) erübrigt sich aus mathematischer Sicht, da sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen der selbe Wert zu berücksichtigen wäre. Damit besteht bei einer Einkommenseinbusse von Fr. 2'057.55 per 2024 weiterhin ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von abgerundet 4 % (Fr. 2'057.55 / Fr. 50'650.65 x 100).

5.

Aufgrund des Dargelegten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. August 2024 (act. II 95) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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