

IV 200 2024 821
KNB/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Juli 2026

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. November 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis, meldete sich erstmals im Juni 2012 wegen seit 1992 bestehender unfallbedingter Lumbalprobleme (Unfall vom 2. September 1992) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2, 7). Nach ersten Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht samt Einholung der Akten der mit der Sache vorbefassten Unfallversicherung (C._____; act. II 23.1-23.17) und Durchführung einer Arbeitsmarktlich-Medizinischen Abklärung (AMA; act. II 27, 37, 43) gewährte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 13. Februar 2013 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (act. II 34). Ein Rentenanspruch wurde mit Verfügung vom 16. April 2013 (act. II 39) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 10 % verneint. Mit Mitteilung vom 9. März 2015 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab (act. II 52).

Im Juni 2021 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Er sei seit zwei Autounfällen vom 20. Januar 2021 wegen chronischer Rückenprobleme zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 54). Die IV-Stelle nahm in der Folge – neben der regelmässigen Einholung der Akten der mit den gesundheitlichen Folgen der Autounfälle von 1992 und 2021 befassten Unfallversicherung (C._____; act. II 63.1-63.78, 74.1-74.122, 79.1-79.20, 80, 99.1-99.23, 103.1-103.174, 106, 133.1-133.53, 139.1-139.29, 152) – wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 71 f., 84 f., 89, 92 f., 98, 109 ff., 121, 123, 125). Mit Mitteilung vom 24. März 2022 (act. II 105) gewährte sie Unterstützung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes. Am 4. November 2022 (act. II 129) beauftragte sie die MEDAS D._____ mit der Erstellung eines Gutachtens in den Fachrichtungen Psychiatrie und Orthopädie (vgl. act. II 113, 119, 124, 126). Dieses wurde am 3. Februar 2023 erstattet (Gutachten der MEDAS D._____ vom 3. Februar 2023; act. II 142.1-142.7). Gestützt auf dieses Gutachten stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 15. Februar 2023 (act. II 147) bei einem ermittel-

ten Invaliditätsgrad von 22 % die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Invalidenrente in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 21. März 2023 Einwand (act. II 157). Zudem gingen der IV-Stelle verschiedene medizinische Berichte zu (act. II 153 f., 159 ff., 173). Die IV-Stelle unterbreitete diese den Gutachtern zur Stellungnahme (act. II 163, 171). Zwischenzeitlich gewährte sie dem Versicherten mit Mitteilung vom 1. Mai 2023 (act. II 167) ein Aufbautraining von 1. Mai bis 31. Juli 2023 in der Abklärungsstelle E._____ (Bericht vom 8. August 2023; act. II 195). Am 7. Juni 2023 (act. II 175) erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid, wobei sie bei einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von unverändert 22 % wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich Invalidenrente in Aussicht stellte. Hiergegen erhob der durch Rechtsanwalt B._____ vertretene Versicherte am 23. Juni 2023 erneut Einwand (act. II 178). Mit Mitteilung vom 27. Juli 2023 (act. II 190) gewährte die IV-Stelle im Rahmen der Berufsberatung eine vertiefte Klärung der beruflichen Möglichkeiten des Versicherten durch die Abklärungsstelle E._____ in der Zeit von 1. August bis 31. Oktober 2023 (Bericht vom 8. November 2023; act. II 204). Am 11. August 2023 liess der Versicherte der IV-Stelle Arztberichte und Arbeitsunfähigkeitszeugnisse zur Berücksichtigung im Einwandverfahren zukommen (act. II 194). Am 10. November 2023 holte die IV-Stelle beim Hausarzt des Versicherten einen aktuellen Bericht samt Vorakten ein (act. II 206). Im Januar 2024 gingen der IV-Stelle Berichte zu einer zwischenzeitlich aufgetretenen Koronarproblematik des Versicherten zu (act. II 211 ff.). Am 24. Januar 2024 nahm der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine versicherungsmedizinische Beurteilung des Dossiers vor (act. II 216 f.). Mit Mitteilung vom 12. April 2024 (act. II 221) schloss die IV-Stelle die berufliche Eingliederung ab. Am 5. Juni 2024 kam der IV-Stelle ein Verlaufsbericht der H._____ AG zur ambulanten kardialen Rehabilitation des Versicherten von 31. Januar bis 15. Mai 2024 samt Abschlussergonometrie zu (act. II 225). Mit Mitteilung vom 11. Juni 2024 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten einen Computerkurs von 14. Mai bis 17. September 2024 (act. II 226). Am 6. August 2024 nahm Dr. med. F._____ vom RAD eine erneute versicherungsmedizinische Beurteilung des Dossiers vor (act. II

228). Mit neuem Vorbescheid vom 12. August 2024 (act. II 229) stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem für die Zeit ab 1. Juli 2021 ermittelten Invaliditätsgrad von 22 % und einem für die Zeit ab 1. Januar 2024 ermittelten Invaliditätsgrad von 38 % erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Invalidenrente in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, unter Beilage medizinischer Unterlagen (act. II 231 S. 9 ff.; siehe auch act. II 230) am 12. September 2024 wiederum Einwand (act. II 231). Nach Stellungnahmen von Dr. med. G.____ (act. II 238) und Dr. med. F.____ (act. II 239) des RAD hierzu verfügte die IV-Stelle am 20. November 2024 (act. II 240) ihrem Vorbescheid vom 12. August 2024 (act. II 229) entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend eine Invalidenrente.

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Dezember 2024 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei gerichtlich ein Obergutachten zu veranlassen. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung eines Obergutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente, zumindest ab 1. Januar 2024, zuzusprechen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Am 22. Januar 2025 legte der Beschwerdeführer zusätzliche Beweismittel ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7-9).

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2025 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. November 2024 (act. II 240). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Rahmen der Neuanschuldung vom 1. Juni 2021 (act. II 54; Datum der Postaufgabe) Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und dabei insbesondere, ob der Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt ist.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 323 E. 4.2 S. 328, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar hat sich der Beschwerdeführer im Juni 2021 (act. II 54) und damit vor Inkrafttreten der WEIV bei der Beschwerdegegnerin neu angemeldet, indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der Entstehung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nach dem 1. Januar 2022 (eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % wird in der Neu Anmeldung seit zwei Autounfällen vom 20. Januar 2021 geltend gemacht [act. II 54 S. 4 und 6] und ist für schwere Arbeiten wie diejenige als ... mit der Operation des linken Ellbogens im Juni 2022 eingetreten [act. II 142.1 S. 7.; vgl. E. 3.6 hiernach]), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG, des ATSG und der IVV in der ab dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung finden (Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6, 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

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).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

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

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 1. Juni 2021 (Datum der Postaufgabe; act. II 54) eingetreten und hat über den Leistungsanspruch materiell entschieden (act. II 240). Die Frage des Eintretens auf die Neuanschuldung ist deshalb – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (E. 2.5 erster Absatz hiervor). Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der letzten einen Rentenanspruch verneinenden Ver-

fügung vom 16. April 2013 (act. II 39) mit demjenigen, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2024 (act. II 240) entwickelt hat.

3.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 16. April 2013 (act. II 39) lag gemäss zugrundeliegender RAD-Aktenbeurteilung vom September 2012 (act. II 24 S. 2 ff.) beim Beschwerdeführer als relevante Diagnose einzig ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei Status nach konservativ behandelter Kompressionsfraktur des 11. Brustwirbels 1992 vor, wobei eine verminderte Rückenbelastbarkeit als denkbar erachtet wurde (act. II 24 S. 3). Angesichts der zwischenzeitlich bildgebend, fachärztlich und gutachterlich ausgewiesenen Cubitalarthrose links mit Ausbildung von freien Gelenkkörpern, welche im Juni 2022 eine Gelenktoilette erforderlich machte und die Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten – und damit auch die Arbeitsfähigkeit als ... – für die Zeit ab Juni 2022 definitiv aufhob (act. II 142.1 S. 7, 9; siehe auch act. II 63.13 S. 2, 63.17 S. 2 ff., 63.28, 63.41 S. 7, 63.22 S. 3, 84 S. 19 f., 121 S. 1, 3, 5 und 7, 123 S. 3 f., 133.17 S. 1 f., act. II 142.1 S. 6, act. II 194 S. 3 f., act. II 206 S. 4 f., act. II 216 S. 13 ff.; act. I 7), ist im Vergleichszeitraum offenkundig eine potenziell anspruchsrelevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten, sodass der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen ist (E. 2.5 vierter Absatz hiavor). Dies ist denn auch unbestritten.

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2024 (act. II 240) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS D. _____ vom 3. Februar 2023 (act. II 142.1-142.7), deren Stellungnahme vom 24. Mai 2023 (act. II 171) sowie auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom RAD (act. II 216 f., 228, 238 f.) zu den seit der Begutachtung neu eingelangten medizinischen Berichten (act. II 154 S. 1 f., 159 S. 2, 160, 162, 194 S. 3 ff., 206 S. 3 ff., 211 S. 7 f., 225 S. 2 ff., 231 S. 17 f.).

3.3.1 Die Begutachtung durch die MEDAS D. _____ ergab in der bidisziplinären Gesamtbeurteilung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Arthrose im linken Ellbogen mit Beuge- und Streckdefizit

bei einem Status nach Arthroskopie und Entfernung freier Gelenkkörper im Juni 2022 sowie ein chronisches Zervikalsyndrom bei zervikaler Degeneration und spinaler Stenose C4/5 ohne neurokompressiven Defekt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein chronisches thorakales Schmerzsyndrom bei Status nach BWK 11-Fraktur 1992, eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) sowie als fachfremde Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Adipositas permagna bei einem Body-Mass-Index (BMI) von 40.7 kg/m^2 festgehalten (act. II 142.1 S. 6). Der Versicherte habe in seinem Leben keine klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten gezeigt. Nach einem schweren, durch ihn verursachten Unfall mit fünf Personen im Auto habe er keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung oder anhaltende psychiatrische Symptome gezeigt. Er zeige jetzt im Rahmen seiner körperlichen Beschwerden leichte bis mittelschwere depressive Symptome, welche nicht eine Pharmakotherapie nötig machten, sondern denen weitgehend mittels Psychotherapie begegnet werden könne (act. II 142.1 S. 5). Der Versicherte sei ausschliesslich durch die Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Dies betreffe insbesondere die Degeneration des Ellbogengelenks, welches den Versicherten in der körperlichen Arbeitsschwere auf leichte mit mittelschwere Tätigkeiten limitiere. Zusätzlich führten degenerative Veränderungen zervikal bei nachgewiesener Bandscheibenprotrusion und engem Spinalkanal zu einer Leistungsminderung für Tätigkeiten in und über Kopfhöhe. Im Rahmen der Psychobiografie, der psychosexuellen Entwicklung, der Persönlichkeitsentwicklung und auch im Rahmen des gesamtklinischen Kontextes bestünden Hinweise für unreife Züge in der Persönlichkeitsstruktur. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien jedoch nicht erfüllt. Zu den Ressourcen und Fähigkeiten des Versicherten gehörten seine ausreichende intellektuelle Ausstattung, der gute Rückhalt in der Herkunftsfamilie sowie seine Einsicht in die Zusammenhänge zwischen den körperlichen und psychischen Symptomen (act. II 142.1 S. 6). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich mit der Zunahme der Arthrose und Ausbildung von freien Gelenkkörpern im Ellbogengelenk, welche eine Gelenktoilette erforderlich machten, verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Verfügung vom 16. April 2013 wesentlich verändert (act. II 142.1 S. 9). Der Versicherte sei noch in der Lage, körperlich leichte bis gelegentlich mittel-

schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg durchzuführen. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten in Zwangshaltung, Tätigkeiten überwiegend in und über Kopfhöhe, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule und Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen mit Hitze, Kälte, Nässe und Zug(-luft) seien zu vermeiden. Nach den Unfallereignissen vom 20. Januar 2021 mit HWS-Distorsion und Ausschluss einer frischen BWK 11-Fraktur sei die Arbeitsfähigkeit spätestens nach sechs Monaten wiederhergestellt gewesen. Mit der Operation des linken Ellbogens sei es ab Juni 2022 zu einer erneuten Arbeitsunfähigkeit gekommen. Seither sei die Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten – und damit auch die Arbeitsfähigkeit als ... – aufgehoben (act. II 142.1 S. 7 f.). Für eine angepasste Tätigkeit (körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg ohne Tätigkeiten überwiegend in und über Kopfhöhe und ohne Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule [vgl. act. II 142.1 S. 7]) habe nach vier bis sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit postoperativ wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (act. II 142.1 S. 8).

3.3.2 Mit einer als "Einwand gegen den IV-Entscheid" (Vorbescheid vom 15. Februar 2023 [act. II 147]) bezeichneten Eingabe vom 8. März 2023 (act. II 154 S. 2) hielt der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer leide trotz ausgebauter Therapie seit dem Autounfall vom Januar 2021 noch an chronisch persistierenden Schmerzen interkostal rechts. Zudem sei der Beschwerdeführer schwer depressiv und antriebslos.

Mit einem als "Antrag Erhöhung des IV-Grades auf 40 %" bezeichnetem Schreiben vom 24. März 2023 (act. II 159 S. 2) teilte Dr. med. I. _____ sodann mit, er werde den Beschwerdeführer einem Neurochirurgen überweisen wegen einem persistierenden Schmerz thorakolumbal mit Ausstrahlung in den Rippenbogen rechts. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der im Rahmen der Adipositas bestehenden Lumbago, Gonalgie, Fusssschmerzen und körperlichen Leistungsminderung im Alltag massiv eingeschränkt. Um das Gewicht zu reduzieren, sei nun eine Therapie mit Ozempic begon-

nen worden. Zudem leide der Beschwerdeführer an einer Depression. In der Gesamtschau sei aus medizinischer Sicht eine Invalidenrente von 40 % zu gewähren.

3.3.3 Die den Versicherten seit 6. Juni 2021 behandelnde Psychologin lic. phil. J. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, hielt mit Bericht vom 11. April 2023 (act. II 160) als Diagnose eine Anpassungsstörung nach Unfällen am 20. Januar 2021 fest, die sich im Verlauf zu einer mittelgradigen depressiven Störung entwickelt habe (ICD-10: F32.1; act. II 160 S. 2). Die Schmerzbehandlung und -abklärungen seien während der ganzen Zeit der psychotherapeutischen Behandlung intensiv gelaufen und hätten dem Versicherten die eigentliche Tagesstruktur vorgegeben. Die Belastungen durch die Schmerzen, die vielfältigen Einschränkungen sowie die ungewisse Zukunftsprognose und -perspektive hätten den Versicherten durchwegs stark belastet und grosses Leiden verursacht. Die depressive Symptomatik habe sich nur leicht verbessert und sei über die ganze Zeit bestehen geblieben. Die Ängste, vor allem, wie sein Leben mit den körperlichen Einschränkungen weitergehen könne, seien bis heute bestehen geblieben. Die unsicheren Zukunftsperspektiven und beeinträchtigten Lebensbedingungen blieben trotz der psychotherapeutischen Behandlung bestehen und wirkten sich negativ auf das psychische Befinden aus. Die depressiven Symptome müssten als Reaktion auf die Unfallgeschehen vom 20. Januar 2021 angesehen werden. Die beiden Auffahrunfälle, die ohne Verschulden des Versicherten erfolgt seien, die dadurch erlittenen Schmerzen und vor allem auch die ungewissen Zukunftsaussichten hätten die psychischen Probleme im Sinne einer Anpassungsstörung ausgelöst, welche sich in eine mittelgradige depressive Störung verlagert habe. Ein nicht zu unterschätzender Anteil stelle das Erleben von vom Versicherten bisher nicht gekanntem Ungerechtigkeitsempfinden und von Ohnmachtsgefühlen dar. Der Versicherte sei gezwungen, neben den körperlichen und psychischen Beschwerden die versicherungstechnischen, juristischen und finanziellen Folgen zu bewältigen und für seine Rechte einzustehen. Dies stelle eine sehr grosse Belastung dar. Therapeutisches Ziel sei die Depressionsbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der somatischen Beschwerden und der schwierigen finanziellen und psychosozialen Bedingungen (act. II 160 S. 3 f.).

3.3.4 Gemäss dem bei der IV-Stelle am 18. April 2023 eingegangenen Bericht von K._____, M.Sc. Osteopathie, zur seit dem 17. August 2021 stattfindenden osteopathischen Behandlung des Beschwerdeführers (act. II 162) liegt bei diesem eine chronische Schmerzproblematik im thorakolumbalen Übergangsbereich mit dazugehörigen Rippenbögen rechts vor. Die Chronizität der Problematik und die damit einhergehende psychosomatische Komponente seien wahrscheinlich ein wesentlicher Faktor für das Schmerzempfinden. Dennoch sei eine verminderte Mobilität der Schmerzregion objektivierbar und der Schmerz lokal klar auslösbar. Nach mehreren scheinbar erfolglosen Behandlungen habe nach Monaten endlich eine Verbesserung der Mobilität und auch der Schmerzen festgestellt werden können. Der schlechte Allgemeinzustand des Beschwerdeführers sei sicherlich bekannt.

3.3.5 Mit Stellungnahme vom 24. Mai 2023 (act. II 171) hielt die MEDAS D._____ zu den seit der Begutachtung neu eingelangten Berichten fest, aus den nunmehr nachgereichten Unterlagen würden sich keine neuen, zum Begutachtungszeitpunkt nicht bereits bekannten medizinischen Sachverhalte ergeben. Dementsprechend könne am seinerzeit erstellten Zumutbarkeitsprofil sowie den diesbezüglich zugrundeliegenden Diagnosen vollumfänglich festgehalten werden (act. II 171 S. 2).

3.3.6 Am 11. August 2023 (act. II 194) kam der Beschwerdegegnerin ein mit Einwand vom 23. Juni 2023 (act. II 178) in Aussicht gestellter Bericht von Prof. Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, vom 29. Juni 2023 (act. II 194 S. 3 ff.) samt Röntgenbefund gleichen Tages (act. II 194 S. 5 f.) zu. Darin sind als Diagnosen ein chronisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, eine mässige Coxarthrose beidseits, mässige degenerative Veränderungen im OSG und USG rechts und geringer auch links, eine Facettenarthrose tieflumbal, ein Fersensporn beidseits, eine Cubitalarthrose bei stattgehabter Arthroskopie am 16. Juni 2022, eine Hypermobilität, eine Adipositas permagna sowie eine Depression, Prokrastination und ein sozialer Rückzug festgehalten (act. II 194 S. 3 und 5). Der Beschwerdeführer sei ihm (Prof. Dr. med. L._____) zum Ausschluss einer rheumatologischen Grunderkrankung zugewiesen worden. Neben

den Rückenbeschwerden würden vom Beschwerdeführer auch Fussbeschwerden und Leistenschmerzen angegeben; in der Anamnese sei jedoch keine klassische entzündliche Schmerzanamnese herauszuarbeiten. Es seien noch einmal ein Labor und Röntgenuntersuchungen (vgl. act. II 194 S. 5 ff.) durchgeführt worden, welche vor allem degenerative Veränderungen gezeigt hätten, wie die Diagnoseliste zeige. Es bestehe eine komplexe psychosoziale Situation mit einer IV-Begutachtung, welche einen Invaliditätsgrad von 22 % ergeben habe. Das IV-Gutachten sei ihm (Prof. Dr. med. L. _____) nicht vorliegend und er könne nicht beurteilen, welche der genannten Diagnosen (z.B. die Coxarthrose beidseits) in die Beurteilung eingeflossen seien. Aufgrund der degenerativen Veränderung scheine ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für eine schwere Arbeit, wie sie der Versicherte zuletzt ausgeführt habe, plausibel (act. II 194 S. 4).

3.3.7 Der Hausarzt Dr. med. I. _____ hielt mit Bericht vom 16. November 2023 (act. II 206) als aktuelle medizinische Symptomatik und Situation eine Thorakalgie rechts, eine Gonalgie und einen Ellbogenschmerz links fest (act. II 206 S. 4). Seines Erachtens sei eine leichte, sitzende Arbeit zu 50 % möglich (act. II 206 S. 5).

3.3.8 Am 9. Januar 2024 (act. II 211 S. 7 f.) wurde beim Beschwerdeführer in der Klinik M. _____ ein Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) bei subtotaler RIVA-Stenose diagnostiziert und mittels perkutaner transluminaler Coronar-Angioplastie (PTCA) und Stent-Implantation therapiert (act. II 211 S. 8). Der Beschwerdeführer wurde deswegen vom 9. bis 21. Januar 2024 vollständig arbeitsunfähig geschrieben (act. II 211 S. 3). Als kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden mit Bericht der H. _____ AG vom 15. Januar 2024 (act. II 214 S. 3 f.) eine Dyslipidämie, eine Adipositas mit BMI 38.4 kg/m² (im Jahr 2023 habe der Versicherte unter Ozempic 20 kg abgenommen [Gewicht am 9. Januar 2024: 115 kg; act. II 214 S. 9]) sowie ein Ex-Nikotinkonsum festgehalten (act. II 214 S. 3).

3.3.9 Am 24. Januar 2024 (act. II 216 f.) erfolgte eine versicherungsmedizinische Beurteilung des Dossiers durch die Dres. med. G. _____ und F. _____ vom RAD. Dabei kam Dr. med. G. _____ zur Beurteilung, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten aus psychiatrischer Sicht gegenüber der Situation im Gutachten der MEDAS D. _____ vom

Februar 2023 nicht verändert habe. Im betreffenden psychiatrischen Teilgutachten werde nachvollziehbar eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21) im Rahmen der körperlichen Beschwerden mit leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen diagnostiziert, welche keine Pharmakotherapie nötig mache, sondern der weitgehend mittels Psychotherapie begegnet werden könne. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe diese Diagnose aus RAD-Sicht – konform mit dem Gutachten – nicht. Die behandelnde Fachpsychologin lic. phil. J._____ bestätige in ihrem Bericht vom 11. April 2023 (act. II 160) die Diagnose einer Anpassungsstörung, wobei sich diese in eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) verlagert habe. Der Diagnosewechsel werde von lic. phil. J._____ nicht hinlänglich begründet und sei aus RAD-Sicht nicht schlüssig. Grundsätzlich könne eine mittelgradige depressive Symptomatik auch im Rahmen einer Anpassungsstörung bestehen, wie dies im Gutachten bereits ausgeführt und diagnostiziert worden sei. Insgesamt betrachtet sei bei einer Einbeziehung der sogenannten Standardindikatoren aus versicherungsmedizinischer Sicht nur eine schwere psychische Störung als Grundlage für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden anzunehmen. Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung lasse sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Darüber hinaus führten IV-fremde psychosoziale Belastungsfaktoren zur Auslösung der psychischen Problematik und hielten diese am Laufen. Es würden klar die ressourcenbegründenden Indikatoren gegenüber den leistungsmindernden Faktoren überwiegen. Ferner bestehe noch ein bedeutendes therapeutisches Potenzial, sodass sich auch keine Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens abbilde (act. II 217 S. 1).

Dr. med. F._____ hielt gestützt auf die Akten als Diagnosen eine koronare Eingefässerkrankung (RIVA) mit ausgeprägter Vasospastik und erhaltener linksventrikulärer Funktion, ein chronisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, eine mässige Coxarthrose beidseits sowie geringfügige arthrotische Veränderungen der oberen und unteren Sprunggelenke beidseits, eine Cubitalarthrose links mit prominenten Osteophyten und multiplen Gelenkkörpern mit Arthroskopie am 16. Juni 2022, eine Hypermobilität, eine Adipositas bei einem BMI von 38.4 kg/m² sowie eine Anpassungsstörung fest (act. II 216 S. 13). Laut

rheumatologischer Beurteilung vom 29. Juni 2023 seien arthrotische Veränderungen der Kniegelenke (recte: Hüftgelenke) sowie der oberen und unteren Sprunggelenke hinzugekommen. Es sei im Rahmen jener Untersuchung kein Anhalt gefunden worden, der auf eine ursächliche entzündlich-rheumatische Erkrankung hinweise. Anfang Januar 2024 sei es zu einem NSTEMI gekommen mit sofortiger Durchführung einer Ballondilatation sowie Stentversorgung des betroffenen Herzkranzgefässes bei erhaltener linksventrikulärer Myokardfunktion. Die koronare Herzerkrankung erlaube die Ausführung von beruflichen Tätigkeiten in bezüglich Stress und Arbeiten bei erhöhter Verletzungsgefahr angepasstem Zumutbarkeitsprofil. Zumutbar sei noch eine körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende oder körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung, dies ganztags zu 8.5 Stunden mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs. Für allfällige und allenfalls gelegentlich erforderliche Hebe- und/oder Traglasten gelte eine Gewichtslimite von maximal 10 kg. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Vorbeuge, Überkopf), Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule ebenso wie Tätigkeiten überwiegend in und über Kopfhöhe seien aufgrund der zervikalen Degeneration zu vermeiden. Des Weiteren seien vorwiegendes Stehen und Gehen, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen, Springen, Steigen auf Leitern und Gerüste, häufiges Treppensteigen, Kälte-, Nässe- und Hitzeexposition, Arbeiten unter starken Temperaturschwankungen, Zugluftexposition, Tätigkeiten mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus, Schichtarbeit, Tätigkeiten unter atmosphärischem Über-/Unterdruck sowie Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr zu vermeiden. Es sei auf ein ausgewogenes Stressmanagement zu achten, insbesondere bei hoher Verantwortlichkeit, hoher Arbeitsdichte und hohen Leistungserwartungen durch Vorgesetzte und/oder sich selbst (act. II 16 S. 14 f.). Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab 1. März 2024. Davor habe es ab 30. Juni 2023 bis 9. Januar 2024 gegolten (act. II 216 S. 15).

3.3.10 Gemäss Bericht der H. _____ AG zum Verlauf der ambulanten kardialen Rehabilitation vom 31. Januar bis 15. Mai 2024 samt Abschlusssergonometrie vom 8. Mai 2024 hat das Gewicht des Versicherte zwischen dem 31. Januar und dem 8. Mai 2024 um 10 kg auf 127 kg zugenommen

(act. II 225 S. 2). Ansonsten wurde ein komplikationsloser Verlauf der ambulanten kardialen Rehabilitation festgehalten. Es bestünden keinerlei Anhaltspunkte für eine prognostisch bedeutsame, belastungsabhängige Myokardischämie (act. II 225 S. 3). Während der Rehabilitation habe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestanden. Aus kardiologischer Sicht sei der (von kardiologischer Seite her) beschwerdefreie Versicherte nach komplikationslosem Verlauf und unauffälligem Abschlussbelastungstest wieder uneingeschränkt zu 100 % arbeitsfähig (act. II 225 S. 4).

3.3.11 Mit ärztlichem Bericht vom 6. August 2024 (act. II 228 S. 3 ff.) hielt Dr. med. F._____ vom RAD fest, dass sich die klinische Situation im Vergleich zur Stellungnahme vom Januar 2024 nicht verändert habe, so dass vollständig darauf abgestellt werden könne (act. II 228 S. 4).

3.3.12 Mit psychotherapeutischem Kurzbericht vom 12. September 2024 (act. II 231 S. 17 f.) hielt die behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. J._____ fest, der Versicherte leide nach wie vor an depressiven Symptomen wie Schlafstörungen, Gedankenkreisen, negativen Gedanken, Zukunftsängsten. Es bestünden starke Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle. Die Stimmung sei insgesamt niedergestimmt, oft weinerlich. Der Antrieb sei nach wie vor reduziert trotz hoher Veränderungsmotivation. Der Versicherte habe sich stark zurückgezogen und isoliert. Alltagsaufgaben blieben aufgrund des fehlenden Antriebs oft unerfüllt. Der Gesamtdruck führe zu einem sehr grossen Mitteilungsbedürfnis. Die im Gutachten der MEDAS D._____ eingeschätzte Anpassungsstörung sei in eine mittelgradige Depression übergegangen und persistiere. Dass an der Einschätzung einer Anpassungsstörung festgehalten werde, könne sie nicht nachvollziehen (act. II 231 S. 17).

3.3.13 Am 15. November 2024 (act. II 238 S. 2 ff.) hielt Dr. med. G._____ vom RAD fest, dass aufgrund der neu vorliegenden Berichte von keiner veränderten Beeinträchtigung auszugehen sei. Zur psychiatrischen RAD-Beurteilung vom 24. Januar 2024 würden sich keine wesentlichen neuen Befunde ergeben, weshalb jene Beurteilung auch weiterhin Gültigkeit habe. Aufgrund des langen Verlaufs sei aus psychiatrischer RAD-Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb die Behandlung nicht gemäss

Leitlinien intensiviert worden sei. Daher sei auch ein hoher Leidensdruck beim Versicherten fraglich (act. II 238 S. 3; vgl. act. II 239 S. 4 ff.).

3.3.14 Mit Verlaufsbericht vom 16. Januar 2025 (act. I 7) hielt der Hausarzt Dr. med. I._____ fest, der Versicherte wiege aktuell 130 kg. Unter der Therapie mit Ozempic habe er 20 kg abgenommen. Die Krankenkasse habe aber im Frühjahr 2024 eine weitere Kostenübernahme abgelehnt. Nach dem Herzinfarkt im Januar 2024 habe der Versicherte wieder zu- und die Fitness entsprechend abgenommen. Der Versicherte gehe nur selten aus dem Haus; eine Magenoperation lehne er ab. Die Depression sei aktuell mittelgradig. Der Versicherte gehe einmal pro Monat zur Psychologin. Er habe Zukunftsängste, Existenzängste und die Libido fehle komplett. Der Versicherte betreue die verwitwete Mutter. Er helfe ihr beim Haushalten, beim Einkaufen und bei Arztbesuchen. Die Tochter werde durch die betagte Mutter betreut, Seit dem Unfall mit dem Auto im Januar 2024 (recte 2021) habe sich das Leben des Versicherten völlig verändert. Er habe den Boden unter den Füßen verloren. Da er viel mit Ämtern und Behörden zu kämpfen gehabt habe, habe er eine reaktive Depression entwickelt. Dieser Stress habe beim Versicherten wohl auch den Herzinfarkt vom Januar 2024 begünstigt. Seit dem Infarkt sei der Versicherte körperlich weniger leistungsfähig. Leider rauche er auch wieder. Seit dem zweifachen Autounfall im Januar 2021 sei nach Jahren die Lumbago in den Hintergrund getreten. Seit dem Herzinfarkt im Januar 2024 brauche der Versicherte Schmerzmittel nur noch in Reserve und habe die Therapien abgeschlossen. Aktuell habe er Schmerzen im oberen Sprunggelenk rechts und im Ellbogen links. Aufgrund der Adipositas und der Depression werde noch eine Abklärung eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) durchgeführt. Er (Dr. med. I._____) sei der Meinung, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine halbe IV-Rente habe (act. I 7).

3.4 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).

3.4.1 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).

3.4.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.4.4 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.5

3.5.1 Aus den Akten, insbesondere dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS D._____ vom 3. Februar 2023 (act. II 142.1-142.7; vgl. E. 3.3.1 hiavor) erhellt, dass nach den Unfallereignissen vom 20. Januar 2021, welche gemäss den diesbezüglich übereinstimmenden fachärztlichen und bildgebenden Abklärungen zu keinen strukturellen Läsionen geführt hatten (vgl. act. II 63.41, 63.63, 63.69, 63.74, 79.16 S. 2 ff.), nach spätestens sechs Monaten die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt war (act. II 142.1 S. 7 f., 142.3 S. 13 f.). Dies steht in Einklang mit den Abklärungen und der unfallversicherungsmedizinischen Beurteilung der C._____ (act. II 79.14 S. 2) und überzeugt. Gestützt auf das Gutachten ist weiter erstellt, dass mit der Zunahme der Arthrose und der Ausbildung von freien Gelenkkörpern im linken Ellbogen seit der Operation im Juni 2022 die Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten – und damit auch die Arbeitsfähigkeit als ... – definitiv aufgehoben wurden und dem Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg ohne Leistungseinschränkung zumutbar waren (act. II 142.1 S. 7 ff.; vgl. E. 3.2 und 3.3.1 hiavor). Auch hier finden sich keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen würden. Dass die Gutachter der Adipositas permagna des Beschwerdeführers (Körpergewicht und Körpergrösse anlässlich der Begutachtung: 124 kg auf 1.74 m; act. II 142.3 S. 7) keine

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimassen (act. II 142.1 S. 6, 142.3 S. 11), lässt – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde (S. 5 f.) – weder an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens zweifeln noch das Gutachten als unvollständig erscheinen. Es trifft zwar zu, dass nach neuer Rechtsprechung eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken kann, auch wenn sie grundsätzlich behandelbar ist und keine (unmittelbaren) körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und auch nicht die Folge von solchen Schäden ist (vgl. BGE 151 V 66). Wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit ist jedoch auch bei einer Adipositas im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt. Für die Diagnose einer Adipositas permagna sind im Übrigen keine spezifischen fachärztlichen Abklärungen erforderlich. Vielmehr genügen als Befunde Körpergewicht und Körpergrösse. Beim Beschwerdeführer ist eine Adipositas permagna mit einem Körpergewicht von gut 120 kg seit Jahren dokumentiert (act. II 63.13 S. 2, 79.20, 80 S. 20, 84 S. 10, 87 S. 26, 99.20 S. 15). Ebenso ist belegt und unbestritten, dass der Beschwerdeführer trotz dieser Adipositas permagna bis zu den Auffahrunfällen vom 20. Januar 2021, welche zu keinen strukturellen Läsionen geführt haben, in der Lage war, u.a. in seiner angestammten Tätigkeit als ... in einem Pensum von 100 % zu arbeiten (angestellt über ein Temporärbüro; act. II 54 S. 5, 63.71, 63.78, 87 S. 20) und dies – angesichts der geplanten Festanstellung durch den Einsatzbetrieb per 1. Februar 2021 (act. II 81 S. 2 f., 99.16 S. 5) – offensichtlich mit guter Leistung. Dies deckt sich mit den medizinischen Befunden, gemäss welchen anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS D._____ in der klinischen Untersuchung durch den orthopädischen Gutachter keine relevanten Beschwerden oder Pathologien von Seiten der lasttragenden Gelenke zu dokumentieren waren (vgl. act. II 142.3 S. 8). Vor diesem Hintergrund ist schlüssig und nachvollziehbar, dass die Gutachter der MEDAS D._____ der beim Beschwerdeführer diagnostizierten Adipositas permagna aufgrund der Anamnese und erhobenen Befunde keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimassen (act. II 142.1 S. 6, 142.3 S. 11), wobei der orthopädische Gutachter nichtsdestotrotz insbesondere zur Entlastung der peripheren lasttragenden Gelenke wie Hüft-, Knie- und Sprunggelenke (und damit zur Vermeidung entsprechender Pathologien) dringend eine Gewichtsreduktion empfahl (act. II 142.3 S. 14). Es sind kei-

ne Aspekte ersichtlich, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Damit erweist sich der somatische medizinische Sachverhalt auch in Bezug auf die Adipositas permagna mit dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS D. _____ vom 3. Februar 2023 (act. II 142.1-142.7) – jedenfalls bis zum Zeitpunkt der Begutachtung – als rechtsgenügend abgeklärt. Es liegen keine Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens hinsichtlich körperlicher Einschränkungen sprechen würden.

3.5.2 In psychischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2; act. II 142.1 S. 6, 142.4 S. 9). Der Beschwerdeführer habe im Rahmen seiner körperlichen Beschwerden leichte bis mittelschwere depressive Symptome gezeigt, welche nicht eine Pharmakotherapie nötig machten, sondern denen weitgehend mittels Psychotherapie begegnet werden könne (act. II 142.4 S. 9). Im Rahmen der depressiven Anpassungsstörung bestünden qualitative Beeinträchtigungen im Bereich der Stresstoleranz, der Frustrationstoleranz und des Arbeitens unter Zeitdruck. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt bestanden (act. II 142.4 S. 10 f.). Soweit beschwerdeweise ein zwischenzeitlich verschlechterter psychischer Zustand geltend gemacht wird (Beschwerde S. 6), ist festzuhalten, dass sich ein solcher weder aus den Berichten der behandelnden Psychologin lic. phil. J. _____ noch aus den (übrigen) medizinischen Akten ergibt. Es fehlt an entsprechenden Befunden. Es trifft zwar zu, dass lic. phil. J. _____ die Meinung vertritt, dass sich die von den Gutachtern diagnostizierte Anpassungsstörung im Verlauf zu einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10: F32.1) entwickelt habe (act. II 160 S. 2, 231 S. 17). Eine Verschlechterung des psychischen Zustands des Versicherten seit der Begutachtung ist damit jedoch nicht ausgewiesen. Vielmehr ergibt sich aus den Berichten von lic. phil. J. _____ eine seit der Begutachtung weitgehend unveränderte Befundlage; entsprechend hält lic. phil. J. _____ mit Bericht vom 11. April 2023 bezüglich bisherigem Verlauf explizit fest, dass sich die depressive Symptomatik nur leicht verbessert habe und über die ganze Zeit bestehen geblieben sei (act. II 160 S. 3). Ob die nach dem Dargelegten seit der Begutachtung weitgehend unveränderte depressive Symptomatik wegen ihres Andauerns diagnostisch noch zu Recht als Anpas-

sungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21; vgl. act. II 217 sowie DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 210) oder in Übereinstimmung mit der behandelnden Psychologin nun als depressive Episode im Sinne von ICD-10: F32.1 zu klassifizieren ist (vgl. act. II 160 S. 2, 231 S. 17), kann vorliegend letztlich offenbleiben. In der Invalidenversicherung ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs grundsätzlich unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und unbesehen der Ätiologie ausschlaggebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. Urteil des BGer 8C_642/2024 vom 15. April 2025 E. 6.4 mit Hinweisen). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Gemäss BGE 148 V 49 lässt sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Dabei kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425, 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Beim Beschwerdeführer liegen unstrittig weder eine schwere depressive Störung noch relevante psychische Komorbiditäten vor. Solche konnten gutachterlich ausgeschlossen werden (vgl. act. II 142.1 S. 6, 142.4 S. 7 ff.). Etwas anderes wird auch von der behandelnden Psychologin nicht vorgebracht. Dass die beurteilenden psychiatrischen Fachärzte bei dieser Befundlage der depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers übereinstimmend keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannten (act. II 142.4 S. 9, 171, 217, 238 S. 3), überzeugt. In den Berichten der Behandler wie auch in den übrigen Akten finden sich keine Aspekte, die von den psychiatrischen Fachärzten unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Solche werden denn auch nicht geltend gemacht. Damit sind die abweichenden Einschätzungen des Hausarztes und der behandelnden Psychologin nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilungen zu wecken, wonach der depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt. Auf diese fachärztliche Beurteilung ist abzustellen. Umso mehr, als mit dem RAD-Psychiater die fehlende Intensivierung der Behandlung

gemäss Leitlinien trotz langen Verlaufs gegen einen hohen Leidensdruck des Beschwerdeführers von Seiten der geklagten depressiven Symptomatik spricht (act. II 238 S. 3) und auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Behandler in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3).

3.5.3 Im Juni 2023 wurden beim Beschwerdeführer – bei im Zeitpunkt der Begutachtung durch die MEDAS D._____ noch nicht geklagten (vgl. act. II 142.3 S. 8) Beschwerden auch im Bereich der lasttragenden Gelenke (vgl. act. II 159 S. 2, 194 S. 4) – neu eine mässige Coxarthrose beidseits und mässige degenerative Veränderungen im OSG und USG rechts und geringer auch links erhoben (act. II 194 S. 5; vgl. E. 3.3.6 hiervor). Unter Berücksichtigung der vorbestehenden Adipositas passte Dr. med. F._____ das Zumutbarkeitsprofil aufgrund dieser seit der Begutachtung neu hinzugekommenen mässigen arthrotischen Veränderungen der lasttragenden Gelenke mit RAD-Aktenbeurteilung vom 24. Januar 2024 (act. II 216 S. 10 ff.) für die Zeit ab Juni 2023 insofern an, als sie nur noch eine körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende oder eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung bei einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs und einer auf maximal 10 kg reduzierten Gewichtslimite für das allenfalls gelegentlich erforderliche Heben und Tragen von Lasten für zumutbar erachtete (act. II 216 S. 13 ff.; vgl. E. 3.3.9 hiervor). Dem im Januar 2024 erlittene NSTEMI, von dem sich der Beschwerdeführer unbestrittenermassen rasch vollständig erholte (vgl. act. II 225 S. 2 ff. sowie E. 3.3.10 hiervor), trug Dr. med. F._____ dahingehend Rechnung, als sie das Zumutbarkeitsprofil bezüglich Stress und Arbeiten bei erhöhter Verletzungsgefahr anpasste (vgl. act. II 216 S. 14 f. sowie E. 3.3.9 hiervor). Damit hat die RAD-Ärztin Dr. med. F._____ den seit der beweiskräftigen Begutachtung durch die MEDAS D._____ vom 3. Februar 2023 (act. II 142.1-142.7) eingetretenen Veränderungen in der Befundlage, wie sie fachärztlich lückenlos erhoben worden sind (siehe act. II 194 S. 2 ff., 211 S. 7 f., 214 S. 3 f., 225 S. 2 ff.), in Übereinstimmung mit den Beurteilungen der betreffenden Fachärzte (vgl. act. II 194 S. 4, 225 S. 4) umfassend Rechnung getragen. In den medizinischen Akten findet

sich nichts, was auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der nachvollziehbar begründeten und widerspruchsfreien Beurteilung von Dr. med. F._____ wecken würde, womit ihr voller Beweiswert zukommt.

3.6 Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt mit dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS D._____ vom 3. Februar 2023 (act. II 142.1-142.7) sowie den versicherungsmedizinischen RAD-Aktenbeurteilungen der Dres. med. F._____ und G._____ zum seitherigen Verlauf (act. II 216 f., 228, 238 f.) rechtsgenüglich abgeklärt. Von weiteren Beweismassnahmen sind bei dieser Ausgangslage keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche – und damit auch auf das beschwerdeweise beantragte Obergutachten – in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Vorliegend ist nach dem Dargelegten erstellt, dass die Auffahrunfälle vom 20. Januar 2021 zu keiner ohne wesentlichen Unterbruch ein Jahr dauernden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % geführt haben, dass eine solche Arbeitsunfähigkeit aber für schwere Arbeiten wie diejenige als ... mit der Operation des linken Ellbogens im Juni 2022 eingetreten ist (act. II 142.1 S. 7 f.; E. 3.5.1 hiervor). Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.3 hiervor) ist somit im Juni 2023 abgelaufen. Für die Zeit ab Juni 2023 gilt das von Dr. med. F._____ des RAD unter Berücksichtigung der seit der Begutachtung eingetretenen Veränderungen in der Befundlage (vgl. E. 3.5.3 hiervor) formulierte Zumutbarkeitsprofil, wonach dem Beschwerdeführer noch eine körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende oder körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung ganztags zu 8.5 Stunden mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs zumutbar ist (act. II 216 S. 14 f.; vgl. E. 3.3.9 und 3.5.3 hiervor). Ausgehend von dieser Zumutbarkeitsbeurteilung ist nachfolgend der Invaliditätsgrad und damit der Rentenanspruch für die Zeit nach Ablauf des Wartejahres im Juni 2023 zu prüfen.

4.

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 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

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. 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^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung 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 (BGE 150 V 410).

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat für die Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität auf die Tabelle TA 1 der LSE, Ziff. 41-43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 2, Männer abgestellt, was angesichts der Ausbildung, Berufsbiografie und bisherigen Einkommen des Versicherten (vgl. act. II 7 S. 2, 54 S. 5, 63.71, 63.78, 87 S. 20, 139.19 S. 2 ff.) grosszügig erscheint und beschwerdeweise zu Recht nicht beanstandet wird. Gestützt auf die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2024 (act. II 240) aktuellsten statistischen Werte gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2022, Ziff. 41-43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 2, Männer und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Baugewerbe im Jahr 2023 sowie der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2023 ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 77'882.-- (BFS, LSE 2022, Tabelle TA 1, Ziff. 41-43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 2, Männer: Fr. 6'160.-- pro Monat x 12 / 40 x 41.2 [BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 41-43 Baugewerbe] / 100.4 x 102.7 [BFS, Schweizerischer Lohnindex, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2024, Ziff. 41-43 Baugewerbe, Index 2022: 100.4, Index 2023: 102.7]).

4.3 Zur Bestimmung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin ebenfalls zu Recht auf die LSE und dabei angesichts des Umstands, dass dem Beschwerdeführer nur noch eine körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende oder körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung zumutbar ist, zutreffend auf die Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer ab. Dabei ist in quantitativer Hinsicht gestützt auf das schlüssige Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. F. _____ eine Leistungsminderung von 20 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs zu berücksichtigen (vgl. E. 3.6 hiavor). Dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer nicht mehr jegliche Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art zumutbar sind (den qualitativen Einschränkungen), trug die Beschwerdegegnerin in Anwendung der bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze (vgl. E. 4.1 hiavor) durch einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % Rechnung. Damit wurde den quantitativen und qualitativen Einschränkungen des Beschwerdeführers umfassend Rechnung getragen. Für einen weitergehenden Abzug vom Tabellenlohn, wie beschwerdeweise beantragt (vgl. Beschwerde S. 6 ff.), bleibt kein Raum, dürfen doch bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2025 IV Nr. 27 S. 105, 9C_760/2023 E. 6.3.2). Gestützt auf die Tabelle TA1 der LSE 2022, Total, Kompetenzniveau 1, Männer und unter Berücksichtigung der allgemeinen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2023, der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2023, der attestierten Leistungseinschränkung von 20 % und des Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % wegen der qualitativen Einschränkungen ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 48'593.-- (BFS, LSE 2022, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer: Fr. 5'305.-- pro Monat x 12 / 40 x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total] / 100.3 x 102.0 [BFS, Schweizerischer Lohnindex, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021-2024, Total, Index 2022: 100.3, Index 2023: 102.0] x 0.8 x 0.9).

4.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert im Juni 2023 ein Invaliditätsgrad von aufgerundet (vgl. 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) 38 % ([Fr. 77'882.-- ./ Fr. 48'593.--] / Fr. 77'882.-- x 100). Die per 1. Januar 2024 in Kraft getretene Änderung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV führt nicht zu einem höheren Invaliditätsgrad, trat der 10%ige Pauschalabzug doch an die Stelle des bereits per Juni 2023 berücksichtigten Abzugs von 10 %. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung somit zu Recht verneint (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. November 2024 (act. II 240) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

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.