

200 20 682 IV  
LOU/SVE/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Juli 2021**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Schwitter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecherin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

**Pensionskasse C.** \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 20. Juli 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1968 geborene, als ...beim D.\_\_\_\_\_ (davor als ... und ...) tätige A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2017 unter Hinweis auf eine Herzoperation (2017), sieben Rückenoperationen (2000-2004) sowie eine Auffahrkollision mit Diagnose Schleudertrauma mit Abriss der Processus spinosorum C7 und Th1, im Dezember 2017 zum Leistungsbezug bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Sie gewährte einen Arbeitsversuch mit Coaching (AB 23) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung beim E.\_\_\_\_\_ MEDAS (Gutachten vom 11. Juli 2019 [AB 84] sowie Stellungnahmen vom 18. September 2019 [AB 93] und vom 12. März 2020 [AB 104]). Am 17. März 2020 verfügte die IVB dem Vorbescheid vom 6. Februar 2020 (AB 102) entsprechend den Abschluss beruflicher Massnahmen (AB 105). Mit Vorbescheid vom 9. April 2020 (AB 107) stellte sie in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 0 % einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 112) lehnte sie mit Verfügung vom 20. Juli 2020 (AB 116) bei einem Invaliditätsgrad von 30 % einen Rentenanspruch ab.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 9. September 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 20. Juli 2020 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2018 Rentenleistungen basierend auf einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 % auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör zu gewähren und neu zu entscheiden; unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 5. November 2020 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Eingabe ein, woraufhin die Beschwerdegegnerin am 11. November 2020 auf eine Stellungnahme verzichtete.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. März 2021 lud der Instruktionsrichter die Pensionskasse C. \_\_\_\_\_ (Beigeladene) zum vorliegenden Verfahren bei. Mit Eingabe vom 13. April 2021 verzichtete die Beigeladene auf eine Stellungnahme.

Im Rahmen der ersten Urteilszirkulation ergab sich Ergänzungsbedarf hinsichtlich der Grundlagen für die Bemessung des Invaliditätsgrades, weshalb der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 21. Mai 2021 weitere Beweismassnahmen anordnete.

Mit Eingabe vom 31. Mai 2021 reichte die Beschwerdegegnerin die durch sie im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingeholten Lohnunterlagen ein.

Die Beigeladene verzichtete mit Eingabe vom 9. Juni 2021 auf eine Stellungnahme. Der Beschwerdeführer reichte am 11. Juni 2021 eine abschliessende Stellungnahme ein.

## **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 Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. Juli 2020 (AB 116). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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.**

In formeller Hinsicht ist zunächst zu klären, ob die Beschwerdegegnerin mit der Einholung weiterer Stellungnahmen bei der Gutachtensstelle ohne Einbezug des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 19 f. Ziff. 14; Stellungnahme vom 5. November 2020 S. 2) sowie hinsichtlich der Begründung, weshalb die Rendement-Verminderung aus psychiatrischer Sicht von 20 % nicht berücksichtigt werden könne (Beschwerde S. 11 Ziff. 2) resp. wegen des behaupteten Fehlens einer diesbezüglich nachvollziehbaren Indikatorenprüfung (vgl. Beschwerde S. 19 f. Ziff. 14), den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzte.

### **2.1**

**2.1.1** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 AHV Nr. 2 S. 5 E. 4, 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

**2.1.2** Im Verwaltungsverfahren hat der Versicherungsträger, der einer Gutachterin oder einem Gutachter Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen zu stellen gedenkt, die versicherte Person vorgängig darüber zu informieren und ihr Gelegenheit zu geben, auch ihrerseits solche Fragen zu stellen. Dies gilt auch in Verfahren, die mittels durch Einsprache anfechtbare Verfügung abgeschlossen werden (BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116; SVR 2019 IV Nr. 93 S. 316 E. 5.3.3.2).

**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** Die Beschwerdegegnerin erachtete die gutachterlichen Ausführungen insbesondere bezüglich der Leistungsbeurteilung in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit als nicht verständlich. Ebenso fehlte ihrer Ansicht nach eine Diskussion des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit betreffend die Frage, wann das aktuell anerkannte Leistungsvermögen des Beschwerdeführers im dargestellten Ausmass gegeben sei (vgl. AB 88 S. 2). Daher ersuchte sie mit Schreiben vom 31. Juli 2019 (AB 88) die Gutachterstelle um Präzisierung, wobei sie ihr zugleich einen durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) verfassten Formulierungsvorschlag unterbreitete (S. 2 f.).

Nachdem der Beschwerdeführer am 20. November 2019 einen Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 12. November 2019 (AB 99 S. 2 ff.) eingereicht hatte, holte die Beschwerdegegnerin auch dazu bei der Gutachterstelle eine Stellungnahme ein (AB 100).

In diesen beiden aufgeführten Fällen unterliess es die Beschwerdegegnerin, den Beschwerdeführer vorgängig über ihr beabsichtigtes Vorgehen zu informieren und ihm die Möglichkeit einzuräumen, sich zu den von ihr formulierten Fragen zu äussern und selbst Ergänzungsfragen zu stellen (vgl. dazu BGE 136 V 113 E. 5.4 S. 116; SVR 2019 IV Nr. 93 S. 316 E. 5.3.3.2). Sodann wurde der Beschwerdeführer auch im Nachgang zu den jeweiligen gutachterlichen Vervollständigungen nicht angehört. Damit liegt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (vgl. E. 2.1.2 hiavor). Immerhin hatte der Beschwerdeführer im Rahmen des Einwand- und des Beschwerdeverfahrens die Gelegenheit, sich zu den gutachterlichen Ergänzungen zu äussern. In Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts und mit Blick auf das verlangte beförderliche

Verfahren hat die Gehörsverletzung als geheilt zu gelten (vgl. E. 2.2 hiervor).

In der Verfügung vom 20. Juli 2020 (AB 116) begründete die Beschwerdegegnerin nur sehr knapp, weshalb die psychiatrischerseits attestierte Rendement-Verminderung von 20 % nicht berücksichtigt werden könne. So legte sie allgemein dar, dass diese nach eingehender Würdigung der medizinischen Unterlagen sowie unter Berücksichtigung der konkreten Lebensumstände die von der Rechtsprechung geforderte erhebliche Schwere und Dauer nicht erfülle (vgl. S. 2). Indem die Beschwerdegegnerin auf eine Indikatorenprüfung verzichtete, obwohl psychiatrischerseits mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode, unvollständig remittiert, derzeit noch leicht ausgeprägt (ICD-10 F32.0), und eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) diagnostiziert worden waren (AB 84.1 S. 6 Ziff. 4.2), ist von einer weiteren Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen (vgl. E. 2.1.1 hiervor). Rechtsprechungsgemäss ist nämlich die Prüfung der Standardindikatoren einzig dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer Weise verneint wird und allfällige gegenteilige Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Dezember 2019, 8C\_597/2019, E. 7.2.3, und vom 22. September 2020, 8C\_62/2020, E. 4.3; vgl. auch Entscheidung des BGer vom 15. Oktober 2020, 9C\_455/2020, E. 3.2.1), was vorliegend nicht zutrifft. Nichtsdestotrotz war es dem Beschwerdeführer möglich, sich im Rahmen einer umfassenden Beschwerde vor dem angerufenen Gericht zu äussern, das sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft. Somit gilt die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt. Eine Rückweisung der Sache käme überdies einem formalistischen Leerlauf gleich, die zu einer unnötigen weiteren Verzögerung führte (vgl. E. 2.2 hiervor), was mit dem Prinzip des raschen Verfahrens nicht vereinbar und auch nicht im Interesse des Beschwerdeführers wäre.

### 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). 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).

**3.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist

noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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

**3.3.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

**3.3.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen las-

sen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**3.4** 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).

**3.5** 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).

#### **4.**

**4.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**4.1.1** Im Gutachten der MEDAS der Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, I.\_\_\_\_\_, Fach-

arzt für Neurologie, J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, sowie K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Juli 2019 (AB 84.1) wurden in der Konsensbeurteilung (S. 3 ff. Ziff. 4) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen aufgeführt (S. 5 f. Ziff. 4.2):

- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit starker Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) und symptomatischen Facettenarthrosen mit residuellem, sensiblem radikulärem Ausfallsyndrom L5 und S1 rechts geringer Ausprägung, ohne radikuläre Reizsymptome an den unteren Extremitäten  
- (...)
- Chronisches Schulterschmerzsyndrom beidseits, Verdachtsdiagnose (VD) Polymyalgia rheumatica (VD Statin induziert) mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung  
- (...)
- Mittelgradige depressive Episode, unvollständig remittiert, derzeit noch leicht ausgeprägt (ICD-10 F32.0)
- Agoraphobie (ICD-10 F40.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie folgende Diagnosen auf (S. 6 f. Ziff. 4.2):

- Chronisches cervikothorakales Schmerzsyndrom bei symptomatischer Facettenarthrose und Insertionstendinose an den Vertebrae prominens bei freier Beweglichkeit ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome an den oberen Extremitäten  
- (...)
- Leichte Epicondylitis humeri radialis beidseits
- Status nach Velosturz am 14. März 2018 mit Commotio cerebri
- Langjährige Episoden mit Schwindelbeschwerden  
- (...)
- 3-Gefässerkrankung koronar mit Status nach vierfachem aortokoronarem Bypass (Juli 2017); gutes Resultat; Hypertonie behandelt; ergometrisch keine Angina pectoris-Beschwerden bis 150 Watt und keine Ischämiehinweise; Belastungsblutdruck normal; stabiler Sinusrythmus; normale Echo-linksventrikläre Ejektionsfraktion (LVEF)
- Adipositas (BMI 31)
- Akzentuierung anankastischer Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

In der Konsensbeurteilung (AB 84.1 S. 3 ff. Ziff. 4) führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei bei statischer und dynamischer Belastung der Lendenwirbelsäule beeinträchtigt. Zu vermeiden sei das Verbleiben in stereotypen Körperpositionen wie langes Stehen, Sitzen, Bücken, Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, Arbeiten über Schulterhöhe, längeres Gehen. Aus kardiologischer Sicht seien keine schweren Belastungen möglich. Auch Tätigkeiten an gefährdeten Arbeitsplätzen seien nicht möglich. Rein psychiatrisch sei der Beschwerdeführer

vermindert emotional belastbar, vermehrt ablenkbar und zeige einen vermehrten Pausenbedarf, entsprechend einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.3). Es bestünden aus somatischer Sicht keine Inkonsistenzen (AB 84.2 S. 6 Ziff. 7.3, 84.3 S. 9 Ziff. 7.3 und S. 21 Ziff. 7.3, 84.4 S. 5 Ziff. 7.3) und keine Hinweise auf Aggravation oder Verdeutlichung (AB 84.3 S. 3 Ziff. 4.1 und S. 15 Ziff. 4.1, 84.4 S. 4 Ziff. 4.1). Allerdings bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der hohen empfundenen Schmerzintensität und Selbstlimitierung und den objektivierbaren Befunden. Auffällig sei die hohe Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen mit fehlendem empfundenen Effekt über viele Jahre hinweg (AB 84.1 S. 8 Ziff. 4.6). Die aktuelle Tätigkeit sei als adaptiert zu betrachten. Aus somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Diese ergebe sich vor allem aus der Unfähigkeit zu längerem Sitzen, aus der sich hieraus ergebenden Schmerzhaftigkeit und erhöhten Ermüdbarkeit. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine Rendement-Verminderung von 20 % (S. 8 Ziff. 4.8). Die Teilarbeitsunfähigkeiten addierten sich (S. 9 Ziff. 4.9). Es läge eine fortgeschrittene Schmerzchronifizierung und auch -fokussierung vor. Eine Reduktion der therapeutischen Massnahmen, speziell der passiven Therapieformen und eine Steigerung der aktiven Massnahmen zur körperlichen Roborierung erschienen sinnvoll (S. 9 Ziff. 4.10.1).

Auf Vorschlag des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. Juli 2019 (AB 87) hin präzisierten die Gutachter mit Stellungnahme vom 18. September 2019 (AB 93) die Formulierung dahingehend, dass in der angestammten Tätigkeit aufgrund der somatischen Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit mit einem Pensum von 70 % bestehe (entsprechend einer täglichen Arbeitszeit von sechs Stunden an fünf Werktagen der Woche). Die psychiatrischerseits attestierte zusätzliche Leistungsminderung ergebe sich aus der verminderten emotionalen Belastbarkeit, vermehrten Ablenkbarkeit und dem deutlich erhöhten Pausenbedarf (S. 2 Ziff. 4.7). Die aktuell überwiegende ... werde als optimal angepasste Tätigkeit angesehen (Ziff. 4.8). Betreffend den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten sie aus, eine medizinisch-objektiv ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr habe seit der kardialen Bypass-Operation am 11. Juli 2017 bestanden. Aufgrund dieser und der nachfolgend stark verlängerten

Rekonvaleszenz sei eine über sechs Monate (vom 11. Juli 2017 bis 31. Januar 2018) andauernde medizinisch-theoretische Heilungsbewährung (kalkulierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit) zuzurechnen gewesen. Das im Gutachten festgehaltene Zumutbarkeitsprofil sei seit dem 1. Februar 2018 ohne Unterbruch als gültig anzunehmen (leistbares Pensum von 70 %, entsprechend sechs Stunden täglich mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 %; S. 2).

Mit Stellungnahme vom 12. März 2020 (AB 104) führten die Gutachter aus, dass die - im durch den Beschwerdeführer im Rahmen des Einwandes eingereichten Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 12. November 2019 (AB 99 S. 2 ff.; vgl. E. 4.1.2 nachfolgend) - genannten Diagnosen bzw. Funktionsstörungen im Gutachten berücksichtigt worden seien. Es ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte.

**4.1.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 12. November 2019 (AB 99 S. 2 ff.) folgende Diagnosen auf:

- Verdacht auf axiale und periphere Spondyloarthritis
- Linksseitige Bursitis subacromialis mit Partialruptur der Supraspinatussehne
- Fahrradsturz (März 2018)
- Leichter Vitamin D-Mangel
- Leichte Epicondylitis humeri radialis beidseits
- Koronare 3-Gefässerkrankung (ED Juli 2017)
- Chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom

Ferner führte er aus, in Anbetracht der aktuellen sonographischen Befunde einer entzündlichen Veränderung der Trizepssehne am Ansatz könnte die initiale Verdachtsdiagnose einer Polymyalgie im Rahmen einer Spondylarthritis doch wieder diskutiert werden.

**4.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei 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).

**4.3** Das Gutachten der MEDAS vom 11. Juli 2019 (AB 84.1) samt Stellungnahmen vom 18. September 2019 (AB 93) und 12. März 2020 (AB 104) erfüllt - jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betrifft - die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise (vgl. E. 4.2 hiervor). Die Feststellungen der Experten beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen

worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet, so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der RAD habe die Gutachterstelle unzulässig beeinflusst, wodurch Zweifel an deren Unabhängigkeit aufkämen (Beschwerde S. 13 f. Ziff. 5), dringt er nicht durch. Es trifft zwar zu, dass die Beschwerdegegnerin nach Fertigstellung des Gutachtens erneut an die Experten gelangte, da der RAD das Gutachten bezüglich der Leistungsbeurteilungen in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit formal als mangelhaft erachtete und die fehlende Diskussion zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit bemängelte (vgl. AB 87 S. 4, 88 S. 2). Infolgedessen präzisierten die Gutachter ihre Expertise im Sinne der vom RAD vorgeschlagenen Formulierungen (vgl. AB 93). Dass die Sachverständigen dadurch allerdings unzulässig beeinflusst worden wären, ist nicht ersichtlich, zumal die Gutachter sich zu diesem Zeitpunkt bereits eine Meinung gebildet hatten, mithin die Begutachtung abgeschlossen war, und sie sich damit ohne weiteres der vorgeschlagenen Präzisierung hätten widersetzen können und dies auch getan hätten, wenn sie anderer Meinung gewesen wären.

Was den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 12. November 2019 (AB 99 S. 2 ff.) betrifft, ist dieser entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 14 f. Ziff. 6, S. 19 f. Ziff. 14) nicht geeignet, das Gutachten in Zweifel zu ziehen. Einerseits wurde der Bericht den Gutachtern zur Kenntnis gebracht, woraufhin sie an ihrer Einschätzung festhielten unter dem Hinweis, es ergäben sich daraus keine neuen Gesichtspunkte, zumal die aufgeführten Diagnosen bzw. Funktionsstörungen im Gutachten berücksichtigt worden seien (AB 104). Dies ist nicht zu beanstanden, fand die Druckschmerzhaftigkeit am Epicondylus laterali humeri doch Eingang in die gutachterliche Beurteilung (vgl. AB 84.3 S. 9 Ziff. 7.1). Andererseits äusserte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ einzig einen allgemeinen Verdacht auf eine Spondylarthritis (vgl. zur fehlenden Relevanz einer Verdachtsdiagnose Entscheid des BGer vom

19. Oktober 2020, 9C\_445/2020, E. 4.2.2) und legte nicht differenziert dar, inwiefern sich dadurch Abweichungen von der gutachterlichen Beurteilung in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergeben sollen. Mithin wurde der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt (vgl. zur antizipierten 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).

In somatischer Hinsicht ist gestützt auf die gutachterliche Einschätzung erstellt, dass seit der kardialen Bypass-Operation vom 11. Juli 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % medizinisch-objektiv ausgewiesen ist. Aufgrund der Operation und der nachfolgend stark verlängerten Rekonvaleszenz bestand vom 11. Juli 2017 bis 31. Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Seit dem 1. Februar 2018 ist bei statischer und dynamischer Belastung der Lendenwirbelsäule von einer Beeinträchtigung auszugehen, weswegen Tätigkeiten mit Verbleiben in stereotypen Körperpositionen, wie langes Stehen, Sitzen, Bücken, Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, Arbeiten über Schulterhöhe und längeres Gehen zu vermeiden sind. Überdies sind keine schweren Belastungen und Tätigkeiten an gefährdeten Arbeitsplätzen möglich (vgl. AB 84.1 S. 7 Ziff. 4.3 und 4.7, 93 S. 2). Aufgrund der somatischen Einschränkungen besteht eine Arbeitsfähigkeit mit einem Pensum von 70 % (entsprechend einer täglichen Arbeitszeit von sechs Stunden an fünf Werktagen der Woche; AB 84.1 S. 7 Ziff. 4.3, 93 S. 2 Ziff. 4.7).

In psychiatrischer Hinsicht ist erstellt, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradig depressiven Episode, unvollständig remittiert, derzeit noch leicht ausgeprägt (ICD-10 F32.0), sowie an einer Agoraphobie (ICD-10 F40.0) leidet (AB 84.1 S. 5 Ziff. 4.2). Aufgrund der psychiatrisch attestierten verminderten emotionalen Belastbarkeit, vermehrten Ablenkbarkeit und des deutlich erhöhten Pausenbedarfs attestierten die Gutachter eine zusätzliche Leistungsminderung von 20 % (S. 7 Ziff. 4.3).

## **5.**

**5.1** Zu prüfen bleibt, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und

Erwerbsunfähigkeit zu erbringen ist, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

**5.2** In der Konsensbeurteilung wurde zwar in somatischer Hinsicht eine deutliche Diskrepanz zwischen der hohen empfundenen Schmerzintensität sowie der Selbstlimitierung und den objektivierbaren Befunden festgehalten (AB 84.1 S. 8 Ziff. 4.6). Allerdings stellte die psychiatrische Gutachterin keine Hinweise auf Beschwerdeverdeutlichung, Aggravation oder Simulation fest. Vielmehr führte sie den Eindruck einer leichten Dissimulation auf (AB 84.5 S. 5 Ziff. 4.1). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 3.2.2 hiavor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 3.2.3 hiavor).

**5.3** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“.

**5.3.1** Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**5.3.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung konstatierte die Expertin betreffend den psychopathologischen Befund nach AMDP - nebst unauffälligen Befunden - subjektiv eine leichte Verlangsamung der Kognition und eine vermehrte Fehlerhäufigkeit, gemäss Angaben des Beschwerdeführers aber im normalen Rahmen und in der Untersuchung nicht auffällig. Weiter hielt sie leichte Vermeidungstendenzen und eine leicht verminderte Schwingungsfähigkeit, welche jedoch gut auslenkbar sei, sowie ein leichtes Insuffizienzerleben und schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen mit Tagesmüdigkeit und häufigem Schlafen am Tag fest (AB 84.5 S. 5 Ziff. 4.3). Gemäss Hamilton Depressionsskala lägen acht Punkte im Sinne eines grenzwertig leichten Befundes vor und laut Mini-

ICF-App bestehe nebst einem ansonsten psychiatrisch ungestörten Befund in Bezug auf das berufliche Umfeld eine erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung im Bereich der „Widerstands- und Durchhaltefähigkeit“. Der Beschwerdeführer selbst führt die psychischen Probleme auf die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz zurück. So sei es für ihn belastend gewesen, bei der Rückkehr an den Arbeitsort umplatziert zu werden und auch sonst mit vielen Umstrukturierungen umgehen zu müssen. Nach dem Arbeitsversuch an einem anderen Ort sei er an den vorherigen Arbeitsort zurückversetzt worden, jedoch in eine andere Position, sodass er nicht mehr mit den vorherigen interpersonellen Problemen konfrontiert gewesen sei (vgl. S. 2 f. Ziff. 3.2), deren Ursache offenbar insbesondere die belastende Beziehung zwischen ihm und den Vorgesetzten am ursprünglichen Arbeitsplatz - d.h. ein invaliditätsfremder Umstand - gebildet hatten (vgl. AB 27). Insgesamt kann somit die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nicht als schwer bezeichnet werden.

**5.3.1.2** Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Die psychiatrische Expertin führte aus, die ambulante Behandlung in den psychiatrischen Diensten L. \_\_\_\_\_ sei sehr niederschwellig und nicht pharmakotherapeutisch begleitet. Dennoch habe sie schon zu einer Besserung geführt. Intensivere Behandlungsoptionen (Pharmakotherapie, stationäre psychosomatische Behandlungen) seien aufgrund der fehlenden Bereitschaft des Beschwerdeführers bisher nicht erprobt worden (vgl. hierzu AB 84.5 S. 3 f. Ziff. 3.2). Offenbar erachtete der Beschwerdeführer intensivere Therapieoptionen denn auch nicht als erforderlich: So gab er insbesondere in Bezug auf psychosomatisch ausgerichtete stationäre Behandlungen an, dass ihm solches zwar von seiner Hausärztin als Möglichkeit genannt worden sei, er aber das Problem habe, ausserhalb seines gewohnten Bettes aufgrund der Schmerzen nicht gut schlafen zu können. Er befürchte daher im stationären Rahmen eine Zunahme seiner Schlafstörungen und deshalb insgesamt eine Verschlechterung seines Befindens (S. 4 Ziff. 3.2). Überdies nehme er momentan noch etwa alle zwei Monate jeweils einstündige therapeutische Termine wahr, jedoch habe er zurzeit das Gefühl, diesbezüglich keinen Bedarf mehr zu haben (S. 3 Ziff. 3.2). Da das Schmerzerleben sich ver-

stärkt habe und somit auch seine Schlafstörungen zugenommen hätten, nehme er seit kurzem zweimal am Tag CBD-Tropfen, die eine gewisse Entlastung brächten. Allerdings sei er bei der Anwendung dieser Substanz eingeschränkt, da er auf keinen Fall noch zusätzliche sedierende Substanzen einnehmen wolle, um die Müdigkeit nicht noch weiter zu verschlimmern (S. 2 Ziff. 2.8). Die psychiatrische Expertin führte zudem aus, dass in der stattgehabten therapeutischen Begleitung die Agoraphobie bisher nicht berücksichtigt worden sei, was aber hilfreich wäre, um das allgemeine Stresserleben zu lindern, was sich wiederum günstig auf den Verlauf aller Diagnosen auswirken würde (S. 7 Ziff. 7.2). Mithin liegt offenkundig keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor.

**5.3.1.3** Zum Indikator Komorbidität (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) führte die Gutachterin aus, dass die Symptomatik einer dissimulierten, aber dennoch erkennbaren depressiven Restsymptomatik, welche aber nur noch leicht ausgeprägt sei, vorliege. Im Zusammenwirken mit der Phobie und der anankastisch akzentuierten Persönlichkeit führe diese dazu, dass der Beschwerdeführer seine Schmerzen und Leistungsbeeinträchtigung subjektiv sehr stark wahrnehme, sich detailliert mit ihnen beschäftige und Mühe habe, den Fokus weg von seinen gesundheitlichen Problemen zu lenken, mit entsprechendem Erschöpfungserleben (AB 84.5 S. 6 Ziff. 7.1). Zwar kann dem depressiven Zustandsbild unter diesen Umständen nicht jegliche ressourcenhemmende Wirkung abgesprochen werden, augenscheinlich stellt es indes aber auch ein reaktives Geschehen dar, beruhend auf psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. etwa AB 27, 84.5 S. 2 f. Ziff. 3.2, S. 6 Ziff. 7.1), welche als invaliditätsfremd auszuklammern sind (vgl. dazu etwa BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Mithin handelt es sich einzig um eine leichte Komorbidität. Die diagnostizierten akzentuierten anankastischen Persönlichkeitszüge (Perfektionismus, ausgiebige Beschäftigung mit Details) wurden als Z-Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (vgl. AB 84.5 S. 6 Ziff. 6), womit diesbezüglich keine Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind und auch hinsichtlich der Persönlichkeit keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen vorliegen.

**5.3.2** Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) legte die Gutachterin dar, der Beschwerdeführer erfahre Unterstützung in seiner Familie und seinem sozialen Umfeld (AB 84.5 S. 7 Ziff. 7.4). Der Beschwerdeführer selbst gab ebenfalls an, das familiäre und soziale Umfeld als sehr stützend zu erleben (S. 4 Ziff. 3.2). Er treffe regelmässig Kollegen und mache täglich einen Spaziergang mit seiner Ehefrau (AB 84.2 S. 4 Ziff. 3.2) und pflege einen guten familiären Zusammenhalt (AB 84.5 S. 3 Ziff. 3.2). Der Beschwerdeführer verfügt somit über ein intakt-stabiles und funktionierendes soziales Umfeld mit Ressourcen.

**5.4** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**5.4.1** Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) bemerkte die Expertin keine Diskrepanzen, so beträfen die Beeinträchtigungen konsistent alle Bereiche (AB 84.5 S. 7 Ziff. 7.3). Eine gesundheitsbedingte Veränderung oder Beeinflussung der Alltagsaktivitäten sowie der sozialen Kontakte wurde gegenüber der Gutachterin allerdings nicht beschrieben. Vielmehr unternehme der Beschwerdeführer weiterhin gerne gemeinsam Wanderungen mit seiner Familie. Nach dem Abendessen mache er gerne einen Abendspaziergang mit seiner Frau (täglich 45 Minuten [AB 84.3 S. 3 Ziff. 3.2]). Insgesamt sei er eher ein körperlich aktiver Mensch (AB 84.5 S. 3 f. Ziff. 3.2). Er sitze etwa zwei bis drei Mal pro Woche auf seinem Hometrainer (AB 84.3 S. 3 Ziff. 3.2). Er lese regelmässig und höre Musik, schaue ab und zu fern. Seine Hobbies seien Velofahren, früher ... (...). Er pflege regelmässig Kontakt mit Kollegen. Er gehe je einmal pro Woche zur Physiotherapie (Massage, Bewegungstherapie), zur Akupunktur und zur Rückenmassage. Zudem mache er täglich ein Physiotherapie-Heimprogramm (AB 84.2 S. 4 Ziff. 3.2).

**5.4.2** Schliesslich ist ein behandlungs- und eingliederungsanamnestischer Leidensdruck nicht ausgewiesen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Die ambulante Behandlung ist sehr niederschwellig. Mangels Bereitschaft des Beschwerdeführers erfolgte bis anhin weder eine pharmakotherapeutische Therapie noch liess er sich je statio-

när behandeln (AB 84.5 S. 7 Ziff. 7.2). Dementsprechend empfahl die Gutachterin denn auch die Fortführung und Intensivierung der laufenden ambulanten psychiatrischen Therapie (S. 8 Ziff. 8.3), welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers aus etwa alle zwei Monate stattfindenden jeweils einstündigen Terminen bestehe (S. 3 Ziff. 3.2).

**5.5** In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. E. 3.2.3 hiavor), weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die in psychiatrischer Hinsicht attestierte Arbeitsunfähigkeit bzw. Rendement-Verminderung aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

In somatischer Hinsicht ist nach dem in E. 4.3 hiavor Dargelegten erstellt, dass medizinisch objektiv eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % seit der kardialen Bypass-Operation am 11. Juli 2017 bestand. Aufgrund der Operation und der nachfolgend stark verlängerten Rekonvaleszenz war der Beschwerdeführer von 11. Juli 2017 bis 31. Januar 2018 100 % arbeitsunfähig. Ab dem 1. Februar 2018 ist sodann von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit (in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit) auszugehen (AB 93 S. 2). Gestützt auf diese somatischen Einschränkungen ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

## **6.**

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

**6.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Übt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

**6.3** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300; 129 V 222).

**6.4** Der Beschwerdeführer meldete sich im Dezember 2017 zum Leistungsbezug an (AB 1). Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Voraussetzung, wonach während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden haben muss (sog. Wartejahr; vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Juli 2018, begann das Wartejahr doch erst mit der ab dem 11. Juli 2017 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % (vgl. E. 4.3 hiervoor) zu laufen, weshalb auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich durchzuführen ist.

**6.5** Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin in seiner angestammten Tätigkeit als ... und ...beim D.\_\_\_\_\_ tätig gewesen wäre. Zwar bestanden offenbar gewisse Span-

nungen mit dem Vorgesetzten (vgl. AB 27, 63) und verlangten die fachlichen Kompetenzen - anders als in den Jahren zuvor (vgl. BB 8 f.) - ab November 2016 (vgl. Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB 7]) einen Hochschulabschluss. Allerdings ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer noch per 1. April 2017 und damit unmittelbar vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bei guten Leistungen (vgl. BB 11 f.) in seiner Funktion bei ansonsten unveränderten Anstellungsbedingungen bestätigt und in die Lohnklasse 23 eingestuft wurde (BB 4, 7, 10, AB 26 f.). Insofern erfolgte die Stellenaufgabe per Juli 2017 infolge der kardiologischen Eingriffe mitsamt den seit Jahren anhaltenden Rückenschmerzen. Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer denn auch ab 11. Juli 2017 bis 31. Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (vgl. AB 93 S. 2). Die Versetzung des Beschwerdeführers in die neue Tätigkeit als ... per 16. Juni 2019 (vgl. AB 77 S. 2 ff.) erfolgte schliesslich im Verlaufe der gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen und Eingliederungsmassnahmen, deren Vorbereitung schon im Januar 2018 aufgenommen worden war (vgl. AB 17, 23 ff., 36 ff.), weil der Beschwerdeführer den psychischen und physischen Anforderungen an die bisherige Stelle aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr gewachsen war (BB 10; vgl. auch AB 27, 63). Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer in der seit Juni 2019 andauernden Beschäftigung als ... (vgl. AB 77 S. 2) sodann als angepasst eingegliedert (vgl. AB 84.1 S. 8 Ziff. 4.7 f., 93 S. 2 Ziff. 4.7 f.). Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin in seiner angestammten Funktion tätig gewesen wäre. Somit ist für das Valideneinkommen auf das Einkommen abzustellen, welches er als ... beim D.\_\_\_\_\_ im Zeitpunkt des Rentenbeginns (Juli 2018) erzielt hätte (vgl. E. 6.1 hiavor).

Der Beschwerdeführer erzielte ab Januar 2018 ein monatliches Einkommen von Fr. 10'916.95 (Grundlohn von Fr. 10'455.45 zuzüglich Ortszuschlag von Fr. 461.50; AB 26, 136 S. 4 ff. und S. 107). Daraus resultiert für das Jahr 2018 ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 141'458.85 ([13 x 10'455.45] + [12 x Fr. 461.50]).

**6.6** Was das Invalideneinkommen betrifft, ergibt sich das Folgende:

Dem Beschwerdeführer wurde gestützt auf Art. 56 der Bundespersonalverordnung vom 3. Juli 2001 (BPV; SR 172.220.111.3; Lohnanspruch des Bundespersonals bei Krankheit und Unfall) nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis zum 31. Dezember 2019 und damit im Zeitpunkt, für welchen der Einkommensvergleich vorzunehmen ist (Juli 2018), entsprechend seinem davor erzielten Einkommen (Lohnklasse 23; vgl. BB 4) der volle Lohn ausbezahlt (AB 72 S. 3, 77 S. 4 Ziff. 8, 79; vgl. Art. 56 Abs. 1, 2 und 6 BPV). Aufgrund der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeberin kann der effektiv bezogene (und dem Valideneinkommen entsprechende) Lohn nicht als dem funktionellen Leistungsvermögen des Beschwerdeführers entsprechend und damit als Invalideneinkommen berücksichtigt werden (Art. 25 Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Vielmehr wurde der Beschwerdeführer durch berufliche Massnahmen unter Einbezug der bisherigen Arbeitgeberin in die seit Juni 2019 ausgeübte Beschäftigung als ... (AB 77 S. 3) eingegliedert (vgl. AB 17, 23 ff., 36 ff.). Die Gutachter erachteten diese Tätigkeit als angepasst (vgl. AB 84.1 S. 8 Ziff. 4.7 f., 93 S. 2 Ziff. 4.8). Dennoch verwertet(e) der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig, in dem er diese Tätigkeit von Beginn an nur zu 50 % ausübt(e) (vgl. AB 72 S. 3 Ziff. 4, 78 S. 2 f. Ziff. 4). Somit wäre grundsätzlich auf Tabellenlöhne abzustellen (vgl. E. 6.2 hier vor). Ausnahmsweise kann aber davon abgewichen werden, wenn die versicherte Person das ihr zumutbare Pensum nicht voll ausschöpft und eine Pensumerhöhung seitens des Arbeitgebers möglich ist (vgl. dazu THOMAS ACKERMANN, Die Bemessung des Invaliditätsgrades, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 33). Der tatsächlich erzielte Lohn ist in diesem Fall auf das zumutbare Pensum hochzurechnen (Entscheide des BGer vom 10. Juli 2014, 8C\_7/2014, E. 7.2 und vom 11. Februar 2013, 9C\_720/2013, E. 2.3.1, vgl. Entscheid des BGer vom 21. Mai 2010, 8C\_25/2010, E. 4.2.2; vgl. auch Rz. 3053 f. KSIH). Denn aus den Akten geht hervor, dass der Arbeitsvertrag mit dem Beschwerdeführer als ... (AB 77) vorerst mit einem Beschäftigungsgrad von 100 % abge-

geschlossen wurde (S. 3 Ziff. 3), aber auch vorgesehen war, dass dieser abhängig vom Entscheid der Beschwerdegegnerin entsprechend angepasst werde (vgl. AB 72 S. 3 Ziff. 4, 78 S. 3 f. Ziff. 4, 98 S. 2 f. Ziff. 4). Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass eine Pensumerhöhung resp. vorliegend die Ausübung eines Pensums von mehr als 50 % seitens der Arbeitgeberin ohne weiteres möglich (gewesen) wäre. Deshalb ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf das als ... zu erzielende Einkommen abzustellen.

Der Beschwerdeführer nahm diese Tätigkeit per 16. Juni 2019 auf (AB 77 S. 3 Ziff. 2). Nach Ende der Lohnfahrtzahlungspflicht i.S.v. Art. 56 BPV per 31. Dezember 2019 (S. 4 Ziff. 8) unterstand der Beschwerdeführer bis zum 15. Juni 2021 der nominellen Besoldungsgarantie gemäss Art. 52a Abs. 1 BPV (S. 3 Ziff. 4) und erzielt(e) damit erstmals ab dem 16. Juni 2021 das reguläre Einkommen als .... Dieses betrug im Jahr 2019 (vgl. AB 136 S. 30 ff.) monatlich Fr. 9'547.75 zuzüglich Ortszuschlag von Fr. 466.05 sowie Besitzstand von Fr. 991.35, welcher jedoch seit dem 16. Juni 2021 entfällt (AB 136 S. 1) und als gesetzliche Besoldungsgarantie für die Bestimmung des Invalideneinkommens ohnehin nicht zu berücksichtigen ist (AB 136 S. 40). Damit resultiert ein jährliches Einkommen (ohne Ortszuschlag) pro 2019 von Fr. 124'120.75 ([Fr. 9'547.75 x 13]). Indexiert pro 2018 ist daher von einem Einkommen von Fr. 123'013.60 ( $124'120.75 \cdot \frac{100}{100.9}$ ) auszugehen. Unter Berücksichtigung des Ortszuschlags von Fr. 5'538.-- (Fr. 461.50 [Ortszuschlag Juli 2018; vgl. AB 136 S. 14] x 12) resultiert pro 2018 ein Einkommen von Fr. 128'551.60 (Fr. 123'013.60 + Fr. 5'538.--). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % beläuft sich das Invalideneinkommen demnach auf Fr. 89'986.15.

**6.7** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 141'458.85 und einem Invalideneinkommen von Fr. 89'986.15 resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123) 36 % ( $\frac{141'458.85 - 89'986.15}{141'458.85} \cdot 100$ ), womit ein Rentenanspruch zu verneinen ist (vgl. E. 3.2 hiervor).

**7.**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2020 (AB 116) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## 8.

**8.1** Gemäss der hier anwendbaren (vgl. Art. 82a ATSG), bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Fassung von aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

**8.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG ([Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

- Fürsprecherin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe der Beigeladenen vom 9. Juni 2021)
- IV-Stelle Bern (samt Eingaben der Beigeladenen vom 9. Juni 2021 und des Beschwerdeführers vom 11. Juni 2020)
- Pensionskasse C. \_\_\_\_\_ (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 11. Juni 2020)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.