

200 20 936 IV  
ACT/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. November 2021**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. November 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1971 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juni 2016 unter Hinweis auf anhaltende starke Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 29). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie das vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten vom 14. Februar 2017 (act. II 75) ein. Gegen einen ersten leistungsablehnenden Vorbescheid (act. II 77) erhob der Versicherte Einwand (act. II 78, 82), woraufhin die IVB den Versicherten durch die C.\_\_\_\_\_ (MEDAS C.\_\_\_\_\_) polydisziplinär begutachten liess (Gutachten vom 6. November 2017; act. II 95.1 S. 2 ff.). Gegen den neuen, ebenfalls eine Leistungsablehnung ankündigenden, Vorbescheid vom 13. Dezember 2017 (act. II 96) erhob der Versicherte wiederum Einwand. Nach Beizug diverser medizinischer Unterlagen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 7. August 2019 (act. II 160) erneut die Verneinung des Leistungsanspruchs in Aussicht. Nach abermaligem Einwand des Versicherten (act. II 163) veranlasste die IVB eine neue Begutachtung durch die D.\_\_\_\_\_ (MEDAS D.\_\_\_\_\_; Gutachten vom 2. Juli 2020, inkl. Teilgutachten; act. II 190.1-5) und stellte dem Versicherten mit neuerlichem Vorbescheid vom 23. Juli 2020 (act. II 191) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 194, 197) und eingeholten Stellungnahmen der Gutachter der MEDAS D.\_\_\_\_\_ (act. II 203) verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. November 2020 (act. II 205) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

### **B.**

Mit Eingabe vom 29. Dezember 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 17. November 2020 sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad sei

auf mindestens 50 % festzusetzen. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt von neutralen und kompetenten Fachpersonen vollständig abzuklären.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. November 2020 (act. II 205). 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.**

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

**2.2** 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

sichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.3** 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.

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im bidisziplinären Gutachten der Dres. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 14. Februar 2017 (act. II 75

S. 3 ff.) zuhanden des Taggeldversicherers wurden als Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Erschöpfungssyndrom (2009 bis 2010; ICD-10 F48.0) und eine mittelgradige depressive Episode seit Mai 2016 (ICD-10 F32.1) aufgeführt. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien Arbeitsplatzprobleme (ICD-10 Z56), ein chronisches sich generalisierendes Schmerzsyndrom, ein Panvertebralsyndrom, eine diffuse idiopathische skelettale Hyperostose, ein Übergewicht mit BMI von 29.1 kg/m<sup>2</sup>, eine gestörte Gluconeogenese, ein Nikotinkonsum ca. 30 pack years und anamnestisch ein Reizmagensyndrom (S. 21). Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit spätestens dem Zeitpunkt dieser Begutachtung nicht mehr eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit seit Mai 2016 um 50 % eingeschränkt. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne für die bisher und auch für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt werden (act. II 75 S. 13 f.).

**3.1.2** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 6. November 2017 (act. II 95.1) diagnostizierten die Experten im interdisziplinären Konsens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0, F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit multilokulärem, unspezifischem Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9), ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik (ICD-10 M54.2) mit Status nach Mikrodiskektomie, bilateraler Foraminotomie und Spondylodese mit Peek-Cage am 21. Oktober 2015 (ICD-10 Z98.1) sowie aktuell unauffälligem Befund und beginnende degenerative Veränderungen der Hüfte beidseits (ICD-10 M16.0) mit positivem femoroazetabulärem Impingement Test. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2) und einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1; S. 29). In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten, psychisch bezüglich hoher Belastung anforderungsreichen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzunehmen sei.

In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg (ausnahmsweise 15 kg), ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Extremitäten oder des Kopfes, ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme, ohne Leitungsfunktion und ohne Verkaufsdruck bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement (S. 30). Diese Angaben zur Arbeitsfähigkeit seien seit Mai 2016 anzunehmen, nachdem die Arbeitsfähigkeit postoperativ seit Oktober 2015 bis April 2016 aufgehoben gewesen sei (S. 31).

**3.1.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Bericht des Spitals K.\_\_\_\_\_, Neurologie, vom 28. April 2020 (act. II 194 S. 33) invalidisierende Schmerzen der Füße und Hände beidseits, schubförmig auftretend, bei nachgewiesener Small-Fiber-Neuropathie und aggraviert im Rahmen einer komplexen chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit exzessiver Tagesmüdigkeit, multifaktoriell bedingt, unter CPAP-Therapie und eine Mikrodiskektomie HWK 5/6 mit Cage-Einlage 2015 (S. 33).

**3.1.4** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2020 (act. II 190.1) wurden interdisziplinär mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Belastungs- und Bewegungseinschränkung der beiden Hüftgelenke bei femoroacetabulärem CAM-Impingement (ICD-10 M24.85) mit einer beidseitigen Innenrotationseinschränkung von jeweils 20°, einer initialen rechtsseitigen Coxarthrose Grad Kellgren I sowie einer initialen linksseitigen Coxarthrose Grad Kellgren II und eine leichtgradige Small-Fiber-Neuropathie (ICD-10 G62.88) diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (ICD-10 F45.41), eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4), gegenwärtig remittiert unter antidepressiver Medikation, ein mittelgradiges Schlafapnoe-Syndrom (ED Juni 2018), erfolgreich therapiert, eine Adipositas (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>), ein Zustand nach Cholezystektomie 2013, ein Zustand nach Analfissur-OP 2013, ein belastungsabhängig vermehrtes cervicocephales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (ICD-10 M35.0),

gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag mit/bei Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance, beidseitiger Aussenrotationseinschränkung um 20°, Status nach am 21. Oktober 2015 erfolgter beidseitiger Foraminotomie auf Höhe C5/6 mit Einlage eines PEEK-Cages, ein belastungsabhängiges vermehrtes thorakolumbales Schmerzsyndrom ohne objektivierbares anatomisch-morphologisches Korrelat (ICD-10 R52.9) sowie ein cervicocephales und thorakolumbales Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf Beteiligung nervaler Strukturen bei Status nach beidseitiger Foraminotomie auf Höhe C5/6 mit Einlage eines PEEK-Cages am 21. Oktober 2015 (S. 7).

Aus internistischer Sicht hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, in der bisherigen Arbeitstätigkeit bestehe eine vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit; eine längerfristige Einschränkung habe nie bestanden (act II 190.2 S. 14 f. Ziff. 8).

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in orthopädischer Hinsicht aus, gemäss den klinischen und bildtechnischen Befunden sei der Beschwerdeführer in der biomechanischen Funktion seiner rechten Hüftgelenke limitiert. Es bestehe für eine behinderungsangepasste, überwiegend sitzende Tätigkeit, mit intermittierend gelegentlich wechselbelastender gehender und stehender Tätigkeit bezogen auf ein volles Pensum eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (act. II 190.3 S. 50), wobei qualitative Schonkriterien gewahrt werden müssten (keine Schwerst- und Schwerarbeiten, keine ständigen mittelschweren Arbeiten, kein Heben und Tragen von Lasten körperfern über 8 kg bzw. körpernah über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, keine repetitiven stereotypen Bewegungsabläufe, keine Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung, kein Gehen auf unebenem Gelände, kein Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, nicht mehr als gelegentliches Treppensteigen, keine Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken, nicht mehr als gelegentliche kniende Tätigkeiten, keine Tätigkeiten mit länger wählender Einnahme einer stehenden Körperposition, keine überwiegend kniend, stehend sowie im Hocksitz durchgeführte Tätigkeiten, keine Tätigkeiten im Freien, ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe auf regen- und eisglattem Untergrund sowie keine Tätigkeiten unter Zeitdruck und Akkordarbeit; act. II 190.3 S. 49 Ziff. 8).

Auf neurologischem Fachgebiet hielt Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, fest, aufgrund einer neurologischen Störung von Krankheitswert bestünden anhaltende handicapierende Fähigkeitsstörungen in Form von Schmerzen in den Händen und Füssen, die eine leichtgradige Rendement (-Einschränkung) bewirkten, welche wohlwollend mit 20 % in Bezug auf ein Vollpensum in angestammter und adaptierter Tätigkeit bewertet werde (act. II 190.4 S. 31 Ziff. 8).

In psychiatrischer Hinsicht führte Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aus, es könne kein anhaltender Gesundheitsschaden auf Basis psychiatrischer Störungsbilder von Krankheitswert beschrieben werden. Die chronische Schmerzstörung gewinne keinen eigenständigen Charakter einer psychiatrischen Störung von Krankheitswert (act. II 190.5 S. 32 Ziff. 7.4). Der Beschwerdeführer sei in der Lage seiner angestammten und in adaptierter Tätigkeit in einem 100 %-Pensum vollumfänglich nachzugehen. Zwischenzeitlich habe es aufgrund einer mittelgradig depressiven Störung vorübergehend zu einer 50 % Arbeitsfähigkeit kommen können. Die Depression begründe jedoch keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit und sei im hiesigen Untersuchungsunter antidepressiver Behandlung weitgehend remittiert (act. II 190.1 S. 12 Ziff. 4.8).

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass die Gesamt-Arbeitsfähigkeit nur aus neurologischer Sicht limitiert sei (act. II 190.1 S. 12 Ziff. 4.9).

**3.1.5** In der E-Mail des Spitals K. \_\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste, vom 4. September 2020 (act. II 194 S. 36) berichtete lic. phil. L. \_\_\_\_\_, Psychotherapeut FSP, dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, als Folge der massiven Schmerzbelastung sei der Leidensdruck aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht im Wesentlichen unverändert. Die anhaltend depressive Symptomatik – aktuell leicht bis mittelgradiger Ausprägung – zeige sich primär in der nach wie vor geringen psychischen Belastbarkeit und stehe insofern reaktiv im Kontext der multiplen chronischen Schmerzproblematik, als letztere für deren Bewältigung beträchtliche psychische Ressourcen binde, so dass der Beschwerdeführer im Bestreiten des Alltags auch psychisch übermässig gefordert sei. Die unsicheren wirtschaftlichen

Aussichten provozierten zudem Zukunftsängste, welche ihrerseits die depressive Symptomatik negativ beeinflussten.

**3.1.6** Nach Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 vom 1. September 2020 hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Bericht vom 10. September 2020 (act. II 197 S. 3) fest, von Seiten der Wirbelsäule gebe es vorderhand keinen operationsbedürftigen Befund. Mit Sicherheit sei die Arthrose der unteren beiden Bewegungssegmente ein Schmerzgenerator, der auch über die letzten Jahre eine gewisse Rolle gespielt habe; ob es wirklich das Hauptproblem sei, sei eher zu bezweifeln.

**3.1.7** Der Hausarzt Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte am 13. September 2020 gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, letzterer leide gemäss dessen Angaben und des neurologischen Berichts des Spitals K.\_\_\_\_\_ an einer unheilbaren Small-Fiber-Neuropathie mit invalidisierenden Schmerzen an Händen und Füssen beidseits trotz hochdosierter Analgesie. Zusätzlich klage er über ausgeprägte Rückenschmerzen mit intermittierenden Exazerbationen im Rahmen der Facettenarthrosen im Lendenwirbelbereich. Er leide immer noch an Tagesmüdigkeit trotz APAP-Therapie bei Schlafapnoe-Syndrom. Die depressive Symptomatik sei unter der antidepressiven Therapie nur minim besser geworden. Letztlich habe er auch zunehmende bewegungsabhängige rechtsbetonte Schmerzen in der Hüfte bei Coxarthrose. Ohne Hilfe der Angehörigen sei der Beschwerdeführer nicht im Stand, seine alltäglichen Aufgaben zu bewältigen (act. II 197 S. 4).

**3.1.8** Die Experten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ hielten in ihren Stellungnahmen vom 28. September bzw. 6. Oktober 2020 (act. II 203) an ihren bisherigen gutachterlichen Beurteilungen fest.

**3.1.9** In dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals K.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7) führten Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. L.\_\_\_\_\_ zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers aus, die zugrundeliegende Problematik (eine Kombination depressiver und psychosomatischer Anteile)

sei auf einem gewissen Niveau stabilisiert. Im Alltag blieben indes massive Einschränkungen des Funktionsniveaus, namentlich im Zusammenspiel mit der chronischen Schmerzproblematik. Das über Jahre laufende IV-Verfahren stelle neben der eigentlichen Leidenszeit eine enorme psychische Belastung dar. Da aus gesundheitlichen Gründen eine wie auch immer geartete Erwerbstätigkeit weder möglich noch zumutbar sei, wirkten sich die ökonomischen Folgen des Erwerbsausfalls verstärkend auf die depressive Symptomatik aus, namentlich Ängste (S. 1). Bei kritischer Betrachtung des psychiatrischen Gutachtens falle auf, dass bestimmte Punkte gar nicht erwähnt oder Befunde im Sinne einer Voreingenommenheit einseitig zulasten des Beschwerdeführers berücksichtigt worden seien (Aufmerksamkeit, Affektivität, soziale Kontakte, Antrieb, Persönlichkeit, Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens; S. 2-4). Die Einschätzung des Gutachters, wonach die depressive Störung remittiert sei, sei klinisch nachweislich nicht nachvollziehbar. Insgesamt fänden sich im Gutachten wiederholt deutliche Hinweise auf eine voreingenommene Beurteilung der tatsächlichen gesundheitlichen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Restarbeitsfähigkeit (S. 4).

**3.2** 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). 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). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung durch einen Arzt oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. August 2016, 9C\_276/2016, E. 3.1.1).

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 17. November 2020 (act. II 205) basiert in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2020 (act. II 190.1), inkl. Teilgutachten (act. II 190.2-5) und den Stellungnahmen vom 28. September bzw. 6. Oktober 2020 (act. II 203). Diese erfüllen die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Insbesondere basiert die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt der Expertise (inkl. Teilgutachten und Stellungnahmen) voller Beweiswert zu (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb darauf abzustellen ist. Demnach besteht aus neurologischer Sicht aufgrund einer Störung mit Krankheitswert (leichtgradige Small-Fiber-Neuropathie) und der daraus resultierenden Einschränkungen sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 % (act. II 190.4 S. 31 Ziff. 7.4). Aus internistischer, orthopädischer sowie psychiatrischer Sicht bestand bzw. besteht weder in der angestammten noch in einer adaptierten Tätig-

keit eine (länger dauernde) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 190.1 S. 11 f. Ziff. 4.7-4.9, 190.2 S. 14 f. Ziff. 8, 190.3 S. 53, 190.5 S. 32 f. Ziff. 7.4).

**3.3.1** Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 4 Ziff. III Art. 1) ist die Begutachtung lege artis erfolgt. Es besteht denn auch kein Anhaltspunkt in den Akten, dass die Begutachtung nicht regelkonform erfolgt ist.

Der psychiatrische Gutachter verneinte überzeugend das Bestehen eines verselbständigten Gesundheitsschadens (act. II 190.5 S. 32), während die abweichende Auffassung im Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_\_ vom 6. November 2017 (act. II 95.1 S. 16) den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS D.\_\_\_\_\_ nicht zu widerlegen vermag, da im Vorgutachten gar nicht auf die Frage des verselbständigten Gesundheitsschadens eingegangen wurde. Dies gilt ebenso für das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2017 (act. II 75 S. 8 f.), so ging denn auch der psychiatrische Gutachter auf die vom mitbegutachtenden Rheumatologen erwähnte Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den diskutierten objektiven Befunden nicht ein (act. II 75 S. 26 f., vgl. act. II 190.5 S. 24).

Nicht gegen die Zuverlässigkeit der Annahmen der Experten der MEDAS D.\_\_\_\_\_ sprechen die Berichte der Neurologie des Spitals K.\_\_\_\_\_ vom 28. April 2020 (act. II 194 S. 33) und des Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 10. September 2020 (act. II 197 S. 3), da darin kein Indiz enthalten ist, das im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung nicht berücksichtigt und gewürdigt worden wäre (vgl. SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1); im Übrigen wurde darin eine Polyneuropathie mit Affektion der grosskalibrigen Nervenfasern wie auch ein Morbus Fabry ausgeschlossen (act. II 194 S. 35) sowie die Arthrose der unteren Bewegungssegmente der LWS nicht als Hauptproblem beurteilt (act. II 197 S. 3). Die Berichte der Psychiatrischen Dienste des Spitals K.\_\_\_\_\_ vom 4. September 2020 (act. II 194 S. 36) und des Hausarztes Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 13. September 2020 (act. II 197 S. 4) enthalten keine eigene medizinische Einschätzung, sondern geben allein die Auffassung des Beschwerdeführers wieder, weshalb sie ebenfalls nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter der MEDAS D.\_\_\_\_\_ sprechen. Aber auch

der Bericht des Psychiatrischen Dienstes des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2020 (act. I 7) enthält kein Indiz, das die Schlussfolgerungen im Gutachten in Zweifel zu ziehen vermöchte: Vorab ist nicht ersichtlich, inwiefern das psychiatrische Teilgutachten (act. II 190.5) voreingenommen verfasst worden sein sollte (act. I 7 S. 2 oben). Soweit unter dem Punkt "Aufmerksamkeit" die vom Experten angegebene Untersuchungsdauer von gesamthaft gut 3.5 Stunden als unzutreffend gerügt wird (act. I 7 S. 2 oben), kann dem nicht gefolgt werden. Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ erläutert hinsichtlich der Abwicklung der Begutachtung, dass die psychiatrische Exploration und der neurologische Untersuch in Personalunion am 4. Juni 2020 mit Beginn um 12.00 Uhr und Ende um 14.50 Uhr sowie am 5. Juni 2020 von 12.00 Uhr bis 12.45 Uhr erfolgten (act. II 190.4 S. 3 und 190.5 S. 4 jeweils Ziff. 1.1), woraus sich die angegebene Dauer erklärt (act. II 190.5 S. 19); eine zeitlich ununterbrochene Untersuchung hält er nicht fest. Wenn der Beschwerdeführer am Ende der psychiatrischen Exploration emotional zusammengebrochen sein soll (act. I 7 S. 2), betrifft dies offensichtlich nicht die im Bericht des Psychiatrischen Dienstes angesprochene Aufmerksamkeit. Unter den Punkten "Affektivität", "soziale Kontakte" und "Antrieb" beschreibt der behandelnde Psychologe letztlich allein einen Rückzug (act. I 7 S. 2); da die vom Gutachter erwähnten Kontakte (act. II 190.5 S. 10) bestehen, ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Einschätzung des Experten wegen des Umfangs der Kontakte nicht korrekt sein sollte. Im Übrigen gab der Beschwerdeführer bereits anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Februar 2017 an, dass er sozial immer etwas zurückgezogen gewesen sei (act. II 75 S. 7 oben). Betreffend "Antrieb" ist festzuhalten, dass gemäss dem Psychologen der Beschwerdeführer immerhin selbst eine Arbeitsmarktliche Massnahme (AMM) initiierte (act. I 7 S. 3; act. II 99 S. 19 f.). Ebenso wird im Bericht des Psychiatrischen Dienstes nicht ausgeführt (act. I 7 S. 3), weshalb die Ich-Strukturen wegen der Leidensgeschichte anders beurteilt werden müssten, als dies der Experte getan hat (act. II 190.5 S. 19 unten Ziff. 4.3). Aktenwidrig ist die Bemerkung der Behandler des Psychiatrischen Dienstes, dass für das Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens keine Belege angeführt würden (act. I 7 S. 3); der Gutachter verweist diesbezüglich auf das Gutachten des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 14. Februar 2017. Bereits dieser Gutachter beurteilte die geschilderten Beschwerden bezüglich

Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar und regte deshalb die Diskussion über u.a. ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens an; allerdings äusserten sich weder er selbst noch der mitbegutachtende Dr. med. E. \_\_\_\_\_ damals weiter zu dieser Frage (act. II 75 S. 26 unten bzw. 190.5 S. 24). Die Ausführungen des Psychiatrischen Dienstes über die Eingliederung erschöpfen sich in der Wiedergabe des vom Beschwerdeführer Geleisteten (act. I 7 S. 3 f.). Auch der Bericht über die AMM vom 22. September 2017 (act. II 99 S. 19 f.) vermag keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken. Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit ist (vorbehältlich der Berücksichtigung rechtlicher Gesichtspunkte) vorrangig auf die Angaben der Ärzte bzw. Gutachter abzustellen, nicht diejenigen der beruflichen Eingliederungsfachleute (vgl. Entscheid des BGer vom 8. Januar 2019, 8C\_334/2018, E. 4.2.1); mit dem besagten Bericht liegt denn auch keine medizinische Einschätzung vor und auch kein Indiz, das die Annahmen der Gutachter in Zweifel ziehen könnte. Sodann ist erstellt, dass der psychiatrische Experte der MEDAS D. \_\_\_\_\_ die Symptome einer eigenständigen Depression (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.) nicht feststellen konnte (act. II 190.5 S. 18 ff. bzw. S. 27); die diesbezüglichen Ausführungen im Bericht des Psychiatrischen Dienstes erläutern nicht, inwiefern der Experte den Befund falsch erhoben bzw. gewürdigt haben sollte (act. I 7 S. 4).

**3.3.2** Auch der umfangreiche Bericht des Beschwerdeführers darüber, wie er die Begutachtung erlebt hat (act. II 194 S. 13 ff.), lässt die Einschätzung der Experten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ nicht als unzutreffend erscheinen: Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer medizinische Würdigungen vornimmt, sein eigenes Empfinden darstellt und suggeriert, der Experte suggeriere seinerseits, stellt er nicht in Abrede, dass er sich vor der Exploration mit einer medizinischen Praxisangestellten unterhalten habe (act. II 194 S. 26), so dass sein gänzlich anderes Verhalten während der Untersuchung auffällig wirken musste (act. II 190.5 S. 16); es gehört zu den Pflichten eines Gutachters, solche Inkonsistenzen aufzuzeigen und zu bewerten. Indem er seine Pflichten erfüllt, liegt keine Einseitigkeit des Gutach-

ters vor, wie in der Beschwerde behauptet wird (S. 3 und 6). Die weiteren Fehler und Unzulänglichkeiten, wie z.B. die falsche Angabe des Wohnorts oder die unzutreffende Kopfzeile in der Stellungnahme (Beschwerde S. 3 unten und S. 4), haben offensichtlich keinen Einfluss auf die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit und aus den Antworten geht eindeutig hervor, dass der Beschwerdeführer und nicht eine andere Person gemeint ist. Was der Beschwerdeführer mit dem Hinweis auf die ... Staatsangehörigkeit des psychiatrischen und neurologischen Experten aussagen will (Beschwerde S. 3 unten), lässt sich nicht nachvollziehen. Die in der Beschwerde (S. 4 ff.) wiederholten Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen offensichtlich die Einschätzung der Experten nicht in Zweifel zu ziehen; es besteht denn auch nicht der geringste Anhaltspunkt, dass die Gutachter dem Beschwerdeführer Aussagen "angedichtet" hätten, wie in der Beschwerde (S. 5 oben) behauptet und in der Sache nochmals aufgegriffen wird (Beschwerde S. 7 unten), insbesondere ist der neurologische Experte nicht von einer regen Reisetätigkeit ausgegangen (wie in der Beschwerde S. 6 suggeriert wird; act. II 190.4 S. 13).

**3.3.3** Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem (Eventual-)Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2.) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Damit ist eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % bzw. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit erstellt (act. II 190.1 S. 11 f.). Eine darüber hinausgehende länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist demgegenüber (ab dem spätesten Beginn des Wartjahres [vgl. E. 3.4 hiernach]) – abgesehen von der Zeit Oktober 2015 bis April 2016, als die Arbeitsfähigkeit noch operativ bedingt aufgehoben gewesen war (act. II 95.1 S. 31 Ziff. 6.3) – nicht erstellt. So gingen die Gutachter der MEDAS C. \_\_\_\_\_ hinsichtlich ihrer Angaben zur Arbeitsfähigkeit denn auch bereits ab Mai 2016 von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand aus (act. II 95.1 S. 31) und der psychiatrische Gutachter der MEDAS D. \_\_\_\_\_ hielt sein Fachgebiet betreffend explizit fest, im Vergleich zum Gutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 6. November 2017 stelle sich gesamthaft zumindest ein als unverändert zu

beurteilender Gesundheitszustand dar (act. II 190.5 S. 33 Ziff. 7.4). Schliesslich geht auch der behandelnde Psychologe im September 2020 von einem unveränderten Leidensdruck (act. II 194 S. 36) bzw. im Dezember 2020 von einer stabilisierten Problematik aus (act. I 7 S. 1), so dass auch seit der Begutachtung keine wesentliche Änderung erstellt ist.

**3.4** Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug vom Juni 2016 (act. II 29) und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Dezember 2016, womit das Wartejahr spätestens im Dezember 2015 hätte zu laufen beginnen müssen. Ob während des Wartejahrs eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestanden hat, kann letztlich offen bleiben. Auch wenn das Wartejahr erfüllt wäre, resultierte bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in angestammter Tätigkeit (vgl. E. 3.3 hiervor) mit Sicherheit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % (vgl. E. 2.3. hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich dergestalt vorgenommen, als sie das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohns der LSE ermittelt hat (act. II 205 S. 1 f.). Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die bisherige Tätigkeit zugleich eine adaptierte Tätigkeit darstellt (vgl. E. 3.3.3 hiervor), das Arbeitsverhältnis mit der P. \_\_\_\_\_ AG aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst wurde (act. II 60 S. 2 Ziff. 2.2) und der Beschwerdeführer die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.3.3 hiervor) nicht verwertet, nicht zu beanstanden. Es resultiert damit ein Invaliditätsgrad von 20 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 20 %; vgl. E. 3.3.3 hiervor) unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (hier 0 %; die gesundheitlichen Einschränkungen fliessen bereits in der Arbeitsfähigkeit ein und die invaliditätsfremden Gesichtspunkte wären ohnehin bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen; vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

**3.5** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 17. November 2020 (act. II 205) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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.

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 in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Verfahrensausgang 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):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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