

200 20 717 IV  
LOU/SHE/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. August 2021**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Juli 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde am 7. Mai 2009 und 25. Oktober 2010 jeweils in eine Auffahrkollision verwickelt (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 23.4, 33.1/9). Die C.\_\_\_\_\_ stellte für beide Unfallereignisse ihre Leistungen per 17. März 2013 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Geldleistungen, was das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 13. Januar 2014, UV/2013/482 (act. II 42/2), schützte.

### **B.**

Bereits am 19. Dezember 2009 (AB 2) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit dem Unfall vom 7. Mai 2009 vorliegende Einschränkungen im Nackenbereich und an der Halswirbelsäule (HWS) bei der IVB zum Leistungsbezug an. In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und berufliche Abklärungen. Mit Verfügung vom 9. September 2014 (act. II 52) und der Begründung, es bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes, verneinte sie einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 56/3) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 6. März 2015, IV/2014/923 (act. II 61), ab. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 63/2) wies das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 22. Oktober 2015, 8C\_255/2015 (act. II 67), ab.

### **C.**

Im November 2015 (act. II 73) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf seit ca. 2010 bestehende psychische Probleme erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 4. März 2016 (act. II 92) trat die IVB mit der Begründung, der Versicherte habe nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich

verändert hätten, auf das Leistungsbegehren nicht ein. Die Verfügung blieb unangefochten.

**D.**

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2018 (act. III 100) wies sich Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_ als neue Rechtsvertreterin des Versicherten aus und machte einen verschlechterten Gesundheitszustand geltend. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Beurteilungen vom 17. Dezember 2018 [act. II 104 ff.]) teilte die IVB dem Versicherten am 14. Februar 2019 (act. II 124) mit, sie erachte eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie für notwendig. Weiter stellte sie ihm den vorgesehenen Fragekatalog zu und gewährte ihm die Möglichkeit, Zusatzfragen einzureichen. Am 24. Februar 2019 (act. II 126) ersuchte der Versicherte, die Begutachtung auf zusätzliche Disziplinen (Orthopädie, Neuropsychologie, Neuroophthalmologie) auszudehnen; weiter beantragte er eine Anpassung bzw. Ergänzung des Fragenkatalogs. Mit Zwischenverfügung vom 27. März 2019 (act. II 128) hielt die IVB am zuvor mitgeteilten Vorgehen fest. Die dagegen erhobene Beschwerde (Akten der IVB [act. IIA] 144/3) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 3. September 2019, IV/2019/372 (act. IIA 153), insofern teilweise gut, als es die angefochtene Zwischenverfügung dahingehend abänderte, als sich die in Aussicht gestellte Begutachtung zusätzlich auf die Fachdisziplin Rheumatologie zu erstrecken hat und sich die Fragestellung zum neu anmeldungsrechtlichen Beweisthema auf eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 9. September 2014 bezieht. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab. Das Urteil blieb unangefochten.

In der Folge fand die Begutachtung durch die D.\_\_\_\_\_ (MEDAS; vgl. polydisziplinäres Gutachten vom 12. März 2020 inkl. Teilgutachten [act. IIA 171.1-171.10]) statt. Mit Vorbescheid vom 20. März 2020 (act. IIA 173) stellte die IVB mit der Begründung, seit der Verfügung vom 9. September 2014 (act. II 52) habe sich der Gesundheitszustand nicht massgeblich

verändert, in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (act. IIA 176, 179, 183) entschied sie mit Verfügung vom 17. Juli 2020 (act. IIA 187) dem Vorbescheid entsprechend.

## **E.**

Mit Eingabe vom 14. September 2020 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, dagegen Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdesache sei zu neuer Abklärung des Sachverhalts und zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen und es seien dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung sowie eine Invalidenrente zu gewähren. Am 17. September 2020 reichte er dem Gericht eine bereinigte Fassung der Beschwerde inkl. Beilagen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 1-17) ein.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2020 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 30. November 2020 beantragt der Beschwerdeführer, ein gerichtliches Obergutachten anzuordnen. Er reichte dem Verwaltungsgericht zudem diverse Beilagen (act. I 18-25) ein.

Am 21. Dezember 2020 liess der Beschwerdeführer dem Gericht eine weitere Eingabe inkl. Beilage (act. I 26) zukommen.

Mit Duplik vom 28. Dezember 2020 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Rechtsbegehren fest.

Eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers ging beim Verwaltungsgericht am 20. Januar 2021 ein. Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin am 4. Februar 2021 Stellung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Juli 2021 stellte der Instruktionsrichter diese Eingabe dem Beschwerdeführer zur Kenntnis zu

und überliess ihm die Entscheidung, bis am 28. Juli 2021 eine abschliessende Stellungnahme einzureichen. Eine ersuchte Fristverlängerung vom 28. Juli 2021 bewilligte der Instruktionsrichter am 29. Juli 2021 einmalig und bis zum 2. August 2021. Am 2. August 2021 ersuchte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers per Fax abermals um eine Fristverlängerung. Dieses Gesuch wies der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 3. August 2021 ab. Am 4. August 2021 gingen beim Verwaltungsgericht Schlussbemerkungen 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 Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 17. Juli 2020 (act. IIA 187). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**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** Vorab macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und ein Verstoss gegen Treu und Glauben durch die Gutachterstelle geltend. Zur Begründung bringt er vor, er sei daran gehindert worden, während der gutachterlichen Exploration Tonbandaufnahmen zu erstellen. Zudem werde ihm die Einsicht in die von den Gutachtern angefertigten Tonbandaufnahmen verweigert (Beschwerde S. 3, Replik S. 4 f. sowie Eingabe vom 19. Januar 2021 S. 2).

**2.2** Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in interne Dokumente einer begutachtenden Person, wozu auch die während der Begutachtung erstellten Tonbandaufnahmen gehören. Das Gericht kann jedoch zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Sachverständigengutachtens angezeigt erscheint (Entscheid des BGer vom 10. September 2019, 9C\_376/2019, E. 2.2). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Insbesondere sind allfällige Tonaufnahmen nicht geeignet, Aufschluss über die von den Gutachtern berichteten Inkonsistenzen bzw. Feststellungen zu geben. Vielmehr obliegt die medizinische Auswertung der vom Beschwerdeführer geltend gemachten akustischen Wahrnehmungen, die sich bei den Untersuchungen ergeben haben sollen, der Fachkompetenz der Gutachter. Dass eine künftige „Gesetzesrevision“ ausdrücklich vorsieht, dass die Gespräche, sofern es der Untersuchte nicht anders bestimmt, in die Akten

aufgenommen werden (Beschwerde S. 3 Ziff. 1), ändert daran nichts. Die Inkraftsetzung der diesbezüglich beschlossenen Änderung (nArt. 44 Abs. 6 ATSG) ist auf den 1. Januar 2022 vorgesehen (vgl. Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Weiterentwicklung der IV] vom 4. Dezember 2020, S. 3 i.V.m. 11) und eine frühere Anwendung käme einer unzulässigen positiven Vorwirkung gleich (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2017, 9C\_553/2017, E. 6.2). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist damit vorliegend zu verneinen. Daran ändern auch die am 4. August 2021 beim Verwaltungsgericht eingegangenen Schlussbemerkungen nichts.

Das Gleiche gilt betreffend des geltend gemachten Verstosses gegen das Gebot von Treu und Glauben. Der Beschwerdeführer wurde – anders als von ihm vorgebracht (Beschwerde S. 3 Ziff. 1 sowie Eingabe vom 19. Januar 2021 S. 2) – weder daran gehindert, eigene Tonaufnahmen zu erstellen, noch wurde ihm die Aushändigung der von den Gutachtern erstellten Tonbandaufnahmen zugesichert. Vielmehr wurde darauf hingewiesen, dass solche durch die Experten erfolgten, womit er sich auch einverstanden erklärte (act. IIA 171.10).

### **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**

**3.2.1** 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 Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**3.2.2** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (vgl. Art. 8 Abs. 1 IVG). Das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 142 V 523 E. 6.3 S. 535). Anders als im Rentenrecht (Art. 28 Abs. 1 IVG) nennt das Gesetz keinen Mindestgrad der Invalidität, damit Eingliederungsmassnahmen gewährt werden können (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81). Wenn es um keine besonders kostspielige Massnahme geht, genügt zur Anspruchsbeurteilung bereits ein relativ geringes Mass an gesundheitlich bedingter Beeinträchtigung (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81).

**3.3** 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).

### **3.4**

**3.4.1** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**3.4.2** 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).

**3.4.3** 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).

**3.4.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

#### **4.**

**4.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom 6. Dezember 2018 (act. II 100) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 9. September 2014 (act. II 52) – mit welcher letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte und ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2020 (act. IIA 187; vgl. E. 3.4.3 vorne). Die Verfügung vom 4. März 2016 (act. II 92), mit welcher auf eine Neuanmeldung nicht eingetreten wurde, stellt keine Vergleichsbasis dar, erfolgte doch keine umfassende Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

**4.2** Die Verfügung vom 9. September 2014 (act. II 52) basierte im Wesentlichen auf dem zu Händen der C.\_\_\_\_\_ erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Oktober 2012 (act. II 33.1/305). Darin diagnostizierte dieser mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine remittierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 334 Ziff. 1). Bereits vor den beiden Autounfällen 2009 und 2010 dürfte eine chronische Schmerzkrankung

vorgelegen haben, die jedoch weniger symptomatisch verlaufen sei und nicht zu einer schwerwiegenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe. Diese vorbestehende Schmerzerkrankung dürfte sich nun nach den beiden Autounfällen verschlechtert und leicht modifiziert lokalisiert haben. Trotz intensiver und aufwändiger Behandlung leide der Versicherte weiterhin unter Beschwerden und die Arbeitsfähigkeit betrage derzeit 50%. Aufgrund der damaligen psychopathologischen Beschreibungen mit Störungen der Konzentration, der Antriebsstörung, der affektiven Komponenten (depressive Stimmungslage, Affektinkontinenz), den Schlafproblemen und auch des sozialen Rückzugs könne der damals in der Klinik F. \_\_\_\_\_ 2011 gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode rückwirkend zugestimmt werden (S. 328). Vom Verlauf her sei davon auszugehen, dass sich das depressive Bild in der Zwischenzeit unter der Behandlung mit einer antidepressiven Medikation und der begleitenden Betreuung durch einen Psychologen aufgehellt haben dürfte. Aktuell sei keine Störung des depressiven Formenkreises mehr erkennbar. Weiterhin zentral aber seien die Schmerzen und hier insbesondere die Nackenschmerzen, welche in den Hinterkopf und die beiden Schultern ausstrahlten. Aufgrund der Klinik sei nicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auszugehen, weil der Versicherte die Kernkriterien (andauernder, schwerer und quälender Schmerz) nicht erfülle (S. 330). In Anbetracht der Aufhellung der depressiven Befunde sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80% realistisch, allerdings unter der Voraussetzung, dass die tägliche Arbeit von 7 Stunden bzw. 35 Wochenstunden auf 10 Halbtage zu je 3.5 Stunden pro Woche verteilt werde. Über Mittag sollte der Versicherte eine grössere Pause von 2.5 Stunden machen können, die es ihm ermögliche, sich hinzulegen und eine Behandlung mit dem Tens-Gerät zu absolvieren. Die Steigerung des Arbeitspensums sollte schrittweise über die nächsten Monate erfolgen, sodass Anfangs 2013 oder spätestens im Frühjahr 2013 die 80% realisiert werden könnten, mithin eine Arbeitsunfähigkeit von 20% vorliege. Insgesamt sei von einem stabilen Zustand auszugehen; wesentliche Verbesserungen seien im Sinne des überwiegend Wahrscheinlichen nicht zu erwarten (S. 332 f.).

**4.3** Die Verfügung vom 17. Juli 2020 (act. IIA 187) basiert im Wesentlichen auf dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 12. März

2020 inkl. Teilgutachten (act. IIA 171.1-171.10). Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt (S. 12 f. Ziff. 4.2):

1. Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
  - Chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz
    - Zervikogenes Schmerzsyndrom
    - Multifaktorielle Cephalaea
2. Koronare 2-Ast-Erkrankung
3. Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine mittelschwere Mitralsuffizienz bei Prolaps des posterioren Segels, eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, unspezifische thoracale und lumbale Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Beine, klinisch Heberden-Arthrosen an der rechten Hand sowie ein leichter Knick-/Senkfuss beidseits (S. 14 Ziff. 4.2).

**4.3.1** Aus allgemein-internistischer Sicht konnte weder eine Diagnose mit noch eine ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (allgemein-internistisches Teilgutachten vom 28. Januar 2020 [act. IIA 171.2] S. 13 Ziff. 6).

**4.3.2** Im kardiologischen Teilgutachten vom 4. Februar 2020 (act. IIA 171.3) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare 2-Ast-Erkrankung diagnostiziert (S. 14 Ziff. 6). Aufgrund der aktuellen Situation mit fehlenden Ischämiezeichen, gut eingestellten Risikofaktoren und fehlendem relevantem Klappenvitium sei dem Versicherten die bisherige Arbeit in einem Spritzwerk zu 100% zumutbar. Aus rein kardiologischer Sicht habe für die Zeit des Infarktes vom 9. Januar 2017 bis nach der Rehabilitation, wahrscheinlich bis Ende Mai 2017, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach wäre für einen Monat eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit und ab Juli 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit zu vermuten. Aus rein kardiologischer Sicht benötige der Versicherte keine angepasste Tätigkeit, zumal er auch in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (S. 17 Ziff. 8).

**4.3.3** Im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. März 2020 (act. IIA 171.4) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F45.41), diagnostiziert (S. 13 Ziff. 6). Es bestehe eine Körpersymptomatik, die aus somatischer Sicht nicht im angegebenen Ausmass nachvollzogen werden könne. Es müsse angenommen werden, dass im Hintergrund eine psychosozial belastende Situation diesen Zustand unterhalte, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren anzunehmen sei. Begleitend entwickle der Versicherte je nach momentanen Belastungen eine affektive Störung, die teilweise bis gar zur Suizidalität gereicht habe. Es fänden sich Hinweise auf emotional instabile Persönlichkeitszüge, welche erklärten, dass der Versicherte sein Verhalten teilweise nicht genügend kontrollieren könne. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht klar erfüllt; dazu reichten die Angaben nicht aus. Es beständen keine Hinweise darauf, dass der Versicherte vor seiner Erkrankung allfällige zwischenmenschliche oder berufliche Schwierigkeiten aufgrund seines Verhaltens gehabt hätte, auch in der Lebensführung seien keine derartigen Schwierigkeiten bekannt und in den Unterlagen werde nie auf eine Persönlichkeitsauffälligkeit hingewiesen. Es sei daher anzunehmen, dass es sich um ein reaktives Verhalten im Rahmen von Anpassungsschwierigkeiten handle. Der Versicherte beschreibe eine teilweise depressiv anmutende Stimmungslage mit Verstimmungen, teilweise Antriebsschwierigkeiten, erhöhter Ermüdbarkeit und Rückzugstendenz. Ein dauerhafter Interessenrückgang oder eine ausgesprochen dauerhafte Freudlosigkeit bestehe allerdings nicht. Die Stimmung scheine ebenfalls stark zu variieren, weswegen eine allfällig leichte depressive Störung angenommen werden könne. Je nach Umständen dürfte diese stärker vorhanden sein, doch handle es sich dabei um eine reaktive Verstimmung, die mit geeigneten Massnahmen schnell gebessert werden könne, weswegen daraus kein dauerhafter Einfluss abgeleitet werden könne. Hinweise auf eine anderweitig psychiatrisch relevante Störung könnten nicht gefunden werden. Es finde sich demnach im Vergleich zur Begutachtung aus dem Jahre 2012 ein im Wesentlichen ähnlicher Versicherter, ohne dauerhafte oder längerfristige Verschlechterung, auch wenn der Zustand zwischenzeitlich geschwankt

habe. Die psychosoziale Situation sei äusserst belastend. Der Versicherte sei grundsätzlich in der Lage, alltägliche Termine wahrzunehmen und eine Routine beizubehalten, könne auch Aufgaben strukturieren sowie sich verschiedenen Bedingungen anpassen. Er sollte in der Lage sein, die fachlichen Kompetenzen anzuwenden, könne sich ein Urteil bilden und Entscheide fällen. Die Durchhaltetätigkeit sei allenfalls vermindert, er dürfte verlangsamt sein und erhöhten Pausenbedarf aufweisen, dies einerseits bedingt durch die affektive Beeinträchtigung und andererseits auch durch die Körperschmerzproblematik, die sich hemmend auswirken könne. Der Versicherte könne sich selbst behaupten, die Kontakte hätten abgenommen, weil er nicht über seine Krankheit sprechen wolle. Die Gruppenfähigkeit sei grundsätzlich vorhanden und er pflege eine familiäre Beziehung. Intime Beziehungen bestünden seit längerer Zeit nicht mehr. Er gehe nur wenigen Aktivitäten nach und ziehe sich weitgehend zurück. Die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt, ebenfalls nicht die Verkehrs- und Wegfähigkeit. Es bestünden demnach leichtere Beeinträchtigungen, die sich durch den psychischen Zustand begründen liessen (S. 11 ff. Ziff. 6). Eine klar strukturierte Tätigkeit, ohne Übernahme von Verantwortung, sollte der Versicherte durchführen können. Aufgrund der körperlichen Problematik mit Schmerzen seien körperliche Schwerarbeiten ungeeignet, da die Gefahr bestehe, die Schmerzen zu stark zu provozieren, was sich wieder ungünstig auf den Gesamtzustand auswirke. Aufgrund der affektiven Störung sei weiterhin eine verminderte Belastbarkeit anzunehmen, dadurch eine leichte Verlangsamung und ein erhöhter Pausenbedarf, wodurch eine Leistungseinschränkung von 20% bestehe. Insgesamt sei daher von einer 20%-igen Leistungseinschränkung in einer ähnlichen Tätigkeit wie bisher oder jeder alternativen Arbeit auszugehen, da sich diese Einschränkung bei jeder Tätigkeit auswirken würde. In diesem Sinne sei seit der letzten Begutachtung im Jahr 2012 keine wesentliche dauerhafte Änderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten (S. 15 Ziff. 8).

**4.3.4** Im rheumatologischen Teilgutachten vom 5. Februar 2020 (act. IIA 171.5) wurde dargelegt, ohne Berücksichtigung der Kopfschmerzproblematik und mit Bezug auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, da der Versicherte seit 2013 nicht mehr gearbeitet habe, bestehe keine

rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der zu beurteilenden Zeitspanne ab 2014. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches Zervikalsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung bei degenerativen HWS-Veränderungen, betont distal-zervikal, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, unspezifische thoracale und lumbale Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Beine, klinisch Heberden-Arthrosen an der rechten Hand sowie ein leichter Knick-/Senkfuss beidseits (S. 9 f. Ziff. 6). Aufgrund der symptomatischen degenerativen Veränderungen an der HWS bestehe eine verminderte Belastbarkeit in diesem Wirbelsäulenabschnitt. Etwas weniger deutlich gelte dies auch für die unspezifischen Rückenschmerzen thoracal und lumbal. Es müssten sowohl quantitative als auch qualitative Beeinträchtigungen attestiert werden. Diese seien allerdings gemäss Aktenlage und Anamnese schon seit Jahren vorhanden. Der Versicherte habe über eine im Verlauf zunehmende Schmerzsymptomatik berichtet, was unter Berücksichtigung der in der klinischen Untersuchung gefundenen schmerzhaften Fibromyalgie-Druckpunkte auch im Sinne einer zunehmenden Schmerzsensibilisierung resp. im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitung zu interpretieren sei, wie dies auch in der Aktenlage schon früher beurteilt worden sei. Aus rheumatologischer Sicht seien dem Versicherten nur noch körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Gewichtsbelastungen zumutbar. Eine Arbeitstätigkeit müsste rückenadaptiert sein, insbesondere für die HWS, d.h. ohne Zwangshaltungen rekliniert oder vornübergeneigt und ohne repetitive Rotationsbewegungen. Insofern wären auch Überkopfarbeiten längerdauernd oder wiederholt nicht zumutbar (S. 10 f. Ziff. 7.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit mit Kontrollaufgaben im ...bereich bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sofern die erwähnten Limiten eingehalten werden könnten. Eine leichte bis intermittierend mittelschwere und rückenadaptierte Arbeit insbesondere bezüglich der HWS sei als angepasst anzusehen. In einer derartigen Tätigkeit könne aus rein rheumatologischer Sicht weder eine Einschränkung der Arbeits- noch Leistungsfähigkeit attestiert werden. Diese Beurteilung gelte aktuell und retrospektiv seit 2014 (S. 11 Ziff. 8).

**4.3.5** Im neurologischen Teilgutachten vom 8. Februar 2020 (act. IIA 171.6) wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz mit einem organischen Beschwerdekern in Form von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sowie der stattgehabten Unfälle 2009 und 2010 mit HWS-Distorsion, wobei der Schmerzverlauf und die Schmerzausprägung zu wesentlichen Teilen funktionell überlagert seien, diagnostiziert. Diese Einschätzung decke sich auch mit den Feststellungen des behandelnden Hausarztes, der über stabilisierte ehemalige Unfallfolgen berichtet habe mit jedoch wesentlich komplizierendem Faktor durch die psychische Situation. Die bestehende Arbeitseinschränkung werde vor allem durch die psychische Entwicklung geprägt (S. 21 f. Ziff. 6 sowie S. 26 Ziff. 7.1). Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms und der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sei von einer reduzierten Belastbarkeit des Achsenskeletts bei mittelschweren und schweren Hebe- und Tragebelastungen auszugehen. Beim anzunehmenden organischen Beschwerdekern sei eine generelle leichte Leistungseinschränkung infolge des chronischen Schmerzsyndroms zu berücksichtigen (Ziff. 7.2). Aufgrund der reduzierten Belastbarkeit des Achsenskeletts sollten körperlich schwere und häufig mittelschwere Trage- und Hebebelastungen vermieden werden. Zumutbar sei ein Belastungsprofil mit wechselbelastender Tätigkeit, limitiert auf leichte bis intermittierend mittelschwere Belastungen, ohne repetitive Überkopfarbeiten. In einer dieser Kriterien angepassten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung des organischen Beschwerdekerns und der komplexen Kopfwehproblematik sei in jeglicher Tätigkeit eine Leistungsminderung von 20% zu attestieren. Diese Angaben würden ab dem Zeitpunkt der Verfügung vom 9. September 2014 gelten. Aus neurologischer Sicht sei seitdem keine relevante Zustandsveränderung eingetreten (S 27 ff. Ziff. 8).

**4.3.6** Aus gesamtmedizinischer Sicht sahen die Gutachter keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit September 2014 und attestierten in der zuletzt ausgeübten wie auch einer leidensangepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% (act. IIA 171.1 S. 17 ff. Ziff. 4.7).

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

**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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Ver-

waltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**4.5** Am 9. Januar 2017 erlitt der Beschwerdeführer einen akuten ST-Hebungsinfarkt infero-lateral, der zu einer Hospitalisierung führte (vgl. Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2017 [act. IIA 162/107]). Am 3. März 2017 erfolgte im Spital H.\_\_\_\_\_ eine Echokardiographie, bei welcher eine normale systolische linksventrikuläre Funktion ohne regionale Motilitätsstörung mit einer Ejektionsfraktion von 55% beschrieben wurde. Es wurde die Aufnahme in ein kardiales Rehabilitationsprogramm empfohlen (Berichte des Spitals H.\_\_\_\_\_ vom 3. März 2017 [act. IIA 162/96 ff.]), welches in der Folge durchgeführt und per 5. Mai 2017 beendet wurde. Bei Austritt fand sich eine mittelschwer eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit mit 84 Watt, entsprechend 52% der Sollleistung. Limitierend war die muskuläre Situation. Eine pulmonale oder kardiale Einschränkung war nicht zu erkennen. Es fehlten die Zeichen einer belastungsinduzierten Ischämie und es wurde am Ende der Rehabilitation erwähnt, dass der Beschwerdeführer motiviert wurde für eine regelmässige körperliche Aktivität. Eine Rückkehr in den beruflichen Alltag zu 100% wurde als möglich erachtet (Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2017 [act. IIA 162/92]). Im kardiologischen MEDAS-Teilgutachten vom 4. Februar 2020 wurde aus rein kardiologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Januar bis Ende Mai 2017 und danach für einen Monat eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. IIA 171.3/17 Ziff. 8). Damit ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. II 187; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 10) erstellt, dass sich aus kardiologischer Sicht die gesundheitlichen Verhältnisse seit der rentenablehnenden Verfügung vom 9. September 2014 (act. II 52) vorübergehend über die Dauer von wenigstens drei Monaten massgeblich verändert haben. Daher ist der Rentenanspruch nachfolgend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. E. 3.4.4 hiavor).

**4.6** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 12. März 2020 (act. IIA 171.1) sowie die diesbezüglichen Teilgutachten (allgemein-internistisches

Teilgutachten vom 28. Januar 2020 [act. IIA 171.2], kardiologisches Teilgutachten vom 4. Februar 2020 [act. IIA 171.3], psychiatrisches Teilgutachten vom 12. März 2020 [act. IIA 171.4], rheumatologisches Teilgutachten vom 5. Februar 2020 [act. IIA 171.5] und neurologisches Teilgutachten vom 8. Februar 2020 [act. IIA 171.6]) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4 hiervor). Die Feststellungen der Experten beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Den Gutachten kommt volle Beweiskraft zu und es kann diesbezüglich darauf abgestellt werden.

**4.6.1** Das psychiatrische Teilgutachten hielt eine im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Wesentlichen unveränderte psychische Situation mit seither gleichgebliebener Arbeitsunfähigkeit von 20% fest (act. IIA 171.4/15 Ziff. 8). Unter diesen Umständen bedarf es keiner Indikatorenprüfung, zumal diese keine höheren Einschränkungen ergeben könnte als die attestierte 20%-ige Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des BGer vom 25. September 2018, 8C\_241/2018, E. 7.5.2).

**4.6.2** Anhand des psychiatrischen Teilgutachtens und der übrigen Teilgutachten sind dem Beschwerdeführer weiterhin Tätigkeiten wie jene, auf welche er nach den Unfällen vom 7. Mai 2009 und 25. Oktober 2010 umgeschult wurde (vgl. Arbeitsplatzabklärung vom 24. Mai 2011 [act. II 28/3]), wie auch jede andere leidensangepasste Tätigkeit mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20% zumutbar (act. IIA 171.1/17 ff. Ziff. 4.7 ff.). Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers – wie nachfolgend dargelegt – nichts zu ändern.

Der Sachverhalt erweist sich damit als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und von ergänzenden Abklärungen (vgl. insbesondere Beschwerde S. 1 und Replik S. 7) ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S.

162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) und gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen zu verzichten.

**4.6.3** Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte im Beschwerdeverfahren diverse Unterlagen ein (act. I 4 ff.). Was die diesbezüglichen Internetauszüge, Aufsätze und Fotodokumentationen betrifft (act. I 4-8, 11, 13 f., 18 f., 23 f.), beziehen sie sich entweder nicht auf den konkreten Fall, widerspiegeln offenkundig die Meinung der Rechtsvertreterin, können eine medizinische Beurteilung nicht ersetzen bzw. widerlegen (Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 4.3 f.) oder vermögen keinen Aufschluss über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu geben. Zudem sind die Ausführungen der Rechtsvertreterin zu den gutachterlichen Feststellungen bereits deshalb unbehelflich, weil sie als medizinische Laiin hierfür offensichtlich nicht befähigt ist (Entscheid des BGer vom 21. Juni 2016, 9C\_614/2015, E. 5.1).

**4.6.3.1** Was die im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen (Berichte der Klinik I. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2009 [act. I 22], der Kliniken J. \_\_\_\_\_ und K. \_\_\_\_\_ vom 9. August 2011 [act. I 20], der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 25. April 2016 [act. I 25] sowie der MRI-Befund vom 22. Dezember 2016 [act. I 21]) betrifft, ist auf das Folgende hinzuweisen: Durch die Neuanschuldung vom 6. Dezember 2018 (act. III 100) hätte der Beschwerdeführer frühestens ab Juni 2019 Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), mithin waren die erwähnten Berichte zu diesem Zeitpunkt schon mindestens über zweieinhalb Jahre alt und hinsichtlich des Neuanschuldungsverfahrens wenig aussagekräftig; grösstenteils (act. I 20, 22 und 25) lagen sie zudem auch den Gutachtern vor (act. IIA 171.1/29, 171.6/5 f.) und flossen in deren Expertisen ein. Soweit erforderlich wird auf die besagten Berichte im Nachfolgenden eingegangen. Betreffend die übrigen im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Unterlagen (Berichte des Zentrums M. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 [act. I 12], des Zentrums N. \_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020 [act. I 9], des Spitals O. \_\_\_\_\_ vom 4. August 2020 [act. I 10] und der behandelnden Psychiaterin Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Dezember 2020 [act. I 26]) ist darauf hinzuweisen, dass diese nach dem

MEDAS-Gutachten datieren, jedoch nichts an dessen Schlüssigkeit zu ändern vermögen. Praxisgemäss kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Entscheid des BGer vom 24. November 2015, 9C\_353/2015, E. 4.1). Soweit erforderlich wird auch auf diese besagten Berichte nachfolgend eingegangen.

**4.6.3.2** Was die vom zuständigen Krankentaggeldversicherer eingeholten Gutachten vom 1. Februar und 6. März 2015 (act. IIA 144/17 und act. IIA 144/27) betrifft, so führt der Beschwerdeführer in Einklang mit den Akten aus, dass sich die MEDAS-Gutachter dazu nicht äusserten (Beschwerde S. 4). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die beiden Gutachten von Anfang 2015 datieren. Da der Beschwerdeführer frühestens ab Juni 2019 Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung hat (vgl. Ausführungen hiervor), mithin die Gutachten zu diesem Zeitpunkt schon über vier Jahre alt waren, sind sie hinsichtlich des Neuanmeldungsverfahrens wenig aussagekräftig, zumal darin die psychosozialen Belastungsfaktoren zwar erwähnt, aber – soweit ersichtlich – bei der funktionellen Leistungsfähigkeit keine Berücksichtigung fanden (act. IIA 144/41) und orthopädisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorlag (act. IIA 144/22 Ziff. 5.2).

**4.6.3.3** Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, bezüglich den von den Gutachtern behaupteten Inkonsistenzen seien im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Tests- bzw. Fragebogen verwendet worden (Beschwerde S. 3 f. Ziff. 2), dringt er nicht durch. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 11), ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend und Testverfahren kommt im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zu (Entscheid des BGer vom 21. März 2019, 9C\_728/2018, E. 3.3). Dabei konnten anlässlich der gutachterlichen Exploration eindeutige Inkonsistenzen festgestellt werden und der Vorwurf des Beschwerdeführers, diese seien vage und äusserst knapp formuliert, ist

nicht nachvollziehbar (Beschwerde S. 3 f. Ziff. 2 sowie Replik S. 4 f.). Denn der Beschwerdeführer gab anlässlich der psychiatrischen Exploration diverse, durch den Untersucher allesamt nicht zu bestätigende Beschwerden an (Kopfschmerzen, Schmerzen im Schulter-, Rücken- und Armbereich. Manchmal bestünden auch Beschwerden in den Beinen. Die Schmerzen würden während des Tages zunehmen. Weiter sei der Schlaf nicht erholsam, er leide unter Durchschlafschwierigkeiten, schlafe schlecht, sei tagsüber erschöpft und leide teilweise an Schwindel- und Magenbeschwerden sowie Schmerzen im Brustbereich. Er habe Mühe, sich zu konzentrieren, und habe keine Kraft. Die Schmerzen seien zwischen schwach bis nicht mehr erträglich. Auch habe der Beschwerdeführer über Sensibilitätsstörungen in den Fingern geklagt und angegeben, er fühle sich depressiv und traurig, habe passiven Todeswunsch sowie Ängste in spezifischen Situationen; act. IIA 171.4/5 Ziff. 3.1). So gab der Gutachter an, der Beschwerdeführer sei unauffällig herübergekommen, ebenfalls sein Gang ins Untersuchungszimmer. Zudem sei es ihm problemlos möglich gewesen, in der etwa gleichen Stellung im Stuhl zu sitzen und zu bleiben, ohne Angaben von Beschwerden (act. IIA 171.4/8 Ziff. 4.3). Der Gutachter führte unmissverständlich aus, es hätten sich anlässlich seiner Untersuchung keine wesentlichen Beeinträchtigungen gezeigt, weshalb er gestützt auf seine Untersuchung sowie die Akten zu Recht von Inkonsistenzen ausgeht (act. IIA 171.4/14 Ziff. 7.3). Auch der neurologische Gutachter kam zum Schluss, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Intensität der Schmerzen und die daraus resultierenden Einschränkungen nicht zwanglos nachvollziehbar sind und er führte diesbezüglich aus, das mit hohem Ausmass bezifferte Schmerzniveau werde im allgemeinen Bewegungsverhalten, in der Gestik und in der Mimik nicht ersichtlich. Beim Aus- und Ankleiden waren denn auch keine relevanten Bewegungseinschränkungen erkennbar (act. IIA 171.6/19 Ziff. 4.1 sowie 171.6/27 Ziff. 7.5). Auch der kardiologische Gutachter (act. IIA 171.3/16 Ziff. 7.5) sowie der allgemein-internistische Gutachter (act. IIA 171.2/13 f.) bestätigten das Vorliegen von Inkonsistenzen.

**4.6.3.4** Was das Vorbringen des Beschwerdeführers, die von ihm geklagte Erschöpfbarkeit sei weder beim Schweregrad der Depression noch im

Zusammenhang mit einer allfälligen Schmerzstörung berücksichtigt worden (Beschwerde S. 4, Replik S. 5 f. sowie Eingabe vom 19. Januar 2021 [in den Gerichtsakten]), betrifft, ergibt sich aufgrund der Akten ein anderes Bild: Der Beschwerdeführer gab anlässlich der psychiatrischen Exploration an, dass er müde und erschöpft sei, tagsüber wiederholt schlafe und nachts teilweise unter Schlafstörungen leide, was vom psychiatrischen Gutachter auch so festgehalten wurde (act. IIA 171.4/5 Ziff. 3.2, 171.4/11 ff. Ziff. 6) und bei der Leistungseinschränkung von 20% insbesondere mit dem vom Gutachter für nötig gehaltenen erhöhten Pausenbedarf genügend berücksichtigt wurde (act. IIA 171.4/15 Ziff. 8). Zudem ist es die Aufgabe des Gutachters, als medizinischer Experte unabhängig von den subjektiven Schmerzangaben zu beurteilen, welche Schmerzen und Einschränkungen gestützt auf die objektiven Befunde nachvollziehbar und zu berücksichtigen sind (Entscheid des BGer vom 15. Dezember 2011, 8C\_784/2011, E. 3.3). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der psychiatrische Gutachter äussere sich nicht zum Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung und prüfe diese erst gar nicht (Beschwerde S. 4), kann ihm nicht gefolgt werden: Bereits Dr. med. E. \_\_\_\_\_ verneinte im Gutachten vom 11. Oktober 2012 das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, da die Kernkriterien (andauernder, schwerer und quälender Schmerz) nicht erfüllt seien (act. II 33.1/330). Das Verwaltungsgericht erachtete in der Folge in VGE IV/2014/923 das Gutachten als beweiskräftig und stellte darauf ab (act. II 61/14 Ziff. 3.2.2). Seither hat sich diesbezüglich nichts geändert, zumal der psychiatrische Gutachter zum Schluss kam, dass der Beschwerdeführer trotz der angegebenen Schmerzen – angeblich teilweise schwergradigen Ausmasses – nicht beeinträchtigt wirkt (act. IIA 171.4/11 Ziff. 6) und sich seit der Begutachtung 2012 im Wesentlichen ein ähnlicher Explorand ohne dauerhafte oder längerfristige Verschlechterung findet (act. 171.4/12 Ziff. 6). Daran ändern die Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Replik S. 2 f.) sowie der eingereichte Aufsatz (act. I 23) nichts.

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, psychosoziale Umstände, die einen krankhaften Zustand aufrechterhalten oder verschlimmern würden, seien invalidenversicherungsrechtlich relevant (Replik S. 6), kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn wie der psychiatrische Gutachter

festhält, war es u.a. die psychosoziale Situation, welche zur Stellung der Diagnose Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren führte (act. IIA 171.4/11 Ziff. 6), d.h. die psychosoziale Situation wurde sehr wohl (indirekt) berücksichtigt.

Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2020 (act. I 26) vermag – anders als vom Beschwerdeführer vorgebracht (vgl. Eingabe vom 21. Dezember 2020 [in den Gerichtsakten]) – keine Zweifel an der Beurteilung des MEDAS-Gutachtens zu wecken. Der Inhalt des Berichts deckt sich im Wesentlichen mit dem Bericht vom 20. Mai 2019 (act. IIA 147), welcher den Gutachtern vorlag (act. IIA 171.4/4 Ziff. 2) und insbesondere Eingang ins psychiatrische Teilgutachten fand (act. IIA 171.4/10 Ziff. 6, 171.4/14 Ziff. 7.3). Weiter ist der Einwand des Beschwerdeführers, der psychiatrische Gutachter blende den Schweregrad des psychischen Schmerzverlaufs und der Schmerzausprägung „vollständig“ aus (Eingabe des Beschwerdeführers vom 19. Januar 2021 [in den Gerichtsakten]), unbegründet und findet im diesbezüglichen Teilgutachten keine Stütze.

**4.6.3.5** Weiter versucht der Beschwerdeführer mit Verweis auf den Bericht des Zentrums M.\_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 (act. I 12) und einem darin nachgewiesenen Blutdruckabfall, was ein Hinweis auf eine Ischämie sei, eine Veränderung zum MEDAS-Gutachten zu begründen (Beschwerde S. 4). Dem ist nicht zu folgen, zumal in der gleichentags durchgeführten Echokardiographie im Vergleich zum Vorbefund keine Veränderung festgestellt werden konnte (act. I 12/4). Weiter nimmt der Bericht nirgends Stellung zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. welche konkreten Einschränkungen in Bezug auf eine Tätigkeit bestehen, so dass er per se nicht geeignet ist, Zweifel an den Schlussfolgerungen im kardiologischen Teilgutachten zu wecken. Gleich verhält es sich mit der vom Beschwerdeführer postulierten Leistungseinbusse von 30% (Beschwerde S. 4), welche keine Stütze in den übrigen Akten findet.

**4.6.3.6** Auch betrachtet der Beschwerdeführer das MEDAS-Gutachten als nicht vollständig, da keine neuroophthalmologische und neurootologische Begutachtung erfolgt sei (Beschwerde S. 4 sowie Replik S. 6 f.). Damit

dringt er nicht durch: Bereits mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Urteil IV/2019/372 entschied das Verwaltungsgericht rechtskräftig, dass sich aufgrund der Akten kein zwingender Bedarf zum Einbezug der Neuroophthalmologie erkennen lässt, zumal eine Untersuchung im Fachgebiet Neurologie vorgesehen ist und es in der Kompetenz der Sachverständigen liegen wird, im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Augenflimmern gegebenenfalls Zusatzabklärungen zu veranlassen (act. IIA 153/9 f. Ziff. 4.2). Diesbezüglich sahen die Gutachter anlässlich ihrer Explorationen keinen Grund und die im März 2020 durchgeführte ophthalmologische Untersuchung (vgl. Bericht des Zentrums Q.\_\_\_\_\_ vom 26. März 2020 [act. IIA 184]) vermag den Beweiswert der Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten nicht zu entkräften, zumal der Bericht auch keine Angaben zu einer diesbezüglichen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit enthält.

**4.6.3.7** Was die Wirbelsäule betrifft, hat der rheumatologische Gutachter die diesbezüglichen Einschränkungen – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Replik S. 6) – sehr wohl berücksichtigt, indem er als leidensadaptierte Tätigkeiten körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere sowie rückenadaptierte Arbeiten bezeichnete, d.h. ohne Zwangshaltungen rekliniert oder vornübergeneigt und ohne Rotationsbewegungen und ohne längerdauernde oder wiederholende Überkopfarbeiten (act. IIA 171.5/11 f. Ziff. 7.2 und 8). Auch der neurologische Gutachter berücksichtigte diese Einschränkungen und kam zum Schluss, aufgrund der reduzierten Belastbarkeit des Achsenskeletts sollten körperlich schwere und häufig mittelschwere Trage- und Hebelbelastungen vermieden werden. Als zumutbar erachtete er wechselbelastende Tätigkeiten, limitiert auf leichte bis intermittierend mittelschwere Belastungen ohne repetitive Überkopfarbeiten. Solche Arbeiten beurteilte er als ganztags zumutbar bei einer Leistungsminderung von 20% (act. IIA 171.6/28 Ziff. 8). An den gutachterlichen Schlussfolgerungen vermögen zudem die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte des Zentrums N.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020 (act. I 9) sowie des Spitals O.\_\_\_\_\_ vom 4. August 2020 (act. I 10), insbesondere auch die im ersteren Bericht genannten Ergebnisse der MRI-Untersuchungen der LWS und HWS vom 10. Juli 2020, nichts zu ändern.

**4.6.3.8** Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die Arbeitsfähigkeit dürfe nicht so hoch angesetzt werden, da sonst keine Zeit für Therapien mehr bestehe (Beschwerde S. 4), ist ihm nicht zu folgen. Den Gutachtern war die Zeit, welche der Beschwerdeführer für Arzt- und Therapiebesuche in Anspruch nimmt, bekannt und sie kamen aufgrund sämtlicher Umstände zum Schluss, er könne bei einer gesamtmedizinischen Einschränkung von 20% vollschichtig arbeitstätig sein (act. IIA 171.1/19 Ziff. 4.9). Zudem war vorliegend die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, welche losgelöst von allfälligen Terminkollisionen zwischen Arzt-/Therapiebesuchen und der Arbeitszeitgestaltung zu erfolgen hat. Es ist denn auch zumutbar und alltäglich, dass Arzt- und Therapiebesuche auf Randzeiten oder auf freie Tage anzusetzen sind. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es leuchte nicht ein, warum sich die psychische und physische Arbeitsunfähigkeit nicht addieren würden (Beschwerde S. 4), ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach die Kombination mehrerer Funktionsstörungen nicht notwendigerweise zu einer Addition der in verschiedenen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten führt. Bei ihrem Zusammentreffen überschneiden sich die erwerblichen Auswirkungen in der Regel, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich in einer Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist (Entscheid des BGer vom 29. April 2015, 9C\_204/2015, E. 6). Es ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb die psychischen oder physischen Probleme sich im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit kumulieren sollten.

**4.7** Aufgrund des Dargelegten ist zusammenfassend erstellt, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit, auf welche er nach den beiden Unfällen von 2009 und 2010 umgeschult wurde und die er zuletzt ausübte, vollzeitig und mit einer Einschränkung von 20% arbeits- und leistungsfähig ist. Das Gleiche gilt für jede andere leidensangepasste Arbeit (act. IIA 171/17 ff. Ziff. 4.7 f.). Damit besteht mindestens eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Selbst wenn zusätzlich ein leidensbedingter Abzug von maximal 10% gewährt würde, was vorliegend nicht gerechtfertigt wäre, läge kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40% oder mehr vor. Bei dieser Sachlage besteht weiterhin kein Rentenanspruch. Die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2020 (act. IIA 187) erweist sich

betreffend Invalidenrente somit als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

Die Beschwerdegegnerin verneint einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, ohne sich konkret zu beruflichen Massnahmen zu äussern. Den Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass seit 2013 berufliche Massnahmen geprüft worden wären. Jedoch zeigen die Rechtsschriften wie die Akten, dass sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Juli 2020 nicht eingliederungsfähig fühlte. Mit Blick auf das unter E. 3.2.2 hiervoor Dargelegte genügt jedoch bereits ein relativ geringes Mass an gesundheitlich bedingter Beeinträchtigung, um einen Anspruch auf niederschwellige berufliche Massnahmen wie namentlich die Berufsberatung nach (Art. 15 IVG) oder die Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) zu begründen. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Akten daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie den Beschwerdeführer – gegebenenfalls unter Anwendung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens – darauf hinweist, dass er an zu prüfenden beruflichen Massnahmen im Rahmen des von den Gutachtern festgelegten Rendements mitwirke, ansonsten diese abgebrochen würden.

## **6.**

**6.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen. Daran ändert der Umstand, dass die

Beschwerde in einem geringen Masse (berufliche Massnahmen) teilweise gutgeheissen wird, nichts, wurde der diesbezügliche Antrag vom Beschwerdeführer bzw. dessen Rechtsvertreterin doch in keiner Weise begründet.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Das geringe teilweise Obsiegen des Beschwerdeführers (berufliche Massnahmen) ändert daran nichts, zumal das entsprechende Rechtsbegehren durch die Rechtsvertreterin unbegründet blieb (E. 6.1) und ihr diesbezüglich keine Kosten entstanden.

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

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. Juli 2020 soweit berufliche Massnahmen betreffend aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen zum Vorgehen im Sinne von Erw. 5. Soweit weitergehend wird die Beschwerde 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):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe vom 3. August 2021)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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