

200 19 842 IV
KOJ/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. April 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2014 erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf unklare Beeinträchtigungen des rechten Oberschenkels, des Beckens und der Leisten nach einem Unfall vom 12. August 2013 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (insbes. AB 17, 21, 30, 33) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 38) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 30. Dezember 2015 eine befristete ganze Rente vom 1. Oktober 2014 bis 28. Februar 2015 zu (AB 43). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im März 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit 20. September 2016 bestehende Beeinträchtigungen im Bereich des Rückens/der Wirbelsäule und des Ellbogens erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 44). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen (insbes. AB 65 ff.) holte die IVB unter anderem ein von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenes orthopädisches Assessment vom 26. Juli 2018 ein (AB 89/6 ff.) und veranlasste ihrerseits ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 28. Mai 2019; AB 114). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 25. Juni 2019 die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (AB 115). Auf Einwand vom 27. August 2019 (mitsamt einer undatierten Stellungnahme des behandelnden Psychiaters; AB 119) hin holte sie zu den vorgebrachten Widersprüchen eine Stellungnahme der Gutachter ein (Ergänzung vom 27. September 2019; AB 124) und verfügte am 11. Oktober 2019 wie angekündigt (AB 125).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch den B._____, mit Eingabe vom 5. November 2019 Beschwerde erheben und beantragen, ihm sei eine Rente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Oktober 2019 (AB 125). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

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

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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

sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.1.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswir-

kungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.1.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.5.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall

obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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

2.5.3 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2017 (AB 44) eingetreten und hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 30. Dezember 2015 (AB 43) und der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2019 (AB 125) eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 Die unangefochten gebliebene Verfügung vom 30. Dezember 2015, mit welcher dem Beschwerdeführer eine vom 1. Oktober 2014 bis 28. Februar 2015 befristete ganze Rente zugesprochen worden war, stützte sich im Wesentlichen auf folgende Berichte der behandelnden Ärzte:

3.2.1 Der Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 5. Juni 2014 (AB 17/2 Ziff. 1.1) einen Zustand nach Hüft-TP rechts wegen einer Femurkopfnekrose bei Pfannendysplasie (Operation vom 29. November 2013; vgl. AB 9.3/4 ff.) und ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom (vgl. dazu auch AB 17/7 f.). Es bestünden eine Coxalgie rechts und eine reaktive Depression, was eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit zur Folge habe (AB 17/4 Ziff. 1.7).

3.2.2 Der Operateur des Beschwerdeführers, Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im undatierten, am 1. Juli 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Ruptur der proximalen Adduktorenloge rechts und eine Femurkopfnekrose der Hüfte rechts (AB 21/2 Ziff. 1.1). Nach einem Ausgleiten am 12. August 2013 sei es zu invalidisierenden Schmerzen und einer massiv schmerzhaften Hüftbeweglichkeit gekommen, weshalb eine Hüft-TP rechts indiziert gewesen sei (AB 21/3 Ziff. 1.4; vgl. auch AB 9.3/4 ff.). Seit 23. September 2013 bestehe bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 21/3 Ziff. 1.6); es bestehe eine Belastungsintoleranz der rechten Hüfte (AB 21/4 Ziff. 1.7). Der Beschwerdeführer habe auf Physiotherapie zunächst recht gut angesprochen, doch sei es vor drei Wochen zu einem erneuten Sturz auf einer Treppe mit der Folge vermehrter Hüftschmerzen rechts gekommen, weshalb derzeit noch unklar sei, wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne (AB 21/4 Ziff. 1.8 f.).

3.2.3 Mit Verlaufsbericht vom 27. Dezember 2014 ging Dr. med. D._____ von einem verbesserten Gesundheitszustand aus (AB 30/1 Ziff. 1). Zwar sei aufgrund einer nun auch links (seit September 2014) bestehenden Femurkopfnekrose im Oktober 2014 zusätzlich eine Hüft-TP links durchgeführt worden, die physiotherapeutisch – bei protrahiertem Verlauf mit Weichteil-Restbeschwerden – nachbehandelt werde; nach der Hüft-TP rechts bestehe inzwischen eine deutlich regrediente Symptomatik (AB 30/1 Ziff. 2 und 4). Der Beschwerdeführer sei seit September 2013 bis auf weiteres voll arbeitsunfähig (AB 30/1 Ziff. 5). Derzeit bestehe nach der Hüft-TP links noch eine verminderte Belastbarkeit; nach abgeschlossener

Hüft-Reha sei u.U. die Rückkehr in den Beruf als Portier möglich, dies zunächst zu 50 % und unter Vermeidung von Lasten über 10 kg (AB 30/3).

3.2.4 Mit weiterem Verlaufsbericht vom 29. April 2015 ging Dr. med. D._____ erneut von einem verbesserten Gesundheitszustand aus (AB 33/2 Ziff. 1). Es bestehe weitgehende Schmerzfreiheit der Hüfte beidseits, aber noch Kraftlosigkeit im linken Bein (AB 33/2 Ziff. 4). Wahrscheinlich könne der Beschwerdeführer wieder weitgehend einer normalen Erwerbstätigkeit als Portier nachgehen, dies unter Vermeidung von Lasten über 20 kg (AB 33/3 Ziff. 13 f.). Entsprechend attestierte Dr. med. D._____ eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 28. Februar 2015; ab dann bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (AB 37).

3.3 Was den Gesundheitszustand seit der Neuanmeldung Ende März 2017 (AB 44) betrifft, hat die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der MEDAS F._____ vom 28. Mai 2019 (AB 114.1) mitsamt Ergänzung vom 27. September 2019 (AB 124) abgestellt:

3.3.1 Noch vor dieser Begutachtung veranlasste die Krankentaggeldversicherung ein orthopädisches Assessment. In diesem Assessment der MEDAS E._____ vom 26. Juli 2018 (AB 89/6 ff.) wurden ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Pseudarthrose L5/S1 im Status nach ALIF und dorsaler Stabilisation L5/S1 von April 2017, ausreichende Hüftbeweglichkeit nach Hüft-TP beidseits (2013 und 2014), ausreichende Funktion des rechten Kniegelenks nach Knieoperation (1997) und eine chronische Epicondylitis des linken Ellenbogengelenkes diagnostiziert (AB 89/10 oben). Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er sich zunächst aufgrund eines schmerzhaften Ellenbogens links in Behandlung begeben habe (vgl. AB 50.2/10 f.; vgl. auch AB 75.3/20). Nach kurzer Zeit hätten sich lokal starke lumbale Wirbelsäulenbeschwerden eingestellt (vgl. AB 50.2/8 f.; vgl. auch AB 75.3/19). Aufgrund des permanenten lokalen lumbalen Rückenschmerzes und der Taubheit im linken Bein sei am 10. April 2017 eine dorsale Stabilisation L5/S1 mit ALIF erfolgt (vgl. AB 57.2, 65/19 f.). Der Beschwerdeführer sei in der Folge nicht beschwerdefrei geworden; seit 21. September 2016 sei er zu 100 % arbeitsunfähig (AB 89/8). In der klinischen Untersuchung habe sich ein schmerzgeplagter Versicherter präsentiert, der während der Untersuchung eine schmerzsko-

liotische Fehlhaltung und Unbeweglichkeit präsentiert habe. Die Untersuchung habe sich sehr schwierig gestaltet. Das Ausmass der geklagten Schmerzen lasse sich orthopädisch nicht objektivieren. Eine Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und leidensadaptierter Tätigkeit werde jedoch momentan nicht für möglich gehalten. Aufgrund der Komplexität der Beschwerden sei zur weiteren Verlaufskontrolle kein alleiniges orthopädisches Assessment mehr ausreichend; sicherlich sollte hier ein polydisziplinäres Gutachten unter Berücksichtigung der Fächer Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erfolgen (AB 89/10).

3.3.2 Die Gutachter der MEDAS F. _____ diagnostizierten im Gutachten vom 28. Mai 2019 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit sensomotorischen Ausfällen ohne verwertbare objektiv fassbare Befunde im Sinne einer neurogenen Läsion und einen Status nach totalendoprothetischer Versorgung beider Hüftgelenke nach Femurkopfnekrose (rechts November 2013, links Oktober 2014) mit regulärer Beweglichkeit sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach operativer Versorgung einer Tibiakopffraktur rechts 1997 mit uneingeschränkter Funktion, eine Tendomyose der Streckmuskulatur des linken Unterarms, eine Fussinsuffizienz beidseits (derzeit asymptomatisch), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen Anteilen (ICD-10 Z73.1), psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren im Sinne einer Krankheitsverarbeitungsstörung bei Problemen am Bewegungsapparat (ICD-10 F54), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabis (eigenanamnestisch abstinent seit 2004 [ICD-10 F12.20]), durch Heroin (eigenanamnestisch abstinent seit 2004 [ICD-10 F11.20]) und durch Cocain (eigenanamnestisch abstinent seit 2004 [ICD-10 F14.20]), psychische und Verhaltensstörungen durch ärztlich verordnete Opiate (eigenanamnestisch abstinent seit 2018 [ICD-10 F11.20]), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol unklaren Ausmasses (ICD-10 F10), den Verdacht auf arterielle Hypertonie, eine Adipositas und einen Status nach Hepatitis C (AB 114.1/12 f. Ziff. 4.2). Die Krankengeschichte stelle sich im Wesentlichen wie folgt dar (AB 114.1/6): Aufgrund von Femurkopfnekrosen beidseits seien im November 2013 (vgl. AB 9.3/6; vgl. auch E. 3.2.2 hiervor) und Oktober 2014 (vgl. AB 30/1; vgl. auch E. 3.23 f. hiervor) Hüft-TP einge-

setzt worden. Ab 8. Mai 2014 habe sich der Beschwerdeführer für ca. acht Monate in integrativ-psychiatrischer Behandlung befunden (vgl. AB 17/7 f.). Anlässlich eines befristeten Arbeitsvertrags (vgl. AB 55/9 f.) habe der Beschwerdeführer ab 21. September 2016 zu 100 % krankgeschrieben werden müssen (vgl. AB 55/5 Ziff. 2.14). Einerseits sei am 12. Oktober 2016 eine Epicondylopathia humeri lateralis links (vgl. AB 50.2/10 f.; vgl. auch AB 75.3/20), andererseits am 11. Januar 2017 eine Segmentdegeneration L5/S1 mit Osteochondrose Modic Typ II und Diskushernie L5/S1 median (vgl. AB 50.2/8 f.; vgl. auch AB 75.3/19) diagnostiziert worden und es sei zu einem protrahierten Verlauf gekommen (vgl. AB 50.2/6 f., 50.2/1, 51/6, 51/1 f.). Am 10. April 2017 sei eine Operation ALIF L5/S1 und dorsale Stabilisation L5/S1 durchgeführt worden (vgl. AB 57.2, 65/19 f.). Seit dem 24. April 2018 befinde sich der Beschwerdeführer in integrativ-psychiatrischer Behandlung (vgl. AB 87).

Aus orthopädischer Sicht stünden die lumbalen Beschwerden im Vordergrund (vgl. auch AB 65/15, 71/10 f., 75.3/11 ff., 75.3/5 ff., 75.3/2 f., 80, 89/6 ff., 100). Dabei sei festzustellen, dass ein Zustand nach regelrechter Spondylodese L5/S1 (vgl. AB 57.2, 65/19 f.) ohne wesentliche Auffälligkeiten vorliege (ähnlich auch AB 65/14, 89/15 f.). Zwar sei eine Knochenstoffwechselsteigerung am ALIF-Körper und an einer Schraube rechtsseitig feststellbar, doch hätten keine ausreichenden Hinweise auf eine Schraubenlockerung, auf einen Infekt des Osteosynthesematerials oder eine Pseudarthrose L5/S1 gefunden werden können. Die Schmerzempfindungen seien unter Berücksichtigung der in der letzten Zeit durchgeführten bildgebenden Diagnostik und auch der entfernten Möglichkeit einer noch nicht abgeschlossenen knöchernen Durchbauung in der geäusserten Art und Intensität in keiner Weise nachvollziehbar (vgl. auch AB 75.2/1 ff.). Weiter sei schon früher an beiden Hüftgelenken eine endoprothetische Versorgung unter der Indikationsstellung einer Hüftkopfnekrose durchgeführt worden (vgl. AB 9.3/6, 30/1). Es seien diesbezüglich keine Beschwerden geäussert worden, der Bewegungsbefund habe ein physiologisches Ausmass ohne Schmerzäusserung ergeben, röntgenologisch zeige sich hier ein unauffälliger Implantatsitz. Anamnestisch habe 2016 eine Schmerzhaftigkeit am linken Ellenbogen bestanden. Es sei die Diagnose einer Epicondylopathia humeri lateralis links gestellt worden (vgl. AB 50.2/10 f.; vgl.

auch AB 75.3/20). Bei der Untersuchung sei noch eine diffuse Schmerzhaftigkeit im Bereich der Extensorenmuskulatur am Unterarm rechts genannt worden. Es handle sich hier um eine leichte Myose der Streckmuskulatur am Unterarm links als Residualsymptom der Epicondylitis lateralis links (AB 114.1/7 f.).

Aus neurologischer Sicht stehe das chronische lumbale Schmerzsyndrom im Vordergrund, wodurch der Beschwerdeführer in seinen Aktivitäten stark beeinträchtigt und am Schlafen gehindert sei. Die Schmerzen, welche durch die Operation vom 10. April 2017 (vgl. AB 57.2, 65/19 f.) nicht nachhaltig hätten beeinflusst werden können, hätten sich auch im weiteren Verlauf als weitgehend therapieresistent erwiesen. Zumindest aufgrund der MRT der LWS vom 4. April 2019 ergäben sich keine Hinweise auf eine aktuelle Kompromittierung neurogener Strukturen im Bereiche der LWS. Es ergebe sich eine Diskrepanz zwischen spärlichen objektiv fassbaren und paraklinischen Befunden sowie geklagten Beschwerden, welche in ihrer Konstanz und Ausprägung nur bedingt nachvollziehbar seien. Es ergebe sich der Verdacht auf eine Schmerzfehlerverarbeitung (AB 114.1/8f.).

Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der somatischerseits nicht vollumfänglich erklärbaren Beschwerden am Bewegungsapparat und der bestehenden psychosozialen Faktoren und emotionalen Konflikte (vgl. AB 114.1/16) die Diagnose psychologischer Faktoren und Verhaltensfaktoren im Sinne einer Krankheitsverarbeitungsstörung bei Problemen am Bewegungsapparat zu stellen. Ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz habe nicht nachgewiesen werden können; entsprechend könne weder die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.40) noch einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; vgl. demgegenüber AB 87/4 Ziff. 2.5, 100/6 Mitte) gestellt werden. In der Aktenlage würden depressive Episoden dargestellt, zuerst im Mai 2014 in Zusammenhang mit einem Stellenverlust, anschliessend im März 2018 im Gefolge der Rückenoperation, dem protrahierten Verlauf und der Sistierung der Taggeldleistungen (vgl. AB 87/4 Ziff. 2.5). Aktuell gebe der Beschwerdeführer an, sein Hauptproblem seien die Schmerzen am Bewegungsapparat. Er habe sich in situationsadäquater, resonanz- und modulationsfähiger Stimmung befunden.

Entsprechend sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, zu stellen (AB 114.1/9 ff.). Die Schmerzverarbeitungsstörung sei leichtgradig ausgeprägt, die rezidivierend depressive Störung sei remittiert, eigenanamnestisch dürfe davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer wieder drogen-/opiatabstinent lebe. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge erreichten nicht ein Ausmass, das es ihm nicht erlaubt hätte, sich persönlich, schulisch, beruflich, partnerschaftlich und sozial adäquat entwickeln und positionieren zu können. Er verfüge sowohl im Sozialisationsbereich wie im Leistungsbereich über eine ansehnliche Ressourcenlage. Der soziale Kontext sei erhalten. Die Persönlichkeit sei mässig bis gut integriert. Es bestehe eine ansehnliche Aktivitätenlage und Partizipation. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen könne nicht nachgewiesen werden. Es bestünden diverse psychosoziale Faktoren und emotionale Konflikte (AB 114.1/14 ff.).

Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Pathologien mit Bezug zur Arbeitsfähigkeit. Anlässlich der aktuellen Laboruntersuchung seien das Drogenscreening bzw. Ethylglucuronid negativ und CDT normwertig gewesen (AB 114.1/12).

Nach dem Dargelegten ergebe sich unter Berücksichtigung der objektivierbaren Funktionsstörungen an der LWS, an den Hüftgelenken, Kniegelenken und auch am Ellbogen nur eine leichte Beeinträchtigung der körperlichen Belastbarkeit. Psychiatrischerseits könnten weder in bisheriger noch adaptierter Tätigkeit Beeinträchtigungen der Items des Mini-ICF-APP attestiert werden (AB 114.1/14). Psychiatrischerseits könne eine längerdauernde, verfestigte psychiatrische Symptomatik nicht nachgewiesen werden. Entsprechend könne weder in bisheriger noch in adaptierter Tätigkeit eine psychiatrisch bedingte Leistungsminderung attestiert werden. Bei den bisherigen Tätigkeiten als Etagenportier/Allrounder im Hotel sei es zu einer Belastung von bis zu 25 kg gekommen. Dies könne angesichts der durchgeführten endoprothetischen Versorgung der Hüftgelenke und der LWS-Pathologie nicht mehr durchgeführt werden. Durchgeführt werden könnten unter Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde vollschichtige leichte Tätigkeiten, kurzzeitig auch mittelschwere Tätigkeiten, ohne häufiges Bü-

cken, Knien, Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie stereotype Körperhaltungen. Diese Einschätzung aus orthopädischer und gesamtmedizinischer Sicht gelte seit der Implantation der ersten Hüftprothese im November 2013 (AB 114.1/18 f.).

3.3.3 Mit undatiertes, dem Einwandschreiben vom 27. August 2019 beigelegter Stellungnahme des behandelnden Psychiaters med. prakt. G._____ des H._____ (AB 119/3 ff.), im Medizinalberuferegister MedReg ohne Facharztstitel eingetragen, widersprach dieser in einigen Punkten dem psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS F._____ (vgl. E. 3.3.2 hiervor). So konnte er der Einschätzung, dass eine depressive Störung nicht (mehr) nachweisbar sei bzw. als remittiert zu gelten habe, nicht zustimmen. Es habe sicherlich weniger belastende Phasen und damit bloss leichte depressive Episoden gegeben, aktuell liege aber eine mindestens mittelgradige depressive Episode vor (AB 119/3 oben). Für die Diagnose der Verhaltensstörung durch Alkohol gebe es lediglich einen Verdacht, aber keine beweisenden Laborwerte. Ein allfälliges Suchtproblem sei ohnehin nicht als zentral oder überhaupt in irgendeiner Weise mit dem eigentlichen Problem verbunden zu sehen (AB 119/3 Mitte). Unverständlich sei weiter die Einschätzung, dass ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz nicht habe nachgewiesen werden können, da der Beschwerdeführer kaum über etwas anderes rede, sein ganzes Leben eingeschränkt habe und ein sichtliches Bemühen zeige, alles zu versuchen, um seine Schmerzen zu reduzieren (AB 119/3 unten). Der Beschwerdeführer zeige durchaus ein Beschwerdeverhalten (Aufstehen während der Termine, durchgehend verlangsamtes und vorsichtiges Gangbild; AB 119/4 oben). Er habe sein soziales Leben und viele Aktivitäten aufgrund der Schmerzen stark einschränken müssen; von einer Simulation könne keine Rede sein (AB 119/4 unten). Aufgrund der klarerweise erstellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und der nebenher nun wieder mindestens mittelgradigen depressiven Episode bestehe eine erhebliche psychiatrisch bedingte Leistungsminderung (AB 119/5 oben).

3.3.4 Hierzu nahmen die Gutachter der MEDAS F._____ mit Ergänzung vom 27. September 2019 (AB 124) dahingehend Stellung, dass mit

Blick auf die gesamte Aktenlage sowie die Konsensdiskussion die vorübergehende, dokumentierte Opiatabhängigkeit sowie die Auswirkung psychosozialer Faktoren mitberücksichtigt werden müssten. Eine medikamentöse antidepressive Behandlung sei zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht erfolgt; tagesklinische und stationäre psychiatrische Massnahmen seien im Verlauf nicht zum Tragen gekommen. Somatoforme Störungen gehörten in das Behandlungsspektrum sowohl von teilstationären als auch stationären Einrichtungen (AB 124/2 Ziff. 1). In Bezug auf die Alkoholproblematik werde die Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol unklaren Ausmasses gestellt, womit das ganze Spektrum zwischen gefährlichem Gebrauch (ICD-10 F 10.8) bis zu einem Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) erfasst werde. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der vorhandenen persönlichen Ressourcen sei diese Diagnose als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden (AB 124/2 f. Ziff. 2). Ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz habe sich weder anlässlich der psychiatrischen noch anlässlich der somatischen Begutachtungen nachvollziehen lassen. Psychiatrischerseits habe der Beschwerdeführer einen angebräunten, gut vitalisierten Gesichtsteint gezeigt und lächelnd z.B. auf die Prüfung der Kognition reagiert; der Gesichtsausdruck sei nicht schmerzverzogen gewesen und Schwitzen habe nicht beobachtet werden können. Somatischerseits hätten die Schmerzäusserungen nicht vollständig mit den Untersuchungsbefunden vereinbart werden können; die Schmerzäusserungen bei den Untersuchungsgängen, speziell an den unteren Extremitäten, seien in ihrer Art und Intensität nicht nachvollziehbar gewesen, es habe der Eindruck von inadäquaten Schmerzreaktionen bestanden; aus somatischer Sicht sei von einer übermässigen Schmerzdarstellung ausgegangen worden und es habe sich der Verdacht auf Schmerzfehlverarbeitung ergeben (AB 124/3 Ziff. 3). Demgemäss könnten weder die Diagnose F45.41 noch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt werden (AB 124/5).

3.4 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).

3.4.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

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 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.4.2 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V

351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5 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).

3.6 Angesichts der neu gestellten Diagnosen, namentlich des chronischen lumbalen bzw. lumbovertebralen Schmerzsyndroms (AB 89/10 oben, 114.1/12 Ziff. 4.2; vgl. auch E. 3.3.1 f.), ist eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten und somit ein medizinischer Revisionsgrund erstellt, was denn auch zu Recht unbestritten ist. Nachfolgend ist damit frei zu prüfen, ob diese Veränderung geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.7 Die polydisziplinäre Einschätzung der Gutachter im Gutachten der MEDAS F. _____ vom 28. Mai 2019 (AB 114.1) und im ergänzenden Bericht vom 27. September 2019 (AB 124) sowie die Ausführungen in den Teilgutachten (allgemeinmedizinisch [AB 114.3], orthopädisch [AB 114.4], neurologisch [AB 114.5] sowie psychiatrisch [AB 114.6]) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf eigene Untersuchung und die Akten in

schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von den Vorakten, würdigten die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich und nahmen auch zu abweichenden Beurteilungen angemessen Stellung. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet.

3.7.1 Soweit vorliegend von Relevanz bzw. sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend besteht in somatischer Hinsicht von diagnostischer Seite her weitgehend eine Übereinstimmung zum Assessment der MEDAS E._____ vom 26. Juli 2018 (AB 89/6 ff.; vgl. E. 3.3.1 hiervor): Diagnostiziert wurden ein chronisches lumbales bzw. lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein Status nach totalendoprothetischer Versorgung beider Hüftgelenke bzw. eine ausreichende Hüftbeweglichkeit nach Hüft-TP beidseits sowie eine Tendomyose der Streckmuskulatur des linken Unterarms (als Residualsymptom der Epicondylitis lateralis links) bzw. eine chronische Epicondylitis des linken Ellenbogengelenkes (AB 89/10 oben, 114.1/12 f. Ziff. 4.2; vgl. auch AB 114.1/8 oben). Trotz dieser weitgehend diagnostischen Übereinstimmung variieren die gestützt darauf attestierten Arbeitsunfähigkeiten erheblich (MEDAS E._____: volle Arbeitsunfähigkeit [AB 89/8]; MEDAS F._____: keine/kaum Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit [AB 114.1/19 Ziff. 4.8]), was denn auch der Beschwerdeführer in der Beschwerde, S. 1 unten, vorbringt. Indem die Ärzte der MEDAS E._____ darauf hinwiesen, dass sich in der klinischen Untersuchung ein schmerzgeplagter Versicherter mit einer schmerzskoliotischen Fehlhaltung und Unbeweglichkeit präsentiert habe, wodurch sich die Untersuchung sehr schwierig gestaltet habe (AB 89/10 Mitte), ist zu folgern, dass sich deren Einschätzung mehr auf anamnestische Angaben des Beschwerdeführers denn auf von ihnen erhobene objektive Befunde stützt. Entsprechend räumten sie denn auch ein, dass sich das Ausmass der geklagten Schmerzen orthopädisch nicht objektivieren lasse (AB 89/10 Mitte) und aufgrund der Komplexität der Beschwerden zur weiteren Verlaufskontrolle kein alleiniges orthopädisches Assessment mehr ausreichend sei, sondern ein polydisziplinäres Gutachten zu erfolgen habe (AB 89/10 unten). Unter Berücksichtigung vor allem der objektivierbaren Befunde (mit der damit einhergehenden Diskrepanz zu den geklagten Beschwerden; vgl.

AB 114.1/19 Ziff. 4.8) sowie der bestehenden psychosozialen Faktoren und emotionalen Konflikte (vgl. AB 114.1/16) erweist die Einschätzung der Gutachter der MEDAS F. _____ im polydisziplinären Gutachten (volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; AB 114.1/19 Ziff. 4.8) als nachvollziehbar, da dies im Assessment der MEDAS E. _____ unberücksichtigt geblieben ist.

3.7.2 In psychiatrischer Hinsicht widerspricht insbesondere der behandelnde med. prakt. G. _____ (AB 119/3 ff.; vgl. E 3.3.3 hiavor) den gutachterlichen Feststellungen. Abgesehen davon, dass dieser offensichtlich nicht über den Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, womit seinen Ausführungen bereits deshalb geringere Beweiskraft beizumessen ist (vgl. E. 2.1.1 hiavor; Entscheid des BGer vom 7. August 2008, 9C_164/2008, E. 4.3), benennt er keine Aspekte, die den Gutachtern nicht schon bekannt gewesen wären (vgl. E. 3.4.1 f. hiavor). Soweit er seinerseits aktuell von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode ausgeht (AB 119/3 oben), belegt er dies in keiner Weise mittels von ihm erhobener Befunde. Der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol unklaren Ausmasses kommt insofern keine zentrale Bedeutung zu (vgl. AB 119/3 Mitte), als diese sowieso als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden ist. Das geltend gemachte Schmerzgebaren und -verhalten mit Einschränkungen im sozialen Leben und von Aktivitäten (AB 119/3 f.) konnte weder anlässlich der psychiatrischen noch der somatischen Begutachtungen nachvollzogen werden und korreliert denn auch nicht mit den Untersuchungsbefunden (vgl. AB 124/3 Ziff. 3).

Selbst im Fall einer vom Beschwerdeführer geforderten Bejahung einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer mittelgradigen depressiven Episode (AB 119/5) wäre alsdann hinsichtlich möglicher Ausschlussgründe (vgl. E. 2.1.3 hiavor) festzuhalten, dass zwar gutachterlich keine eigentliche Aggravation beschrieben wurde, sich jedoch im Gutachten durchaus Inkonsistenzen in Bezug auf die Schmerzangaben ausmachen lassen (vgl. AB 114.1/7 unten, 114.1/9 oben) und zudem klare Hinweise auf eine massgebliche Mitbeteiligung von invalidenversicherungsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren (AB 114.1/16) bestehen, welche der Annahme eines invalidisierenden psy-

chischen Gesundheitsschadens grundsätzlich entgegenstehen. Aber auch auf der zweiten Ebene käme der psychischen Symptomatik nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.1.4 hiervor) vorliegend ohnehin keine invalidisierende Wirkung zu, zumal die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage anhand der Standardindikatoren – die Gutachter der MEDAS F._____ befassten sich damit eingehend und nachvollziehbar in AB 114.1/14 ff. (vgl. auch E. 3.3.2 vierter Abschnitt hiervor) sowie AB 124/2 Ziff. 1 (vgl. auch E. 3.3.4 hiervor) – nicht (zumindest) überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen wären. Hingegen vermag der behandelnde med. prakt. G._____ in der undatierten, dem Einwandschreiben vom 27. August 2019 beigelegten Stellungnahme (AB 119) nicht aufzuzeigen, dass unter Bezugnahme auf die massgebenden Indikatoren ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt.

3.8 Nach dem Dargelegten ist gestützt auf die beweiskräftigen gutachterlichen Ausführungen erstellt, dass dem Beschwerdeführer leichte, kurzzeitig auch mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Bücken, Knien, Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie stereotypen Körperhaltungen vollschichtig zumutbar sind (AB 114.1/19 Ziff. 4.8). Auf dieser medizinischen Grundlage hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die Invaliditätsberechnung vorgenommen.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.2 Unter Berücksichtigung des eben Ausgeführten lässt sich der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (AB 125/1 f.) nicht beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat die beiden Vergleichseinkommen korrekt festgesetzt und gestützt darauf einen Invaliditätsgrad von 0 % ermittelt. Diese Berechnung wird vom Beschwerdeführer im Übrigen auch nicht bestritten.

4.3 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2019 (AB 125) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit 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):
 - 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.