

200 20 329 IV
WIS/ISD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Juli 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. März 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt als ... tätig, meldete sich im April 2014 unter Hinweis auf die gesundheitlichen Folgen eines Arbeitsunfalls vom 9. Oktober 2013 (Knieverletzung rechts) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2, 4.6). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, namentlich holte sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. April 2015 (AB 59) sowie der behandelnden Hausärztin vom 20. April 2015 (AB 63) ein, und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 85) einen Rentenanspruch. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Mit Schreiben vom 10. Januar 2017 (AB 96/1-3) meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an und beantragte gleichzeitig die Wiedererwägung der Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 85). Mit Schreiben vom 3. Februar 2017 (AB 98) wies die IVB das Wiedererwägungsgesuch ab. Weiter holte sie medizinische Unterlagen ein und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. März 2017 (AB 103) in Aussicht, mangels einer glaubhaft gemachten Veränderung des medizinischen Sachverhaltes nicht auf das erneute Leistungsbegehren einzutreten, wogegen der Versicherte Einwand erhob (vgl. AB 106, 111). In der Folge holte die IVB unter anderem ein polydisziplinäres Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1 [Konsensbeurteilung], 130.2-130.8) und die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva; AB 171.1-171.224, 189.1-189.15, 209.1-209.3, 225.1-225.37) ein und nahm wiederholt Rücksprache mit dem RAD (vgl. AB 199 f., 224). Gestützt darauf verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 203, 207, 218-220) mit Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) abermals einen Rentenanspruch.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 11. Mai 2020 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- „1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. März 2020 sei aufzuheben.
2. a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle Bern zurück zu weisen.
b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführerin [recte: Beschwerdeführer] ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Massnahmen, IV-Rente) bei einem IV-Grad von mindestens 40 %, zzgl. Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.
c) Subeventualiter: es sei ein medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F.“

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Mai 2020 wurde der Beschwerdeführer zur Leistung eines Kostenvorschusses innert Frist aufgefordert. In der Folge wurde der Kostenvorschuss zweifach, mit Valuta 14. bzw. 22. Mai 2020, bezahlt.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. Mai 2021 setzte die Instruktionsrichterin den Termin für die öffentliche Schlussverhandlung auf Dienstag, 6. Juli 2021, fest, Gleichzeitig gab sie den Parteien die Zusammensetzung der Spruchbehörde bekannt.

Mit Eingabe vom 17. Mai 2021 teilte die Beschwerdegegnerin mit, auf eine Teilnahme an der öffentlichen Schlussverhandlung zu verzichten.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 6. Juli 2021 ist der Beschwerdeführer nicht erschienen. Sein Rechtsvertreter bestätigte und begründete die gestellten Anträge im Rahmen seines Parteivortrages.

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 insoweit (vgl. jedoch E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226), mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch und dabei insbesondere das Bestehen einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes. Soweit der Beschwerdeführer zudem die Zusprache von beruflichen Massnahmen beantragt, hat die Beschwerdegegnerin hierüber mit der angefochtenen Verfügung nicht befunden, weshalb diesbezüglich mangels Anfechtungs- und Streitgegenstand nicht auf die Beschwerde einzutreten ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend und verlangt deshalb die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens. Dabei beanstandet er, dass ihm die RAD-Stellungnahme vom 4. März 2020 (AB 224), auf welche sich die Beschwerdegegnerin im der angefochtenen Verfügung massgebend gestützt habe, vor Erlass der betreffenden Verfügung nicht zur Kenntnisnahme zugestellt worden sei und er damit keine Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten habe (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 6).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]).

2.2.1 Das Akteneinsichtsrecht gemäss Art. 47 Abs. 1 lit. a ATSG ist Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV). Es handelt sich um einen verfahrensrechtlich begründeten Anspruch, welcher der versicherten Person, sofern überwiegende Privatinteressen gewahrt bleiben, für die sie betreffenden Daten zusteht und sich grundsätzlich auf alle verfahrensbezogenen Akten bezieht (BGE 140 V 464 E. 4.1 S. 467). Es gehört zum Kerngehalt des rechtlichen Gehörs, dass der Verfügungsadressat vor Erlass eines ihm nachteiligen Verwaltungsaktes zum Beweisergebnis Stellung nehmen kann. Das Akteneinsichtsrecht ist eng mit dem Äusserungsrecht verbunden, gleichsam dessen Vorbedingung. Die versicherte Person kann sich nur dann wirksam zur Sache äussern und geeignete Beweise führen oder bezeichnen, wenn ihr die Möglichkeit eingeräumt wird, die Unterlagen einzusehen, auf welche sich die Behörde bei ihrer Verfügung gestützt hat (BGE 132 V 387 E. 3.1 S. 388, 115 V 297 E. 2e S. 302; RKUV 1992 U 152 S. 198 E. 2c).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2019 AHV Nr. 7 S. 20 E. 3.1.1, 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

2.3 Zutreffend ist, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vor Erlass der Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) den RAD-Bericht vom 4. März 2020 (AB 224) nicht zugestellt hat. Der betreffende Bericht enthält indessen keine entscheidenden, neuen Gesichtspunkte. Vielmehr werden darin im Wesentlichen die früheren Einschätzungen in den zusammenfassenden RAD-Berichten vom 5. Juli 2019 (AB 199 f.) bestätigt, wobei mit Blick auf das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. August 2019 (AB 225.22) formulierte Zumutbarkeitsprofil diesbezüglich eine geringfügige Anpassung vorgenommen sowie in einer angepassten Tätigkeit die quantitative Arbeitsunfähigkeit von 20 % auf 25 % erhöht wurden (vgl. AB 224/8 Ziff. 2). Die Akten des Unfallversicherungsverfahrens lagen dem Beschwerdeführer respektive seinem Rechtsvertreter vor. Inwieweit unter diesen Umständen eine sachgerechte Anfechtung der streitbetroffenen Verfügung nicht oder nur erschwert möglich gewesen sein soll, ist denn auch namentlich mit Blick auf die eingegangene Beschwerde nicht ersichtlich. Insgesamt besteht damit keine besonders schwerwiegende Gehörsverletzung, welche alsdann ohnehin geheilt werden kann, da das angerufene Verwaltungsgericht mit uneingeschränkter Kognition entscheidet (vgl. E. 2.2.2 hiavor; vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Oktober 2018, 9C_411/2018, E. 2.2). Die beantragte Aufhebung der

angefochtenen Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) aus formellen Gründen ist abzuweisen.

3.

3.1 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).

3.2 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.

3.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.3.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des

Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.3.2 Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 10. Januar 2017 (AB 96/1-3) eingetreten und hat hernach materiell über den Rentenanspruch verfügt. Die Eintretensfrage ist damit nicht streitig und folglich vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Hierfür ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 85) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) – mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente nach medizinischen Abklärungen sowie Durchführung eines Einkommensvergleichs verneint wurde – entwickelt hat, zu vergleichen.

4.2 Die Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 85) basiert im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin med. pract. C._____, Praktische Ärztin, vom 2. April 2015 (AB 59) und dem Bericht von Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 20. April 2015

(AB 63) sowie dem Abklärungsbericht der Abklärungsstelle E. _____ vom 25. September 2015 (AB 77).

4.2.1 In der Stellungnahme vom 2. April 2015 (AB 59) hielt die RAD-Ärztin med. pract. C. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Kompressionstrauma des rechten Knies am 9. Oktober 2013 mit MR-tomographisch nachgewiesenen Fissuren des Tibiakopfes sowie Fibulaköpfchenfraktur, ausgedehnter Weichteilschwellung Knie rechts medial, aktuell Verdacht auf femoropatelläre Überlastung, gegebenenfalls Jumpers Knee-Komponente und Verdacht auf traumatisierte mediale Gonarthrose rechts fest. Gestützt auf den Abklärungsbericht AMA [Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung] vom 14. Oktober 2014 (AB 38) sei die bisherige Tätigkeit als ... / ... dauerhaft nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien demgegenüber wechselbelastende, jedoch überwiegend sitzende Arbeiten. Arbeiten auf unebenem Gelände sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten seien zu meiden. Ebenso sollten langes Stehen und längere Gehstrecken vermieden werden. Das repetitive Hantieren mit Lasten bis maximal 10-15 kg sei zumutbar. Bei sitzenden Tätigkeiten sei auf genügende Beinfreiheit und Bewegungsmöglichkeit für das rechte Bein zu achten. Unter diesen Voraussetzungen sei eine ganztägige Präsenz mit einer Leistungseinschränkung von 10 % wegen der Notwendigkeit häufiger Positionswechsel zumutbar.

4.2.2 Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 20. April 2015 (AB 63) fest, der Gesundheitszustand sei stationär und der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter Schmerzen unterhalb des rechten Kniegelenks bei körperlicher Belastung. Aktuell bestehe im Arbeitsversuch zur Wiedereingliederung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Die Einschränkungen seien körperlicher Natur, das Knie könne nicht mehr schmerzfrei belastet werden. Die bisherige Erwerbstätigkeit als ... erscheine zurzeit nicht realistisch, und es sei fraglich, ob dies je wieder möglich sein werde. Eine sitzende Tätigkeit sollte allerdings möglich sein und könne zu 100 % und ohne Beeinträchtigung des Arbeitstempos ausgeführt werden. Längeres Stehen und Gehen seien nicht möglich. Das Heben von schweren Gewichten und Tragen von Lasten sei ebenfalls eher ungünstig.

4.2.3 Aus dem Bericht der Abklärungsstelle E. _____ vom 25. September 2015 (AB 77) geht zum stattgehabten Arbeits- und Aufbautraining zwischen Oktober 2014 und September 2015 hervor, es hätten sich im zeitlichen Verlauf der Massnahmen verschiedene gesundheitliche Phasen sowie beeinflussende soziale Probleme gezeigt. Die Ziele der Massnahmen seien mehrheitlich erreicht worden. Der Beschwerdeführer habe ein volles Pensum erreichen können, während seine Leistungsfähigkeit in einer angepassten sitzenden, handwerklich einfachen Tätigkeit bei 50-60 % verblieben sei.

4.3 In der Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

4.3.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 14. Mai 2016 (AB 96/4 f.) eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.2), situationsgebundene agoraphobe Ängste (ICD-10 F40.00) und chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Für einfache, manuelle und den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeiten bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 %.

4.3.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie und Praktischer Arzt, diagnostizierte im Bericht vom 23. August 2017 (AB 122/4 f.) eine schwere Nervus infrapatellaris-Läsion rechts bei/mit Status nach Einklemmungskontusion des rechten Kniegelenks mit undislozierter Fibulaköpfchenfraktur am 13. (recte: 9.) Oktober 2013. Weiter hielt er einen Verdacht auf CRPS mit der Differentialdiagnose neuropathische Schmerzen des Ramus infrapatellaris fest.

4.3.3 Im polydisziplinären Gutachten der H. _____ (nachfolgend: MEDAS) vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1 [Konsensbeurteilung], 130.2-130.8) wurden folgende Diagnosen gestellt (AB 130.1/14):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Läsion des Nervus infrapatellaris rechts

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Anpassungsstörung
2. Z.n. Ulcus ventriculi (anamnestisch)
3. Nikotinabusus
4. Schwerhörigkeit beidseits
5. Arthralgie rechtes Knie ohne behinderungsrelevantes Korrelat
6. Senk-Spreizfuss beidseits

Aus interdisziplinärer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als ... mit einer Einschränkung von 50 % bzw. einer Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar. Aufgrund der bestehenden Nervenschädigung sei die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (wechselbelastend, jedoch überwiegend sitzend, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne langes Stehen oder längere Gehstrecken, mit repetitivem Hantieren mit Lasten bis maximal 10-15 kg und unter Beachtung einer genügenden Beinfreiheit für das rechte Knie bei sitzenden Tätigkeiten) um 20 % reduziert; darüberhinausgehende Einschränkungen ergäben sich nicht (AB 130.1/14 f.).

In psychiatrischer Hinsicht liege eine leichte Anpassungsstörung vor, die sich daraus ergebe, dass der Beschwerdeführer aufgrund der finanziellen Folgen, die der Unfall nach sich gezogen habe und die er aufgrund einer fehlenden Berufstätigkeit nicht kompensieren könne, traurig sei. Diese Anpassungsstörung wirke sich allerdings, auch aufgrund ihrer leichten Ausprägung, nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. In internistischer Hinsicht betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und einer Verweistätigkeit 100 %. Aufgrund des erhobenen altersentsprechenden orthopädisch-traumatologischen und radiologischen Untersuchungsbefundes ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % sowohl in der bisherigen Tätigkeit als ... / ... als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Auf dem neurologischen Fachgebiet sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit um 50 % reduziert. Dies folge der Überlegung, dass aufgrund der Nervenschädigung eine Tätigkeit im ... nur mit erheblichen Einschränkungen möglich erscheine, weil auf unebenem Boden besondere Anforderungen an die Koordination bestünden. In einer Verweistätigkeit liege die Einschränkung bei 20 %, was auch der Einschätzung im Rahmen der Berufsfindungsmassnahmen entspreche (AB 130.1/14 f.).

Es liege keine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben,

der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, der Fähigkeit zur Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit vor. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt sei die jüngst diagnostizierte Hörminderung, die allerdings einer Hörgeräteversorgung zugänglich sein dürfte. Gegebenenfalls müsse hierzu noch eine gutachterliche Stellungnahme eingeholt werden (AB 130.1/15).

4.3.4 Dr. med. G. _____ diagnostizierte im Bericht vom 30. November 2018 (AB 180/9 f.) eine schwere Nervus infrapatellaris-Läsion rechts mit/bei Status nach Einklemmungskontusion des rechten Kniegelenks mit undislozierter Fibulaköpfchenfraktur am 13. (recte: 9.) Oktober 2013, neuropathischen, invalidisierenden Schmerzen des Ramus infrapatellaris rechts, und einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer schweren Depression. Weiter hielt er fest, anamnestisch, klinisch sowie elektrophysiologisch bestehe eine schwere Nervus infrapatellaris-Läsion rechts bei Status nach Kniekontusion mit Fibulaköpfchenfraktur im Oktober 2013. Es hätten sich therapieresistente, belastungsabhängige, neuropathische Schmerzen im medialen Kniebereich rechts entwickelt. Klinisch bestehe ein Verdacht auf Polyneuropathie, welche sich elektrophysiologisch nicht habe nachweisen lassen. Anamnestisch bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung mit quälenden Alpträumen und entsprechender Müdigkeit/Konzentrationsstörung am nächsten Tag. Momentan bestehe zudem eine mittelschwere bis schwere depressive Episode.

4.3.5 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 8. Januar 2019 (AB 180/7 f.) wurde ein Verdacht auf neuropathische Restbeschwerden mediales Knie rechts festgehalten. Radiologisch zeigten sich erste Anzeichen einer Degeneration bei korrekt verheilte Fibulafraktur und Tibiakopffissur. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden seien keiner anatomischen Struktur zuortbar und höchstwahrscheinlich neuropathischen Ursprungs. Diesbezüglich könne operativ keine Beschwerdebesserung erwartet werden. Es werde dringend eine schmerztherapeutische Abklärung empfohlen.

Die den Beschwerdeführer begleitende Ehefrau lehne eine Überweisung zu einem Schmerztherapeuten vehement ab. Der Hausarzt, Dr. med. J. _____, Praktischer Arzt, werde daher gebeten, den Beschwerdeführer schmerztherapeutisch weiter zu begleiten. Eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit als ... sei nicht mehr möglich. Rein theoretisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit für reine Schreibtischarbeit.

4.3.6 Dr. med. F. _____ nannte im Bericht vom 12. Januar 2019 (AB 180/3-6) als psychiatrische Diagnosen eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.8), eine affektiv-kognitive Restsymptomatik einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Aufgrund der Befunde, des Krankheitsverlaufs, der erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen sowie der verminderten psychischen und körperlichen Ressourcen sei die psychische und körperliche Kraft des Beschwerdeführers stark eingeschränkt, weshalb er in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Für einfache, manuelle und den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeiten bestehe aus rein Psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 40-45 %, wobei mit kurzen Erholungs- und Ruhepausen gerechnet werden müsse sowie von einem schwankenden Leistungsniveau auszugehen sei.

4.3.7 Mit Schreiben vom 29. Januar 2019 (AB 184/2) hielt Dr. med. J. _____ fest, der Beschwerdeführer sei in den zwölf vorangegangenen Monaten wegen eines chronischen Schmerzsyndroms in pharmakologischer hausärztlicher Behandlung gewesen. Die Therapie sei nicht erfolgreich gewesen, weshalb eine schmerztherapeutische Behandlung bei Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, empfohlen werde. Der Beschwerdeführer sei damit einverstanden.

4.3.8 Der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ hielt in der Stellungnahme vom 5. Juli 2019 (AB 200) fest, dass – wie bereits in der RAD-Stellungnahme vom 16. März 2017 (vgl. dazu AB 102) konstatiert – anhand der Ausführungen des behandelnden Psychiaters das Vorliegen einer subsyndromalen PTBS nicht nachvollzogen werden könne. Es hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer chronischen Schmerzerkrankung gefunden, welche zudem im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung ausge-

geschlossen worden sei. Hierzu lägen keine neuen Anknüpfungstatsachen vor. Hinsichtlich der Beurteilung der depressiven Symptomatik fielen die Befundberichte von Dr. med. F. _____ vom 14. Mai 2016 (vgl. AB 96/4 f.) und vom 12. Januar 2019 (vgl. AB 180/3-6) nahezu identisch aus. Divergent sei im Vergleich, dass im Jahr 2016 über das Vorliegen einer situativen phobischen Angst berichtet worden sei, während aktuell eine affektiv-kognitive Restsymptomatik erwähnt werde. Worauf diese allerdings gründen solle, bleibe angesichts der nahezu identischen Angaben des Beschwerdeführers und der Befunde unklar, wobei anlässlich der psychiatrischen Begutachtung von 2017 überdies eine depressive Symptomatik ausgeschlossen worden sei. Ebenso sei im Rahmen der durchgeführten beruflichen Massnahmen nicht über das Vorliegen einer depressiven Symptomatik berichtet worden. Anlässlich der Begutachtung hätten sich jedoch ausgeprägte Hinweise auf das Vorliegen einer negativen Antwortverzerrung, eine motivationale Beeinträchtigung des Beschwerdeführers sowie ausgeprägte Inkonsistenzen ergeben. In der Gesamtbeurteilung habe sich eine wenigstens mittelschwere Beeinträchtigung der Beschwerdevalidierung gefunden, die auf eine wenigstens mittelschwere Aggravation verweise. Insgesamt spreche dies mehr gegen eine nachvollziehbare, anhaltende Verschlechterung der psychischen Beeinträchtigungen als dafür (AB 200/5 f.).

4.3.9 Der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in der Stellungnahme vom 5. Juli 2019 (AB 199) im Wesentlichen fest, es seien keine massgebenden Unterschiede zwischen dem neurologischen Teilgutachten vom 30. November 2017 (vgl. AB 130.6) und dem neurologischen Bericht vom 30. November 2018 (vgl. AB 180/9 f.) zu erkennen, weshalb diesbezüglich weiterhin auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden könne. Die Angaben des Beschwerdeführers zur Mobilität im orthopädischen Verlaufsbericht vom 8. Januar 2019 (vgl. AB 180/7 f.) widerspreche seinen früheren Angaben und eine Schmerztherapie werde abgelehnt. In psychiatrischer Hinsicht enthielten die Berichte des behandelnden Psychiaters vom 12. Januar 2019 (vgl. AB 180/3-6) und vom 14. Mai 2016 (vgl. AB 96/4 f.) grundsätzlich identische Angaben. Zudem sei gestützt auf die Befunde der psychiatrischen Begutachtung vom 30. November 2017 nicht bloss von Beschwer-

deverdeutlichung bzw. Aggravation, sondern vielmehr von einem zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen. Bezüglich einer im November 2017 aus HNO-ärztlicher Sicht diagnostizierten mittel- bis schwergradigen pantonalen sensorineuralen Hörminderung beidseits bei Status nach jahrelanger Lärmbelastung als ... (vgl. dazu AB 130.8/4) liege eine Schlussexpertise nach Hörgeräteanpassung in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung vom 18. März 2019 (vgl. AB 192/2-4) vor, welche belege, dass der Beschwerdeführer bei einer beidseitigen Hörverminderung mittlerweile Hörgeräte trage, mit welchen sich unter anderem ein deutlicher Gewinn bei der auditiven Kommunikation und eine Erleichterung der Sozialkontakte habe erreichen lassen. Mit 16 von 18 messbaren bzw. gemessenen Punkten sei die Schlussexpertise bestanden. Vor diesem Hintergrund könne davon ausgegangen werden, dass sich die Hörverminderung beidseits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Gemäss einer Mitteilung der Praxis von Dr. med. M. _____ (vgl. AB 190, 195) habe sich der Beschwerdeführer nach einer Überweisung durch den Hausarzt gegen eine Schmerztherapie entschieden. Dies bestätige die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters eines zielgerichteten Vortäuschens einer nicht vorhandenen Symptomatik. Die Verweigerung einer gezielten Schmerztherapie der neuropathischen Schmerzen und auch, dass in einigen der vorliegenden Berichte entsprechende Hinweise auf eine solche Therapie fehlten, seien weitere Zeichen dafür, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht so hoch sein könne, wie er immer wieder deutlich zu machen versuche (AB 199/12 f.).

Zusammenfassend sei seit der rentenablehnenden Verfügung vom 12. Februar 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen. Da im Gutachten vom 29. Dezember 2017 zudem darauf hingewiesen worden sei, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als .../... zu 50 % zumutbar sei, könne sogar von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes im gleichen Zeitraum ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung seit der Verfügung vom 12. Februar 2016 ausgewiesen (AB 199/13).

4.3.10 Mit Schreiben vom 5. Juli 2019 (AB 204/2) teilte Dr. med. M._____ mit, dass der Beschwerdeführer eine ärztliche Behandlung abgelehnt habe, weitere Angaben könne er nicht machen.

4.3.11 Im Untersuchungsbericht vom 21. August 2019 (AB 225.22) hielt der Kreisarzt Dr. med. N._____ fest, gegenüber der Voruntersuchung von 2017 bestehe keine Verbesserung. Weiterhin wirke der Beschwerdeführer wenig motiviert und zeige keinerlei Eigeninitiative zur Verbesserung der jetzigen Situation. Das demonstrierte, auffällig gestörte Gangbild sei nur schwerlich den Befunden zuzuordnen. Bei freier Beweglichkeit der Kniegelenke und ohne radiologische Kriterien einer Arthrose sei schwer nachvollziehbar, wieso der Beschwerdeführer zum Gehen zwei Unterarmgehstützen benötige. Auffallend sei auch der Muskelunterschied der Oberschenkelmuskulatur mit einer Diskrepanz von immerhin 3 cm zugunsten der betroffenen Seite, sodass hier offensichtlich auch auf der gesunden linken Seite keinerlei muskuläre Anforderungen vonseiten des Beschwerdeführers an sich selbst gestellt würden. Aufgrund der insgesamt wenig ausgeprägten Motivation erscheine auch eine erneute physiotherapeutische Behandlung wenig sinnvoll, da ohne Eigeninitiative des Beschwerdeführers keine Verbesserung zu erwarten sei. Unfallbedingt sei ein Endzustand erreicht. Mit einer weiteren Verbesserung sei nicht zu rechnen (AB 225.22/6).

Die vom Beschwerdeführer demonstrierte Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit sei aus den Untersuchungen nicht komplett nachvollziehbar. Es bestünden deutliche Diskrepanzen zwischen dem seit 2013 völlig unveränderten radiologischen Befund im Bereich der Kniegelenke und der demonstrierten Einschränkung der Belastungsfähigkeit. Bezüglich der neuropathischen Schmerzen auf der Medialseite seien diese neurologisch verifiziert, sie schienen aber bei Ablenkung in der Untersuchung nicht im Vordergrund zu stehen. Hierfür spreche auch die unregelmässige und völlig unkontrollierte Einnahme von Schmerzmitteln in der häuslichen Umgebung. Bezüglich des ermittelten Zumutbarkeitsprofils von 2017 ergebe sich keine Änderung (AB 225.22/6).

Die Durchführung einer Schmerztherapie werde aus kreisärztlicher Sicht keinen zu erwartenden Effekt ergeben und sollte daher nicht durchgeführt

werden. Die bisherige analgetische Behandlung mit der völlig unkoordinierten Einnahme von Bedarfsmedikamenten bedürfe der Überprüfung. Der Hausarzt werde gebeten, auf den Beschwerdeführer einzuwirken, bei offensichtlich nur erforderlichen Bedarfsmedikation zumindest auf die Oxycodon-Einnahme zu verzichten (AB 225.22/6).

4.3.12 Im Bericht zum MRI Hüfte links der Klinik O. _____ vom 9. Oktober 2019 (AB 221/3) wurden ein ausgedehntes, jedoch reizloses Ossikel des anterioren Pfannenerkers, eine daraus resultierende verstärkte Überdachung des Femurkopfes, eine Verknöcherung des übrigen Labrums superior, ein Status nach Osteonekrose des Femurkopfes, eine Koxarthrose links, mutmasslich folgend aus den beiden vorgenannten Befunden, genannt.

Im Bericht zum MRI Hüfte nativ/KM rechts der Klinik O. _____ vom 10. Oktober 2019 (AB 221/2) wurden diskrete degenerative Veränderungen im rechten Hüftgelenk, eine Ansatzentzündung der Gluteus medius Sehne, intakte knöcherne Strukturen, ein verminderter Head-Neck Offset und eine acetabuläre Retroversion beschrieben.

4.3.13 Dr. med. P. _____, Facharzt für Neurologie, hielt am 25. Oktober 2019 fest, er könne bestätigen, dass der Beschwerdeführer an einer traumatischen Schädigung des Nervus infrapatellaris rechts infolge eines Arbeitsunfalls von Mitte Oktober 2013 leide. Die Anamnese und die Klinik seien hierfür charakteristisch. Es handle sich um chronische Schmerzen, wobei zahlreiche medikamentöse Therapien erfolglos geblieben seien. Zudem werde der Beschwerdeführer „durch eine Depression geplagt“. Er, Dr. med. P. _____, sei der Meinung, dass dem Beschwerdeführer körperliche Arbeiten nicht zugemutet werden könnten. In Betracht kämen höchstens Arbeiten in sitzender Position. Eine seit langem diskutierte interventionelle Schmerztherapie werde vom Beschwerdeführer weiterhin vehement abgelehnt (AB 218/10).

4.3.14 Med. pract. Q. _____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 1. November 2019 (AB 218/7 f.) eine Segment-Degeneration LWK4/5 mit degenerativer Spondylolisthese, segmentassoziierter Spondylarthrose und segmentaler Spinalkanalstenose, einen Zustand

nach Kompressions-Knietrauma rechts nach ...unfall, ein Zustand nach Beinvenenthrombosen unter Xarelto, eine Posttraumatische Belastungsstörung und ein depressives Syndrom sowie Adipositas. Nebst einer konservativen Schmerzbehandlung gäbe es auch operative Therapieoptionen. Der Beschwerdeführer bevorzuge eine reine orale Schmerzmedikation.

4.3.15 Der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ hielt in der Stellungnahme vom 4. März 2020 (AB 224) im Wesentlichen fest, das nach dem MEDAS-Gutachten erhobene Ergebnis der beruflichen Grundabklärung von Herbst 2018 sei angesichts der vom Beschwerdeführer gezielt vorgetäuschten nicht vorhandenen Symptomatik und der Weigerung, im Verlauf ein Pensum von mehr als 50 % auszuüben, mit Vorsicht zu geniessen. Die kreisärztliche Beurteilung vom 21. August 2019 (vgl. dazu AB 225.22) berücksichtige die von Dr. med. G. _____ beschriebenen neuropathischen Schmerzen. Eine schmerztherapeutische Behandlung sei vom Beschwerdeführer abgelehnt worden. Die Behandlung der neuropathischen Schmerzen mit Dafalgan, Ibuprofen und Oxycontin sei nicht geeignet, da diese Medikamente gemäss den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie von 2008 hierfür kaum bis gar nicht wirksam seien. Im Übrigen werde die kreisärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sowohl aus neurologischer Sicht von Dr. med. P. _____ (vgl. dazu AB 218/10) als auch aus orthopädischer Sicht durch Dr. med. R. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. dazu AB 180/7 f.) bestätigt. Die vom Beschwerdeführer beigebrachten MRI-Befundberichte vom 9./10. Oktober 2019 (vgl. dazu AB 221/2 f.) wiesen auf eine beidseitige Coxarthrose hin, auch wenn keine Berichte vorliegen würden, welche Einschränkungen klinisch objektivieren könnten. Ein der reduzierten Belastbarkeit beider Hüften angepasstes Zumutbarkeitsprofil sei sodann weniger einschränkend als das kreisärztliche Zumutbarkeitsprofil. Dasselbe gelte betreffend die degenerativen Veränderungen der LWS des Beschwerdeführers. Gemäss den Suva-Akten bestehe eine zureichende Hörgeräteversorgung mit gutem Resultat, weshalb sich die Hörminderung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Tinnitus werde in keinem Arztbericht

erwähnt
(AB 224/5-7).

Zusammenfassend könne aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr auf die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Gemäss der Verfügung der Suva vom 30. [recte: 23.] September 2019 (vgl. AB 225.18) sei die angestammte Tätigkeit als ... / ... (...) seit dem Unfall von Oktober 2013 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer ganztags über achteinhalb Stunden sitzende Tätigkeiten zumutbar. Dabei sei zu beachten, dass im Abstand von spätestens 20 Minuten ein Positionswechsel mit kurzem Stehen und einigen Schritten Gehen zu gewährleisten sei, entsprechend drei Pausen zu fünf Minuten pro Stunde. Das kurzfristige Gehen auf ebenem Untergrund sei möglich. Das Erreichen des Arbeitsplatzes mit Unterarmgehilfen müsse gewährleistet sein. Das Besteigen von Treppen sei möglich, müsse jedoch auf ein Minimum reduziert werden. Bedingt durch die zusätzlichen Pausen ergebe sich bei einem vollschichtigen Arbeitseinsatz ein zusätzlicher Pausenbedarf von circa zwei Stunden pro Tag. Einschränkungen der Belastbarkeit der oberen Extremität bestünden nicht. Dies bedinge eine Erwerbsunfähigkeit von 25 % (AB 224/8).

4.4

4.4.1 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).

4.4.2 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, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 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).

4.4.3 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

4.4.4 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevison erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung

nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

4.5

4.5.1 In der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) stützt sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1 [Konsensbeurteilung]) und die RAD-Stellungnahmen vom 5. Juli 2019 (AB 199 f.) bzw. vom 4. März 2020 (AB 224). Sowohl das Gutachten wie auch die späteren RAD-Stellungnahmen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsmedizinische Expertise bzw. eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung (vgl. E. 4.4 hier vor). Die gutachterlichen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehender fachärztlicher Abklärung und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand, namentlich im zeitlichen Verlauf, nachvollziehbar begründet sowie überzeugend dargestellt. Sodann erfassen die nachfolgenden RAD-ärztlichen Aktenbeurteilungen den gesamten massgeblichen medizinischen Sachverhalt nach Erstattung des MEDAS-Gutachtens vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1), stützen sich auf einen lückenlosen medizinischen Befund und betreffen im Wesentlichen die Würdigung der nachträglichen Berichte der behandelnden Ärzte mit Blick auf die gutachterlichen Abklärungen. Insoweit konnte die Beschwerdegegnerin auf eine erneute persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers verzichten (vgl. SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

4.5.2 Was der Beschwerdeführer – im Wesentlichen unter Bezugnahme auf verschiedene im Nachgang zum MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130) ergangene Berichte der behandelnden Ärzte sowie die stattgehabten beruflichen Massnahmen – gegen das betreffende Gutachten respektive die RAD-Stellungnahmen vorbringt, verfängt demgegenüber nicht, wie nachfolgend dargelegt.

4.5.3 In psychiatrischer Hinsicht ergeben sich aus dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 12. Januar 2019 (AB 180/3-6), welcher sich im Wesentlichen unkritisch an den subjektiven Beschwerdeangaben orientiert (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) und die gestellten Diagnosen nicht ansatzweise nachvollziehbar herleitet bzw. begründet (vgl. vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281), keine wichtigen neuen Aspekte, 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). Im Rahmen der Stellungnahme vom 5. Juli 2019 (AB 200) legte der RAD-Arzt Dr. med. K. _____ sodann dar, dass die vom behandelnden Psychiater vertretenen Diagnosen bzw. die daraus hergeleiteten Einschränkungen bereits im MEDAS-Gutachten verworfen wurden (vgl. dazu AB 130.2/9), und dem Bericht vom 12. Januar 2019 (AB 180/3-6) auch keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zum früheren Bericht vom 14. Mai 2016 (AB 96/4 f.) zu entnehmen sind (vgl. AB 200/5). Letzterer Bericht lag dem psychiatrischen Gutachter zudem vor (vgl. AB 130.1/10 Ziff. 35). Eine massgebende Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1) und der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2020 (AB 226) ist folglich nicht erstellt. Hinzu kommt, dass im MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 und insbesondere im psychiatrischen Teilgutachten, u.a. gestützt auf eine entsprechende Beschwerdevalidierung (vgl. AB 130.2/6), ausdrücklich festgehalten wurde, dass der Beschwerdeführer zielgerichtet eine nicht vorhandene Beschwerdesymptomatik vortäusche (AB 130.1/17 Ziff. 4, 130.2/8). Hierzu nahm der behandelnde Psychiater nicht Stellung. Insoweit besteht namentlich auf dem psychiatrischen Fachgebiet – entsprechende erhebliche Inkonsistenzen und Verdeutlichungstendenzen wurden auch im orthopädisch-traumatologischen und im neurologischen Teilgutachten festgestellt (vgl. AB 130.4/7 f. Ziff. 5, 130.3/6 Ziff. 5) – ein Ausschlussgrund in Form von Simulation (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.). Unabhängig davon verneinte der psychiatrische Gutachter zudem schlüssig und überzeugend begründet das Bestehen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und attestierte in der Konsequenz eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem psychiatrischen Fachgebiet (AB 130.2/6 und 9; vgl. auch AB 130.1/14). Auf die Vornahme eines strukturierten Be-

weisverfahrens kann daher verzichtet werden (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 369).

4.5.4 In somatischer Hinsicht ist dem MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1/15) u.a. zu entnehmen, die jüngst diagnostizierte Hörminderung (vgl. dazu AB 130.8/4) habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da sie einer Hörgeräteversorgung zugänglich sei. Diesbezüglich legte der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ in den Stellungnahmen vom 5. Juli 2019 (AB 199/12) und vom 4. März 2020 (AB 224/7) dar, dass zwischenzeitlich eine Hörgeräteversorgung mit gutem Resultat erfolgt (vgl. dazu AB 192/2-4) und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu verneinen sei. Dies überzeugt. Der weiter von der behandelnden HNO-Ärztin lediglich anamnestisch festgehaltene, feine Rauschtinnitus (vgl. AB 130.8/4) wurde in der Folge weder fachärztlich diagnostiziert noch zog er nach Lage der Akten eine weitere Behandlung bzw. Abklärungen nach sich. Eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist folglich nicht ersichtlich, weshalb – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 Ziff. 8) – auch keine weitergehenden Abklärungen angezeigt waren respektive sind.

Keine massgebliche Veränderung der medizinischen Sachlage ergibt sich sodann aus den von Dr. med. G. _____ im Bericht vom 30. November 2018 (AB 184/5 f.) diagnostizierten neuropathischen Schmerzen des Ramus infrapatellaris rechts. Die betreffenden Befunde und die entsprechende Differentialdiagnose wurden bereits im Bericht vom 23. August 2017 (AB 122/4 f.; siehe ferner AB 96/13 f.) aufgeführt, der dem neurologischen Gutachter vorlag (vgl. AB 130.1/12 Ziff. 47). Hierzu ist vorab darauf hinzuweisen, dass es invalidenversicherungsrechtlich ohnehin regelmässig nicht auf die (genaue) Diagnose ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (statt viele: BGer vom 28. Mai 2019, 9C_867/2018, E. 5.2.1). In diesem Sinne führte der neurologische Gutachter im Rahmen der Würdigung aus, dass sich kein eigentlicher Widerspruch zur Aktenlage ergebe, jedoch hinsichtlich der Schwere der Einschränkungen Divergenzen bestünden, wobei er – wie auch die anderen Gutachter (vgl. dazu E. 4.5.3 hiervor) – auf erhebliche Diskrepanzen in der Demonstration der Einschränkungen hinwies (vgl. AB 130.6/6 Ziff. 5).

Die von Dr. med. G. _____ beschriebenen neuropathischen Schmerzen wurden ferner in der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. August 2019 (AB 225.22/6) gewürdigt, wobei der Kreisarzt festhielt, diese schienen bei Ablenkung in der Untersuchung nicht im Vordergrund gestanden zu haben, wofür auch die unregelmässige und völlig unkontrollierte Einnahme von Schmerzmitteln in der häuslichen Umgebung spräche. Ein massgebender Leidensdruck ist auch deshalb nicht ausgewiesen, weil der Beschwerdeführer die fachärztlich wiederholt empfohlenen schmerztherapeutischen Behandlungen ablehnte oder trotz initialer Zusicherung nicht wahrnahm (vgl. AB 180/7 f., 184/2, 190, 195, 204, 218/7 f. und 10). Zudem legte der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ überzeugend begründet dar, dass die sich betreffend das rechte Knie ergebenden Einschränkungen auf dem neurologischen Gebiet im Rahmen des kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofils in einer angepassten Tätigkeit hinreichend berücksichtigt wurden (AB 224/7), wobei dieses Zumutbarkeitsprofil durch Dr. med. P. _____ im Bericht vom 25. Oktober 2019 (AB 218/10) auch ausserhalb des unfallversicherungsrechtlichen Kontextes im Ergebnis bestätigt wurde.

Weiter ergibt sich aus den in den MRI-Berichten der Klinik O. _____ vom 9. und 10. Oktober 2019 (AB 221/2 f.) beschriebenen degenerativen Veränderungen im Bereich der Hüftgelenke respektive der von Dr. med. Q. _____ festgehaltenen, bildgebend nachgewiesenen degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule (vgl. AB 218/7 f.) keine massgebende, erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes. So zeigte der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ in der Stellungnahme vom 4. März 2020 (AB 224/7) diesbezüglich auf, dass den Akten keine klinischen Befunde zu entnehmen sind, welche entsprechende funktionelle Einschränkungen belegen würden. Im orthopädisch-traumatologischen Gutachten wurden im Rahmen der klinischen Untersuchung des Beckens und der unteren Extremitäten keine dahingehenden Auffälligkeiten festgestellt (vgl. AB 130.4/6). Wenn der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ unter diesen Umständen zum Schluss gelangte, dass allfälligen geringfügigen Einschränkungen der Hüfte bzw. der LWS im Rahmen des kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofils vom 24. April 2017 (AB 171.53; bestätigt anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. August 2019 [AB 225.22/6]), insbesondere in einer wechselbelastenden bis vorwiegend sitzenden Tätigkeit (vgl. AB 224/7), bereits

hinreichend Rechnung getragen werde, ist dies gut nachvollziehbar und überzeugt. Diesbezüglich ist – anders als vom Beschwerdeführer anlässlich der Schlussverhandlung vom 6. Juli 2021 vorgebracht – zwischen dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil und demjenigen des MEDAS-Gutachtens vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1) respektive des RAD-Arztes Dr. med. L. _____ (vgl. AB 224/7) auch kein unüberbrückbarer Widerspruch auszumachen, zumal sämtliche Zumutbarkeitsprofile von einer massgeblich im Sitzen zu verrichtenden Tätigkeit ausgehen. Die Zumutbarkeitsprofile stehen überdies im Einklang mit dem vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung geschilderten Tagesablaufs, mit vermehrtem Sitzen und geringfügigen Betätigungen im Stehen bzw. Gehen (vgl. AB 130.1/18 Ziff. II/2.). Soweit demgegenüber Dr. med. P. _____ – ohne Bezugnahme auf Einschränkungen vonseiten des Achsenskelettes sowie ohne Angabe entsprechender objektiver Befunde respektive einer weitergehenden Begründung – festhielt, dass höchstens Arbeiten in sitzender Position in Frage kämen (AB 218/10), schliesst dies eine untergeordnete Wechselbelastung oder Mobilisierungspausen (vgl. dazu AB 171.53/3) nicht per se aus. Derartige Pausen führte der Beschwerdeführer im Rahmen der beruflichen Massnahme zwischen dem 11. Juni und 9. September 2018 bei der Stiftung S. _____ denn auch nach eigener Bedarfswahrnehmung durch, wobei er bei einer ausschliesslich sitzenden Tätigkeit über einen Zeitraum von vier Stunden lediglich einmal pro Stunde eine Mobilisierungspause einlegen musste (vgl. AB 162/6). Das angepasste Zumutbarkeitsprofil stellt weder im Vergleich zum Zumutbarkeitsprofil des MEDAS-Gutachtens vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1/15) noch den Verhältnissen im Zeitpunkt der Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 85; vgl. auch AB 59) eine massgebende Änderung des Sachverhaltes dar. Überdies wäre selbst eine zusätzliche (partielle) Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils nicht erheblich und damit nicht geeignet, den Rentenanspruch zu beeinflussen, weshalb auch diesbezüglich kein medizinischer Revisionsgrund vorliegt.

4.5.5 Weiter vermögen die Ergebnisse der verschiedenen im Nachgang zum MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1) erfolgten beruflichen Massnahmen – anders als vom Beschwerdeführer vertreten (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 7) – keine Zweifel an den Befunden und Einschät-

zungen im betreffenden Gutachten respektive den RAD-Stellungnahmen vom 5. Juli 2019 (AB 199 f.) und vom 4. März 2020 (AB 224) zu wecken. Entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 7) lagen den Gutachtern die Akten zu den beruflichen Massnahmen zwischen 2014 und 2016 vor (vgl. AB 130.1/7 ff.) und sie hielten dazu fest, dass das vom Beschwerdeführer anlässlich der erfolgten Arbeits- und Aufbautrainings gezeigte Leistungsniveau von 50 % aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar sei (vgl. AB 130.1/19 Ziff. 3). Im Rahmen der nach der Begutachtung ab 11. Juni 2018 (vgl. AB 162/2) bis zu deren Abbruch per 23. Oktober 2018 (vgl. AB 172) erfolgten beruflichen Massnahmen wurde von den Eingliederungsfachpersonen eine durchweg schwierige Zusammenarbeit sowie eine sehr tiefe qualitative und quantitative Arbeitsleistung in einem anfänglichen 50 %-Pensum beschrieben (vgl. AB 162/3). Die Eingliederungsfachleute gaben an, der Beschwerdeführer schein sehr frustriert zu sein und habe sich negativ über die Suva und die IV geäussert (AB 162/3). Er weise weder Motivation noch Eigeninitiative in Bezug auf die Massnahme oder das Finden einer Arbeitsstelle auf. Eine Steigerung des Arbeitspensums auf 80 % habe er aufgrund von subjektiven Befindlichkeiten wiederholt abgelehnt (Protokoll, Einträge vom 29. August 2018 [S. 24 f.], vom 15. Oktober 2018 [S. 26] und vom 23. Oktober 2018 [S. 27]). Diese Umstände wurden sodann vom RAD-Arzt Dr. med. L. _____ in der Stellungnahme vom 4. März 2020 (AB 224/5 f.) gewürdigt, wobei er unter Verweis auf die gutachterlich beschriebene Simulation das Ergebnis der beruflichen Massnahmen als mit Vorsicht zu beurteilen bezeichnete. Angesichts der ausgewiesenen Simulation (vgl. E. 4.5.3 hiavor) und der mehrfach sowie im zeitlichen Verlauf unveränderten, offenkundig mangelhaften Mitwirkung des Beschwerdeführers an den beruflichen Massnahmen, vermag die darin beobachtete subjektive Arbeitsleistung keine Zweifel an den fachärztlichen Beurteilungen der objektiv medizinisch-theoretisch tatsächlich zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu wecken (vgl. Entscheid BGer vom 22. Oktober 2019, 8C_370/2019, E. 3). Eine nochmalige gutachterliche Befassung mit der subjektiven Leistungsfähigkeit im Kontext von beruflichen Massnahmen ist damit nicht erforderlich.

4.5.6 Dem Voranstehenden zufolge ist im Nachgang zur Erstattung des MEDAS-Gutachtens vom 29. Dezember 2017 (AB 130.1) keine massgebli-

che Veränderung des medizinischen Sachverhaltes eingetreten. Insoweit kann – anders als vom Beschwerdeführer vertreten (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 7) – unbesehen seines Alters weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. Entscheid des BGer vom 13. Juli 2020, 9C_270/2020, E. 5.4.1).

4.5.7 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gingen die MEDAS-Gutachter davon aus, dass in der angestammten Tätigkeit als ... nach dem Unfallereignis vom 9. Oktober 2013 bis zum 3. Februar 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, während für die Zeit danach von einer durchweg 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gingen sie ebenfalls von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bis zum 3. Februar 2014 respektive nachfolgend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bis zum 11. August 2014 aus. Für die Zeit danach sei die vormals festgestellte ganztägige Präsenz mit einer Leistungseinschränkung von 10 % rückblickend als falsch positiv anzusehen. Vielmehr sei ab diesem Zeitpunkt von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (AB 130.1/15 f.). Bei der Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit wesentlich verändert hätten, vermerkten die Gutachter unter Verweis auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Gutachten mit „entfällt“ (AB 130.1/22 Ziff. VI.). Die zum massgebenden Vergleichszeitpunkt (vgl. dazu E. 4.1 f. hiavor) divergierende Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit beruht dem Voranstehenden zufolge nicht auf einer ausgewiesenen Veränderung der tatsächlichen, medizinisch-gesundheitlichen Situation, sondern ausdrücklich auf einer retrospektiv unterschiedlichen Würdigung eines im Wesentlichen unveränderten gebliebenen Sachverhaltes. Hierin ist jedoch gemäss konstanter Rechtsprechung kein Revisionsgrund zu erkennen (vgl. E. 3.3.2 hiavor). Insoweit kann der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. L. _____ vom 5. Juli 2019 (AB 199/13) gefolgt werden, wonach im Vergleich zur rentenablehrenden Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 85) keine Verschlechterung des Gesundheitsschadens ausgewiesen ist. Wenn der RAD-Arzt jedoch aus der revisionsrechtlich nicht beachtlichen höheren retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes schliesst, entbehrt dies in Anbetracht

der gleichgebliebenen medizinischen Faktenlage eines objektiven Substrates und betrifft lediglich die medizinisch-theoretische Folgenabschätzung. Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass gerade die medizinische Folgenabschätzung an sich eine hohe Variabilität aufweist und die Gutachter bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit über einen beachtlichen Ermessensspielraum verfügen (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 8. Januar 2021, 8C_720/2020, E. 5.2 mit Hinweisen; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), weshalb dies zur Annahme einer massgeblichen Veränderung der tatsächlichen Umstände nicht ausreicht. Damit ergibt sich aus der gutachterlichen bzw. RAD-ärztlichen Beurteilung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit kein Revisionsgrund.

4.6 Zusammenfassend ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 29. Dezember 2017 (AB 130) sowie die nachfolgenden RAD-ärztlichen Stellungnahmen vom 5. Juli 2019 (AB 199 f.) und vom 4. März 2020 (AB 224) keine Veränderung des medizinischen Sachverhaltes im massgebenden Vergleichszeitraum mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad erstellt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten, weshalb auf die Vornahme weiterer Beweisvorkehrungen, namentlich das Einholen eines medizinischen Gutachtens, zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; 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). Demnach liegt kein medizinischer bzw. gesundheitlicher Revisionsgrund i.S.v. Art. 17 Abs. 1 ATSG vor (vgl. E. 3.3 hiavor). Ein erwerblicher Revisionsgrund ist weder aus den Akten ersichtlich, noch wird ein solcher vom Beschwerdeführer vorgebracht. Ebenso stellen weder das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers noch die anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung erhobene Kritik betreffend die Konkretisier- und Realisierbarkeit der praxismässig herangezogenen LSE-Löhne Revisionsgründe dar, weshalb auf Letzteres vorliegend nicht weiter einzugehen ist. Insgesamt liegt damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine revisionsrechtlich relevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, welche eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs gestatten würde (vgl. 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). Die Beschwerde ist daher ohne Weiterungen abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) 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. 1'000.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem irrtümlicherweise doppelt geleisteten Kostenvorschuss von total Fr. 1'600.-- im entsprechenden Umfang zu entnehmen. Der Restbetrag von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteienschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'600.-- in entsprechender Höhe entnommen. Der Restbetrag von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
(samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung gemäss Art. 6
EMRK vom 6. Juli 2021)
- IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung
gemäss Art. 6 EMRK vom 6. Juli 2021)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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