

200 20 289 IV
KOJ/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. September 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. März 2020



Sachverhalt:

A.

Im Juni 2007 meldete sich der 1964 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 2). Nach Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht, insbesondere einer psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 14), und einer Untersuchung durch Dr. med. C._____, Fachärztin für Anästhesiologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 19), verneinte die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nach entsprechendem Vorbescheid (AB 20) mit Verfügung vom 19. September 2008 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (AB 22). Die dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten vom 30. September 2008 (AB 23 S. 3 f.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. Januar 2009 ab (VGE IV 69853; AB 26). Mit Entscheid vom 27. Februar 2009 trat das Bundesgericht auf eine hiergegen erhobene Beschwerde nicht ein (BGer 9C_124/2009; AB 28).

B.

Im März 2018 erfolgte eine neue Anmeldung des Versicherten bei der Invalidenversicherung (AB 43). Er sei seit Mitte September 2017 wegen ... arbeitsunfähig (vgl. AB 43 S. 4 und 6). Die IV-Stelle nahm daraufhin in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor (AB 52, AB 56, AB 58, AB 60, AB 66, AB 68, AB 70, AB 77, AB 80, AB 90). Zudem stellte ihr die vorbefasste Krankentaggeldversicherung ihre Akten zu (AB 53.1 – AB 53.7, AB 62.1 – AB 62.6). Im Rahmen einer Besprechung des Falles mit dem RAD vom 25. Juni 2019 empfahl dieser eine pluridisziplinäre Begutachtung des Versicherten (AB 92). In der Folge beauftragte die IV-Stelle über die Plattform SuisseMED@P nach dem Zufallsprinzip die D._____ (MEDAS) mit einer polydisziplinären Abklärung des Versicherten (vgl.

AB 99, AB 101 ff., AB 106, AB 109, AB 111). Das entsprechende Gutachten datiert vom 15. Januar 2020 (vgl. AB 119.1 – AB 119.9).

Insbesondere gestützt auf die Ergebnisse dieses Gutachtens stellte die IV-Stelle dem Versicherten hierauf mit Vorbescheid vom 31. Januar 2020 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 121). Am 9. März 2020 erliess sie die entsprechende Verfügung (AB 129).

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 13. April 2020 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht näher abzuklären.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

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 9. März 2020 (AB 129). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitli-

chen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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. 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 Vervollendung des 18. Altersjahres folgt.

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

2.4 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).

2.4.1 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).

2.4.2 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 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

2.4.3 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).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom März 2018 (AB 43) eingetreten, hat materiell geprüft, ob seit der letzten rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs (vgl. die mit Urteil vom 6. Januar 2009 [VGE IV 69853; AB 26] bestätigte Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2008 [AB 22]) eine im Hinblick auf den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch wesentli-

che Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist und hat dies in der Folge gestützt auf die vorgenommenen medizinischen Abklärungen bejaht. Zunächst ist zu prüfen, ob tatsächlich eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Dagegen ist die Frage des Eintretens auf die Neuanschuldung hier nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

3.2 Mit dem im Vergleichszeitraum neu aufgetretenen Bronchialkarzinom (mit Erstdiagnose im Dezember 2017 [vgl. AB 53.2 S. 9] nach deutlicher Allgemeinzustandsverschlechterung im September 2017 [vgl. AB 53.2 S. 8 und 11] und rechtzeitig attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit ab 11. September 2017 [vgl. AB 53.2 S. 13] und in der Folge operativer Resektion des Unterlappens der rechten Lunge im Januar 2018 [vgl. AB 53.2 S. 3 ff.] mit konsekutiv vollständiger und anschliessend vorübergehend teilweiser Arbeitsunfähigkeit [vgl. AB 53.2 S. 1, AB 58 S. 3]) und den zwischenzeitlich hinzugekommenen degenerativen Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke (Gonarthrose) und der Lendenwirbelsäule (vgl. AB 119.4 S. 36), welche die Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter ... irreversibel zu 50% einschränken (vgl. AB 119.4 S. 35 f.), ist das Vorliegen eines Neuanschuldungsgrundes ohne weiteres zu bejahen. In der Folge 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2020 (AB 129) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre medizinische Gutachten der MEDAS vom 15. Januar 2020 (nachfolgend MEDAS-Gutachten; AB 119.1 – AB 119.9).

4.1.1 Das MEDAS-Gutachten vom 15. Januar 2020 ergab als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf internistischem Fachgebiet einen Status nach nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom und Unterlappenresektion der rechten Lunge im Januar 2018, einen Diabetes mellitus

Typ II, eine arterielle Hypertonie sowie eine Dyslipidämie (AB 119.1 S. 11 i.V.m. AB 119.2 S. 29). Internistisch sei der Beschwerdeführer verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Verfügung vom 19. September 2008 zwischenzeitlich an einem nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinom erkrankt, worauf der Unterlappen der rechten Lunge im Januar 2018 reseziert worden sei. Der Diabetes mellitus Typ II sei aktenevident bereits vor dem Jahr 2008 beschrieben worden. Der Zeitpunkt der Erstdiagnose der arteriellen Hypertonie habe vom Beschwerdeführer nicht benannt werden können und sei auch nicht aktenevident (AB 119.2 S. 35). Beim Beschwerdeführer habe rückblickend aufgrund des Status nach einem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom Unterlappen rechts und erfolgter Lobektomie ab Januar 2018 eine passagere Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab April 2018 habe wieder eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit mit maximaler Arbeitsdauer von bis vier Stunden in leichter Arbeit mit maximaler Gewichtsbelastung bis 15 kg vorgelegen. Am 13. Juli 2018 sei durch den Pneumologen Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, bei lungenfunktionell restriktiver Pneumopathie aus pneumologischer Sicht wieder Arbeitsfähigkeit attestiert worden (vgl. AB 66 S. 10). Auf Tätigkeiten mit Verletzungsgefahren oder Absturzgefahren, unter klimatischen Belastungen wie Kälte und Nässe oder mit inhalativen Noxen und Staubbelastungen sei aufgrund des Diabetes mellitus sowie der stattgehabten Lungenerkrankung zu verzichten. Ansonsten sei der Beschwerdeführer aus internistischer Sicht wieder zu 100% arbeitsfähig (AB 119.2 S. 33 f.).

4.1.2 Neurologischerseits ergaben sich als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Teilläsion des Nervus ulnaris rechts mit sensiblen und motorischen Störungsbefunden (ICD-10: G56.2) sowie eine Teilläsion des Nervus ulnaris links mit sensiblen Störungsbefunden (ICD-10: G56.2; AB 119.1 S. 11 i.V.m. AB 119.3 S. 30). Eine aktenkundig vorbeschriebene Polyneuropathie bei jahrelang bekanntem Diabetes mellitus konnte nicht bestätigt werden (AB 119.3 S. 31). Durch die sensiblen Defizite der linken und die sensomotorischen Defizite der rechten Hand sei die manuelle Gebrauchsfähigkeit für Arbeiten mit hohen feinmotorischen Ansprüchen als eingeschränkt anzusehen, nicht jedoch in der angestammten/letzten oder in vergleichbaren Arbeiten. Zusammenfassend sei nach neurologischem Untersuchungsbefund eine Tätigkeit mit einem Pensum

und Rendement von 100% als leistbar anzusehen (AB 119.3 S. 31). Neurologischerseits sei in den Akten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, sodass die jetzige Bewertung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auch retrospektiv gelte. Tätigkeiten mit hoher feinmotorischer manueller Beanspruchung seien zu vermeiden. Ansonsten sei neurologischerseits keine angepasste Tätigkeit erforderlich (AB 119.3 S. 34).

4.1.3 Aus orthopädischer Sicht sind gemäss orthopädischem Teilgutachten verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Verfügung vom 19. September 2008 zwischenzeitlich degenerative Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke und der Lendenwirbelsäule hinzugekommen (AB 119.4 S. 36). Zu diagnostizieren seien aktuell eine Gonarthrose beidseits, eine Funktionsstörung im PIP-Gelenk Digitus 5 rechts bei Morbus Dupuytren Grad II sowie eine Facettengelenksarthrose und Foramenstenose lumbal (AB 119.4 S. 31). Der bildmorphologische Kniegelenksbefund einer irreversiblen degenerativen Veränderung im Bereich beider Kniegelenke rechtfertige die Empfehlung, Arbeiten mit häufiger schwerer körperlicher Belastung und ständigem Stehen und Gehen sowie Arbeiten in Körperzwangshaltungen eher zu meiden. Aus dem spinalen Bildbefund ohne namhaftes objektives klinisches Befundkorrelat ergebe sich keine darüberhinausgehende Limitation. Zumindest in körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten lasse sich eine Limitation nicht ausreichend begründen. Anderslautende orthopädische Einschätzungen lägen nicht vor (AB 119.4 S. 34). Bezogen auf ein 100%-Pensum sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter ... noch zu 50% arbeits- und leistungsfähig (100% Präsenz bei 50% Leistungsfähigkeit, da es sich um eine Arbeit mit häufigem Gehen und Stehen handle; AB 119.4 S. 34 f.). Die degenerativen Kniegelenksveränderungen (Gonarthrose) seien erstmals am 16. August 2018 aktenkundig im Spital F. _____ diagnostiziert worden (recte: am 20. März 2018 vom Hausarzt; vgl. AB 58 S. 4), sodass die getroffene Einschätzung seines Erachtens seit diesem Datum gelten sollte. Leichte bis mittelschwere, wechselbelastend oder überwiegend sitzend auszuübende Tätigkeiten würden der Behinderung optimal angepasst sein. Bezogen auf eine solcherart angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht zu 100% arbeits- und leistungsfähig (AB 119.4 S. 35).

4.1.4 Die psychiatrische Begutachtung im Rahmen des MEDAS-Gutachtens ergab als Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen im Rahmen eines Abhängigkeitssyndroms von Kokain, derzeit abstinent, und Benzodiazepinen (ICD-10: F19.2) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol im Rahmen eines schädlichen Gebrauchs, derzeit abstinent (ICD-10: F10.1), sowie eine Anpassungsstörung mit leichter depressiv-ängstlicher Reaktion (ICD-10: F43.21; AB 119.5 S. 30). Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine namhaften Funktions- oder Fähigkeitsstörungen. Die aktenkundig beschriebene Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht bestätigen, da die seinerzeit offenbar zu dieser Diagnose geführten Verhaltensauffälligkeiten und Symptome nicht ausreichend von dem langjährigen, zum Teil intensiven Drogen- und Alkoholmissbrauch abzugrenzen seien (AB 119.5 S. 35). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordere den ICD-10-Kriterien folgend eine in der Kindheit oder Jugend beginnende psychische und das Verhalten mit erheblichen negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit. Dies lasse sich aus der Biographie und der hiesigen Exploration und auch aus den Akten Daten nicht ableiten, insbesondere nicht ausreichend von den Folgen des Drogenkonsums abgrenzen. Im Kontaktverhalten würden zwar impulsive, emotional instabile sowie dissoziale Persönlichkeitszüge deutlich, die jedoch nicht die Intensität einer Persönlichkeitsstörung erreichten und auch in der Vergangenheit einer regelmässigen Arbeitstätigkeit nicht im Wege gestanden seien (AB 119.5 S. 31). Die in der Exploration aufscheinenden emotional instabilen, leicht reizbaren und aggressiven sowie dissozialen Persönlichkeitszüge seien im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeit zu verstehen und nicht Ausdruck einer manifesten Persönlichkeitsstörung (AB 119.5 S. 35). Auch die aktenkundig gestellte Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode lasse sich aus heutiger Sicht nicht mehr bestätigen. Die aktuell festzustellende leichte ängstlich-depressive Symptomatik bleibe ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es sei also von einer durchaus erfolgreichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine krankheitsbedingten Kooperationsprobleme. Das Eingliederungspotential sei nicht beeinträchtigt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine gute Prognose (AB 119.5 S. 34).

Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit habe sich verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Verfügung vom 19. September 2008 nicht namhaft verändert. Damals sei zwar im Gutachten des Dr. med. B. _____ aufgrund einer angenommenen emotional instabilen Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50% bei ebenfalls reduzierter Leistungsfähigkeit festgestellt worden. Die Auswirkungen des Drogenkonsums seien jedoch aus heutiger Sicht nicht ausreichend berücksichtigt worden. Eine vom Drogenkonsum ausreichend abgrenzbare psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne auch retrospektiv nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden (AB 119.5 S. 38). Der Beschwerdeführer räume ein, bis vor etwa zwei Jahren regelmässig Kokain und Alkohol konsumiert zu haben und in der Vergangenheit auch mehrfach in gewalttätige Auseinandersetzungen verwickelt gewesen zu sein. Seit zwei Jahren konsumiere er keine Drogen oder Alkohol mehr, nehme jedoch noch gelegentlich das Benzodiazepin Dormicum ein. Er berichte, dass sich die Aggressivität und Reizbarkeit seit Beendigung des Drogenkonsums gebessert habe (AB 119.5 S. 30 f.).

Im psychiatrischen Untersuchungsbefund präsentierte sich gemäss psychiatrischem Teilgutachten ein freundlicher und gelassen wirkender Beschwerdeführer, der ohne Zeichen mnestischer oder konzentrativer Defizite über seinen Werdegang und seine Beschwerden berichtet habe. Die Stimmung sei situationsadäquat unauffällig und die Schwingungsfähigkeit nicht beeinträchtigt gewesen; die Auslenkung zum positiven Pol sei gelungen. Beschrieben würden Zukunfts- und Gesundheitsängste hinsichtlich eines möglichen Wiederauftretens der Krebserkrankung, innere Unruhe, eine Neigung zur Aggressivität und leichte Reizbarkeit sowie eine leichte Grübelneigung. Klinische Zeichen einer schwerergradigen Depressivität, wie eine vitale Antriebs-, Freud- und Interessereduktion, hätten sich nicht gefunden. Auch das inhaltliche Denken sei normal. Hinweise für ein psychotisches Erleben, Halluzinationen oder Ich-Störungen seien nicht nachweisbar. Querschnittsmässig stelle sich ein leichtgradig depressives ängstliches Syndrom dar, das unter Zugrundelegung der ICD-10-Kriterien als Anpassungsstörung mit längerer leicht depressiv-ängstlicher Reaktion im Zusammenhang mit der existentiellen Verunsicherung durch die Bronchialkarzinomerkrankung zu klassifizieren sei (AB 119.5 S. 31). Der behandelnde

Psychiater habe am 31. Mai 2019 beschrieben, dass der Beschwerdeführer nicht zu 100% arbeitsfähig sei, ohne dies jedoch genauer zu quantifizieren. Zwar sei eine zeitweilige Verschlechterung der psychischen Beschwerden in der Zeit von 2017 bis heute möglich, Hinweise für eine überdauernde psychiatrische Erkrankung mit namhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fänden sich aktenkundig jedoch nicht (AB 119.5 S. 36). Die von Seiten des Beschwerdeführers beklagten und als schwerwiegend geschilderten Einschränkungen im Alltag seien unter Berücksichtigung des wenig beeinträchtigt imponierenden psychiatrischen Untersuchungsbefundes sowie der Verhaltensbeobachtung nicht plausibel nachzuvollziehen und seien auch im Hinblick auf eine tendenzielle, interessengeleitete Präsentation von Limitationen und Beschwerden zu diskutieren. Zudem sprächen die Ergebnisse der Beschwerdevalidierungstests sowie die im niedrigen Grenzbereich liegenden Plasmaspiegel der angegebenen Medikamente für ein verfälschendes Antwortverhalten beziehungsweise eine mangelnde Therapie- bzw. defizitäre Medikamentencompliance (AB 119.5 S. 34 f.). Belastungsfaktoren mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen nicht vor. Die hier zu erhebenden Indikatoren deuteten auf eine Reiseaktivität, Selbständigkeit und Fähigkeit zur Selbstversorgung und sozialer Aktivität hin. Die Ressourcen erschienen also nicht namhaft gemindert (AB 119.5 S. 32). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht namhaft beeinträchtigt (resp. vollständig gegeben; vgl. AB 119.5 S. 36). Gleichwohl sei unter dem Gesichtspunkt der weiteren Stabilisierung und Förderung adäquater Coping-Mechanismen bei existenzieller Verunsicherung nach der Malignomkrankung eine weitere psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen (AB 119.5 S. 37).

4.1.5 Die im Rahmen des MEDAS-Gutachtens durchgeführte neuropsychologische Begutachtung ergab sodann keinen ausreichenden Anhalt für eine kognitive Störung mit namhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 119.6 S. 32). Für die reklamierten Beschwerden habe sich kein ausreichendes objektives Korrelat gefunden. Die Symptomvalidierung habe einen Hinweis auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten ergeben. Es bestünden somit deutliche Hinweise für eine Aggravation (AB 119.6 S. 35).

4.1.6 Im Rahmen ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter in der Folge zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in Bezug auf seine bisherige Tätigkeit insgesamt noch zu 50% arbeitsfähig, wobei die Einschränkung allein orthopädisch begründet sei. In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (AB 119.1 S. 13).

4.2 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 15. Januar 2020 inkl. Teilgutachten (vgl. AB 119.1 – AB 119.9) erfüllt sämtliche der in Erwägung 2.4.1 hiervoor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden, sind keine ersichtlich. In den gesamten medizinischen Akten finden sich keine Aspekte, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären.

4.3 Vom Beschwerdeführer wird beschwerdeweise geltend gemacht, man habe nur sein körperliches Können begutachtet, jedoch das Psychische nicht überprüft, obwohl er diesbezüglich seit weit über zwei Jahren in Behandlung sei. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Wie vorstehend dargelegt, wurde der Beschwerdeführer anlässlich der MEDAS-Begutachtung auch fachpsychiatrisch abgeklärt. Das entsprechende Teilgutachten (AB 119.5; vgl. E. 4.1.4 hiervoor) überzeugt und hat vollen Beweiswert. Die darin gestellten Diagnosen werden vom psychiatrischen Gutachter schlüssig und nachvollziehbar hergeleitet. Namentlich wird mit überzeugender Begründung eine Persönlichkeitsstörung verworfen, das psychische Geschehen im Rahmen des multiplen (früheren) Substanzgebrauchs (Kokain, Benzodiazepine, Alkohol) verortet und ein leichtgradiges depressives ängstliches Syndrom, alles ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, festgestellt (vgl. AB 119.5 sowie E. 4.1.4 hiervoor). Dabei standen dem psychiatrischen Gutachter auch die Berichte des behandelnden Psychia-

ters zur Verfügung (vgl. AB 10, AB 40 S. 2, AB 62.3 S. 2 f. und S. 4 f., AB 68, AB 90 S. 2 f.), der in Übereinstimmung mit dem Gutachter in seinen neueren Berichten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ebenfalls fallen liess (vgl. AB 62.3 S. 2 f. und S. 4 f., AB 68, AB 90 S. 2 f.) und primär noch eine depressive und ängstliche Symptomatik sieht, diese jedoch diagnostisch und hinsichtlich funktioneller Auswirkungen als viel schwerwiegender einordnet als der psychiatrische Gutachter und im Verlauf des Verfahrens auch eine diesbezügliche Verschlechterung geltend macht. Abgesehen von der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4), spricht gegen die Gewichtung durch den behandelnden Psychiater und für die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilung, dass auch die Ärzte der G._____ in ihrem Austrittsbericht vom 10. Januar 2020 (AB 116 S. 1 ff.) unabhängig vom Gutachter beim Beschwerdeführer lediglich eine leichte depressive Episode diagnostiziert haben. Zudem hat Dr. med. C._____ vom RAD hinsichtlich der vom behandelnden Psychiater mit Bericht vom 31. Mai 2019 (AB 90 S. 2 f.) geltend gemachten Verschlechterung der Symptomatik Inkonsistenzen festgestellt, erfolgte die Geltendmachung der Verschlechterung doch just auf die Aufforderung hin, sich die Teilnahme an einer arbeitsmarktlich-medizinischen Abklärung doch noch zu überlegen, nachdem der Beschwerdeführer anlässlich eines Assessmentgesprächs zur beruflichen Eingliederung vom 1. Mai 2019 explizit erklärt hatte, er sei an einer Rente und nicht an Eingliederungsmassnahmen interessiert (vgl. AB 86 S. 3), weshalb Dr. med. C._____ beim Beschwerdeführer denn auch Anhaltspunkte für eine Rentenbegehrlichkeit festhält (vgl. AB 93 S. 2). Weder aus den Berichten des behandelnden Psychiaters noch aus den übrigen Akten sind Aspekte ersichtlich, die vom psychiatrischen Gutachter unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auch in psychiatrischer Hinsicht auf die schlüssige Beurteilung anlässlich der MEDAS-Begutachtung abgestellt.

4.4 Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt mit dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 15. Januar 2020 (AB 119.1 – AB 119.9) als rechtsgenügend abgeklärt. Gestützt auf dieses Gutachten wie auch die übrigen medizinischen Akten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer nach einer vorübergehend vollständigen Arbeitsunfähigkeit mit Beginn am 11. September 2017 (vgl. AB 53.2 S. 13) seit Mitte 2018 (vgl. AB 66 S. 8 ff. sowie E. 4.1.1 hiervor) in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig ist, in Bezug auf seine bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter ... seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus orthopädischen Gründen aber lediglich noch 50% beträgt (vgl. AB 119.1 S. 34 f. sowie E. 4.1.3 hiervor). Der Behinderung optimal angepasst sind gemäss Gutachten körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastend oder überwiegend sitzend auszuübende Tätigkeiten (AB 119.4 S. 35). Arbeiten mit häufiger schwerer körperlicher Belastung und ständigem Stehen und Gehen sowie Arbeiten in Körperzwangshaltungen sind gemäss orthopädischem Teilgutachten eher zu meiden (AB 119.4 S. 34). Auf Tätigkeiten mit Verletzungsgefahren oder Absturzgefahren, unter klimatischen Belastungen wie Kälte und Nässe oder mit inhalativen Noxen und Staubbelastungen ist aus internistischer Sicht zu verzichten (AB 119.2 S. 34) und neurologischerseits sind Tätigkeiten mit hoher feinmotorischer manueller Beanspruchung zu vermeiden (AB 119.3 S. 34).

5.

5.1 Im Jahr 2018, dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Karenzfrist: Art 29 Abs. 1 IVG; AB 43; Wartezeit: Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; AB 53.2 S. 13), hätte der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter ... bei der H. _____ GmbH nach einer geltend gemachten Pensumsteigerung und deutlichen Lohnerhöhung per 1. August 2017 gemäss deren Angaben ohne Gesundheitsschaden Fr. 57'600.-- (Fr. 4'800.-- x 12) verdient (vgl. AB 53.4, AB 56 S. 4, AB 62.2 S. 12, AB 62.4). Die Beschwerdegegnerin hat demgegenüber zugunsten des Beschwerdeführers als Basis für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die im Vergleich höheren Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Ta-

bellenslohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abgestellt (Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total; siehe AB 129 S. 1). Ob sie dies angesichts der von der Krankentaggeldversicherung in Frage gestellten Zuverlässigkeit der Angaben der früheren Arbeitgeberin (vgl. AB 53.1 S. 3 sowie AB 62.2) und der äusserst kurzen Dauer zwischen der geltend gemachten beträchtlichen Veränderung des bisherigen Arbeitsverhältnisses und dem Eintritt der vorübergehend vollständigen Arbeitsunfähigkeit mit dem konsekutiven Jobverlust des Beschwerdeführers (vgl. AB 53.4 S. 2, AB 53.2 S. 13, AB 86 S. 2) zu Recht getan hat, kann vorliegend letztlich offenbleiben, da auch unter Heranziehung des für den Beschwerdeführer günstigeren Tabellenlohnes als hypothetisches Valideneinkommen kein einen Rentenanspruch begründender Invaliditätsgrad resultiert, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

5.2 Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung seines hypothetischen Invalideneinkommens zu Recht ebenfalls auf die LSE abgestellt, wobei sie von der gleichen Basis wie beim Valideneinkommen ausgegangen ist. Dies lässt sich nicht beanstanden, da der Totalwert im Kompetenzniveau 1, Männer, der Tabelle TA1 der LSE eine breite Palette dem Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkungen noch möglicher Tätigkeiten widerspiegelt. Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich ein zahlenmässiger Einkommensvergleich. Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls grundsätzlich der medizinisch-theoretischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuzüglich eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dem Beschwerdeführer sind körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastend oder überwiegend sitzend auszuübende Tätigkeiten ohne hohe feinmotorische manuelle Beanspruchung seit Mitte 2018 wieder zu 100% zumutbar, wobei klimatische Belastungen wie Kälte und Nässe sowie Staubbelastungen und inhalative Noxen zu vermeiden sind (vgl. E. 4.4 hiervor). Eine medizinisch-theoretische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG liegt somit nicht vor. Dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer nicht mehr sämtliche Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbar sind, hat die Beschwerdegegnerin mit einem Abzug von 5% vom Tabellenlohn Rechnung getragen

(AB 129 S. 1). Es besteht kein Anlass, in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Allfällige invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie), die auf ein unterdurchschnittliches Einkommen des Beschwerdeführers schliessen liessen, wären bei beiden statistischen Vergleichseinkommen gleichermassen zu berücksichtigen und damit vorliegend von vornherein ohne Einfluss auf den Invaliditätsgrad (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Damit hat es mit dem gewährten Abzug von 5% und einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad in maximal selbiger Höhe sein Bewenden.

5.3 Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. März 2020 (AB 129) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 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):
 - A. _____ (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 24. August 2020)
 - 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.