

200 22 184 IV
KOJ/LUB/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. August 2022

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Februar 2022



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2017 unter Hinweis auf eine Bypass-Operation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS (MEDAS; Gutachten vom 21. Januar 2019; act. II 93.1-93.9). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 112, 113) verneinte die IVB mit Verfügung vom 26. September 2019 einen Anspruch auf eine Rente (act. II 115). Auf Beschwerde hin (act. II 121 S. 3 ff.) hob die IVB die angefochtene Verfügung *lite pendente* wiedererwägungsweise auf und stellte weitere Abklärungen in Aussicht (Verlaufsbegutachtung; act. II 126 f.), worauf das betreffende Beschwerdeverfahren mit Prozessurteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 18. Dezember 2019, IV/2019/807 (act. II 130), vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wurde.

Mit Zwischenverfügung vom 16. April 2020 (act. II 142) ordnete die IVB eine Verlaufsbegutachtung durch die MEDAS an. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 143 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit (unangefochten gebliebenem) Urteil vom 3. Juli 2020, IV/2020/304 (act. II 148), ab.

Nachdem das Verlaufsgutachten der MEDAS am 13. Dezember 2021 erstattet worden war (act. II 194.1), kündigte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Januar 2022 (act. II 198) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 7 % wiederum die Verneinung eines Rentenanspruchs an. Nach erhobenem Einwand (act. II 200) verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. Februar 2022 (act. II 202) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 22. März 2022 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde erhoben und folgende Rechtsbehörden gestellt:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Februar 2022 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab April 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Februar 2022 aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein neues polydisziplinäres Gutachten einholt und hernach über den Rentenanspruch neu entscheidet.
3. Subeventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. Februar 2022 aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein psychiatrisches Obergutachten unter Wahrung der Mitwirkungsrechte einholt und hernach über den Rentenanspruch neu entscheidet.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Beschwerdeantwort vom 26. April 2022 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

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 23. Februar 2022 (act. II 202). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV.

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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2022 (act. II 202), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühest mögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung

von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss aArt. 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.5 Um den IV-Grad 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2022 (act. II 202) basiert in medizinischer Hinsicht auf den polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 21. Januar 2019 (act. II 93.1-93.9) und 13. Dezember 2021 (Verlaufsgutachten; act. II 194.1-194.10).

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 21. Januar 2019 (act. II 93.1-93.9) stellen die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) die folgenden Diagnosen (act. II 93.1 S. 8 f. Ziff. 4.2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. aber auch E. 3.5 hiernach):

- Reizlos einliegende Kniegelenkstotalprothese rechts mit korrekter femoropatellärer Zentrierung bei retropatellärem Oberflächenersatz am 22. Juni 2018
 - nach einer posttraumatischen fortgeschrittenen Pangoarthrose rechts mit ausgedehntem Meniskusriss im Innenmeniskus sowie massivem Substanzverlust des Aussenmeniskus
- Deutliche Muskelminderung des rechten Beines sowie nachfolgende Funktionseinschränkung im rechten Kniegelenk
- Lumbovertebrales Syndrom mit möglicher Lumboradikulopathie S1 rechts (neurologisch aber ohne Hinweis für manifeste radikuläre Reiz- oder Defizite [richtig wohl: Reiz- oder Defizitsymptomatik])
 - bei Segmentdegeneration L5/S1 mit breitbasiger Diskusprotrusion L5/S1 und rezessaler Beeinträchtigung der S1-Nervenwurzel rechts mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen
- Koronare Dreifässerkrankung
 - Juli 2002 mit subakutem posteriorem Myokardinfarkt
 - PTCA/Stenting subtotale proximale RCX-Stenose, PTCA/Stenting bei 50 %iger proximaler RIVA-Stenose. Normale systolische linksventrikuläre Funktion mit posterolateraler Hypokinesie
 - Oktober 2009 unauffällige Fahrradergometrie
 - STEMI April 2017 mit Notfall-ACB LIMA/RIMA, Vene/CX, Vene/RIVPO/RPLD im Rahmen eines subakuten STEMI bei beginnendem

- Verschluss CX/Hauptstammverschluss bei schwerer koronarer Dreigefässerkrankung mit proximalen Verschlüssen am RIVA u. der Instent-RCX, signifikante RCA-Stenose, hochgradige PLA-Stenosen. LV-EF 50 %
- Postoperativ Blutungsanämie April 2017, beidseitige blutig-seriöse Pleuraergüsse und postoperative Fussheberschwäche rechts bei operativer Peroneus-Druck-Parese

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie folgende Diagnosen:

- Funktionseinschränkung des rechten Handgelenkes nach fraglicher alter Handgelenksverletzung mit relativ guter Kompensation
- Dorsaler und plantarer Fersensporn rechts
- Fehllhaltung der Wirbelsäule bei einem teilfixierten Rundrücken mit muskulärer Dysbalance
- Episodischer Spannungskopfschmerz
- St.n. perioperativer Druckparese des N. peroneus rechts (April 2017), elektrophysiologisch vollständige Normalisierung November 2017
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Bluthochdruck, Nikotinkonsum (ca. 40-50 py), Dyslipidämie
- St.n. Alkoholabusus, Stopp seit April 2017
- Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73)
- Dysthymia (ICD-10 F34.1)
- ICD-10 F59, nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (inkl. psychogene körperliche Funktionsstörung o.n.A.)
- DD ist damit auch die Diagnose ICD-10 F68.0, teilweise ICD-10 F68.1 zu erwägen (Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, artifizielle Störung) (z.B. Nicht-authentische Präsentation kognitiver Minderleistungen)

Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg in temperierten Räumen, in rügensschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen oder Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 10 (-15) kg, einseitige Steh- und Gehbelastungen, Gehen auf unebenem Gelände, Steigen auf Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen, Arbeiten mit gebückter Haltung, ausserhalb des Körperlotes sowie Erschütterungen und Vibrationen sowie spezielle Rotationsbewegungen und Kälte-, Nässe- und Zugluftexpositionen (act. II 93.1 S. 9, 93.5 S. 16 f.).

Aus internistischer Sicht sollten Arbeiten eher sogar nur auf 10 kg Gewicht limitiert werden und seien auch eher sitzende Arbeiten sinnvoll. Auch sollten Arbeiten mit überdurchschnittlichem Zeitdruck, Arbeitsstress, taktgebundene Arbeit, Akkordarbeit, Arbeiten mit Wärme- und Kälteexposition, Arbeiten unter verstärkter Lärmexposition, Nacharbeit, Schichtarbeit sowie häufig wechselnde Arbeitszeiten eher vermieden werden (act. II 93.1 S. 9, 93.6 S. 17 f.).

Aus neurologischer Sicht seien keine zusätzlichen Einschränkungen zu berücksichtigen (act. II 93.1 S. 10, 93.4 S. 14 f.).

Aus psychiatrischer Sicht seien angesichts der narzisstischen Persönlichkeitszüge ein wertschätzendes Arbeitsumfeld und eher flache Hierarchien zu favorisieren. Die Notwendigkeit für ein geschütztes Umfeld könne hingegen nicht nachvollzogen werden. Der Beschwerdeführer verfüge über genügend gute persönliche Ressourcen, jedoch ziel- und motivationsabhängig. Es lägen keine psychiatrischen schwerwiegenden Störungen vor, welche der Überwindung der inneren Zielkonflikte entgegenstünden (act. II 93.1 S. 10, 93.3 S. 16 ff.).

Aus kardiologischer Sicht bestehe bei bekannter KHK (koronare Herzkrankheit) mit Status nach zweimaligem Infarkt und Status nach 4-fach-ACB-Operation (aortokoronare Koronarbypassoperation) ein stabiler Befund ohne Hinweise auf eine Progredienz der KHK. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei durch die Schmerzen im rechten Knie eingeschränkt. Aufgrund der Untersuchung sei der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht normal arbeitsfähig (act. II 93.7 S. 2).

Aus interdisziplinärer Sicht führten die Gutachter aus, die bisherige Tätigkeit (als ... bei der C._____ AG), als überwiegend stehende Tätigkeit, dürfte vermutlich eher nicht mehr geeignet sein, vorrangig aus orthopädischen (Knie-TEP [Totalendoprothese]), teilweise aber auch aus kardial-internistischen Gründen (allgemeine Belastbarkeit); dies gelte seit April 2017 (ACB-OP), zuletzt wegen TEP Juni 2018 (act. II 93.1 S. 11 Ziff. 4.7). Eine leidensangepasste Tätigkeit sei hingegen ganztägig zumutbar. Allenfalls könne aus internistischen Gründen anfangs ein leicht erhöhter Pausenbedarf zuerkannt werden um 10 %, unter Behandlung im Verlauf aber weiter besserungsfähig (act. II 93.1 S. 11 Ziff. 4.8).

3.1.2 Im Verlaufsgutachten der MEDAS vom 13. Dezember 2021 (act. II 194.1-194.10) stellten die Experten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) die folgenden Diagnosen (act. II 194.1 S. 8 f. Ziff. 4.2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- St.n. Kniegelenksprothese rechts Juni 2018 (gutes klinisches Resultat)
- Statische Fussbeschwerden beiderseits bei Knick-Senkfuss

bei osteochondraler Läsion des zentralen Tibio-Plafond mit subchondraler Zystenbildung (April 2020)

- Leichte kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neuge-dächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei:
 - o Multifaktorieller Ätiologie

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie folgende Diagnosen:

- Dysthymie (ICD-10 F34.1; Ausschluss einer posttraumatischen Belastungsstörung)
- Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73)
- Prolongierte Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10 F43.2),
- ICD-10 F59, nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (inkl. psychogene körperliche Funktionsstörung o.n.A.) und ICD-10 Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (u.a. unbefriedigende Arbeitstätigkeit, Finanzen, Ehekonflikt)
- Leichte kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neuge-dächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei:
 - Multifaktorieller Ätiologie
- mit Sicherheit bestehen auch eine überhöhte oder ausgeweitete Beschwerdeschilderung (sowohl im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung als auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nachweisbar)
- Geringe Arthrose in Daumengrundgelenk und Daumensattelgelenk rechts ohne ossäre Läsion (Februar 2020)
- Hohlrundrücken, beginnende degenerative Veränderungen
- Allgemein mangelnder Trainingszustand; Muskuläre Dysbalance als Folge des Trainingsmangels
- St.n. Notfall-ACB 26. April 2017
 - LIMA/RIMA, Vene/CX, Vene/RIVPO/RPLD
 - bei beginnendem Hauptstammverschluss
- Aktuell gutachterlich-kardiologisch keine Hinweise auf eine Progression der KHK Die beklagten thorakalen Beschwerden sind a.e. als nicht-kardial zu beurteilen.
- Primäre Polydipsie
 - April 2020 Ausschluss Diabetes insipidus
- St.n. kurzdauernder Niereninsuffizienz
 - 27. April 2020: Creatinin 114 µmol/L
 - 2. Mai 2020: Creatinin 75 µmol/L
- Nikotinabusus, fortgesetzt
- Normalgewicht (BMI 24.5)
- Kopfschmerzen allenfalls im Sinne eines episodischen Spannungskopfschmerzes mit wahrscheinlich leichtgradiger Myoarthropathie rechter Kieferbereich
- Leichtgradige zerebrale Mikroangiopathie Fazekas °I (gemäss MRI 11. Juni 2018)
- Geringgradiges HWS-Syndrom, ohne radikuläre Reiz- oder gar Defizitsymptomatik Aktenanamnestisch Lumbalgie ohne Hinweis für radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik
- St.n. Druckschädigung N. peroneus (April 2017), komplett restituiert (November 2017)
- Anamnestisch wahrscheinliche leichte Restless-legs-Symptomatik, wahrscheinlich pharmakogen getriggert unter Mirtazapin/Quetiapin

Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, leichte Tätigkeiten auszuführen, ohne gebückte Zwangshaltung und ohne Heben von Lasten über 5 kg. Repetitives Heben von 10 kg sei nicht zuträglich, aus diesem Grund sei er in der angestammten Tätigkeit eher nicht mehr einsetzbar, jedoch in jeder anderen Verweistätigkeit, die diesen Kriterien entspreche. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich ge-

genüber dem Vorgutachten lediglich geringradig verändert (act. II 194.1 S. 9, 194.8 S. 9 f.).

Aus neurologischer Sicht könnten keine zusätzlichen Einschränkungen plausibel belegt werden. Im Vergleich zum Vorgutachten ergäben sich keine relevanten Veränderungen (act. II 194.1 S. 9, 194.3 S. 10).

Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen; die Ressourcen seien nicht beeinträchtigt. Die Schilderung thorakaler Beschwerden lasse rein anamnestisch eine internistische Genese praktisch sicher ausschliessen. Als primäre Polydipsie werde ein gesteigerter Flüssigkeitskonsum bezeichnet, dem keine Grunderkrankung zugrunde liege. Es handle sich um ein Factitia-Phänomen. Beeinträchtigungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergäben sich daraus keine. Die (volle) Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei seit dem Vorgutachten unverändert (act. II 194.1 S. 9 f., 194.4 S. 10 f.).

Aus kardiologischer Sicht bestehe eine bekannte Dreigefässerkrankung und ein Status nach ACB-OP, im Rahmen des Teilgutachtens kardiopulmonal kompensiert. Im Alltag bestünden linkspektorale stechende Schmerzen, die sowohl in Ruhe als auch bei körperlicher Anstrengung aufträten. Echokardiographisch zeige sich von transthorakal eine normale biventrikuläre Funktion, relevante Klappenvitien bestünden nicht, der pulmonale Druck sei normal. Bei der Fahrradergometrie könne eine leicht eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit objektiviert werden, ohne Hinweis auf eine relevante Myokardischämie. Zusammenfassend bestünden aufgrund der Anamnese und der aktuell erhobenen Untersuchungsbefunde keine Hinweise auf eine Progression der KHK. Die beklagten thorakalen Beschwerden seien a.e. als nicht kardial zu beurteilen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht gegeben (act. II 194.1 S. 10, 194.6 S. 3).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, der sich selbst für psychisch schwer krank und belastet halte, und einer Aussenbetrachtung, die bei ihm allenfalls leichte, mit ausreichender Willensanstrengung überwindbare psychische Beschwerden erkenne. Diese Diskrepanz resultiere aus

der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers, die eine narzisstische Akzentuierung zeige. Ausgelöst worden sei die narzisstische Kränkung durch die Nichtanerkennung dessen Fähigkeiten. Der Beschwerdeführer habe trotz akademischer Ausbildung körperlich schwere Tätigkeiten in der Schweiz verrichten müssen. Dies könne er nun unter Rückgriff auf die vermeintlich schweren Krankheitssymptome vermeiden. Weiterhin würden die psychischen Einschränkungen durch eine chronische Ehekrise unterhalten. Die festgestellten Beschwerden erreichten jedoch kein Ausmass, das zu einer tatsächlichen beruflichen Leistungseinschränkung führen würde. Der Beschwerdeführer wäre nach Wiedereingliederung in der Lage, einer Beschäftigung mit 100 % Arbeitsfähigkeit nachzugehen. Hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit habe sich die Situation seit dem Vorgutachten nicht erheblich verändert (act. II 194.1 S. 10, 194.5 S. 25 ff.).

Aus neuropsychologischer Sicht liessen sich multifaktorielle leichte kognitive Minderleistungen, aber auch deutliche Beschwerdeübertreibungen nachweisen. In der bisherigen Tätigkeit sei aufgrund der leichten kognitiven Einschränkungen mit gleichzeitig guten intellektuellen Ressourcen vor allem die Arbeitsquantität vermindert. Die Einarbeitungszeiten seien etwas verlängert. Die Leistungseinschränkung sei mit 15 % zu beziffern; es resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 85 % (act. II 194.7 S. 10 Ziff. 8). In einer etwas angepassten Tätigkeit (etwas verlängerte Einarbeitungszeiten, weniger Zeitdruck) seien keine Leistungseinschränkungen zu begründen. Für die Dauer von 2 h und 50 min hätten sich keine Einschränkungen der zeitlichen Belastbarkeit gefunden. Daraus resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Es bestünden keine Hinweise darauf, dass sich die kognitiven Leistungen nach dem Gutachten vom 21. Januar 2019 klar verschlechtert hätten (act. II 194.1 S. 10 f., 194.7 S. 10).

Aus interdisziplinärer Sicht könne die frühere Tätigkeit bei der Firma C._____ AG als überwiegend stehende Tätigkeit aufgrund der orthopädischen Diagnosen nicht mehr empfohlen werden. Dies gelte auch seit dem Vorgutachten (S. 11 Ziff. 4.7). Eine leidensangepasste Tätigkeit wäre jedoch medizinisch-theoretisch ganztätig mit lediglich leichter Leistungsminderung um 10 % durchführbar (immerhin stelle 10 % Leistungsminderung eine zusätzliche Möglichkeit zur Pausengestaltung von gut einer dreiviertel

Stunde am Tag dar, zusätzlich zu den arbeitsüblichen Pausen; S. 11 Ziff. 4.8). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 21. Januar 2019 bzw. der Untersuchung vom 13. November 2018 nicht erheblich verändert. Die im Vorgutachten attestierte versicherungsmedizinische Bewertung sei weiterhin gültig (S. 12 Ziff. 4.10).

3.2 In der Stellungnahme zum IV-Gutachten vom 1. Februar 2022 (act. II 200 S. 5-8) zuhanden des Beschwerdeführers hielt die behandelnde Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, es sei so, dass in etwa 7 % der Fälle eine klassische PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) mit einer Verzögerung von mehreren Jahren oder Jahrzehnten auftreten könne, z.B. nach kritischen Lebensereignissen oder wichtigen Veränderungen. Ein solches Ereignis habe der Beschwerdeführer bei seinem Herzinfarkt erlebt. Es sei nicht ungewöhnlich, dass Patienten ihre Symptome wie Alpträume, Intrusionen, Flashbacks usw. erst bei Nachfragen berichteten (S. 5). Ausserdem habe sie immer wieder ein Ruminieren beobachtet. Der Beschwerdeführer vermeide recht oft Orte, Menschen und Situationen, wo er mit den alten Gefühlen und der Traumasituation konfrontiert werden könnte. Hyperarousal zeige sich bei ihm nicht durch Schreckhaftigkeit und Nervosität, sondern in erhöhter Reizbarkeit, Wutausbrüchen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, selbstzerstörerischem Verhalten und Konzentrationsschwierigkeiten. Aus all diesen Gründen scheine eine PTBS vorzuliegen. Eine Depression sei eine recht häufige Traumafolgestörung und könne mit den Symptomen der PTBS zusammen auftreten, also auch Jahre nach dem traumatischen Ereignis. Der Beschwerdeführer zeige in der Praxis deutliche depressive Symptome. Einige, die nur anamnestisch erhebbbar seien, würden auch glaubhaft berichtet (S. 6). Er zeige in der ganzen Behandlungszeit durchgehend eine depressive, gedrückte Stimmung, die manchmal mehr und manchmal weniger ausgeprägt sei. Er schildere Interessenverlust und Freudlosigkeit und habe seit 2017 kaum mehr eine seiner früheren Aktivitäten, die ihn interessiert und gefreut hätten, gemacht. Die Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit zeige sich in seinem Alltag. Er äussere immer wieder Schuldgefühle, habe oft ein vermindertes Selbstwertgefühl, negative Zukunftsperspektiven, Schlafstörung und verminderten Appetit. Im Gutachten werde mehrmals

erwähnt, dass der Beschwerdeführer anlässlich einer Hospitalisation einerseits sehr depressiv im Gang sitzend beobachtet worden sei, andererseits dann aber im Kontakt mit Mitpatienten plötzlich sehr lebendig und euthym gewirkt habe. Vielleicht habe er damals nicht nur an einer mittel bis schweren depressiven Verstimmung gelitten, sondern sich zusätzlich in einem Zustand von Hypoarousal befunden, der oft sehr schwer von sehr schweren depressiven Zuständen zu unterscheiden sei. Letzte Woche habe der Beschwerdeführer auf der Hamilton Depressionsskala einen Wert von 28 Punkten erreicht, was einer mittelschweren Depression entspreche. Mit einer Dysthymie könnte er seinen Haushalt erledigen und auch länger als drei Stunden ohne Erschöpfung einer Arbeit nachgehen. Dass dies in den letzten drei Jahren nie möglich gewesen sei, spreche für eine mittelschwere bis manchmal gar schwere depressive Phase (S. 7). Sie habe kaum erlebt, dass ein Patient von sich aus über Stimmen hören berichte. Meistens werde dieses Symptom erst nach ein- oder mehrmaligem Explorieren bestätigt. Es bestehe eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von maximal 30-40 % (S. 8).

3.3 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 aufgrund 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 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 Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4 Die polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 21. Januar 2019 (act. II 93.1-93.9) und 13. Dezember 2021 (act. II 194.1-194.10) – basierend auf einer orthopädischen, internistischen, neurologischen, psychiatrischen, kardiologischen und anlässlich der Verlaufsbeurteilung zusätzlich einer neuropsychologischen Untersuchung (act. II 93.3-93.7, 194.3-194.8) – erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilungen des Gesundheitszustandes erfolgten unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruhen auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilungen (vgl. act. II 93.1, 194.1). Demnach ist dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als ... insbesondere aus orthopädischen Gründen nicht mehr zumutbar, hingegen besteht in einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 10 % (act. II 93.1 und 194.1 jeweils S. 11 Ziff. 4.7 f.). Des Weiteren ist gestützt auf das Verlaufsgutachten evident, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der ersten Begutachtung durch die MEDAS nicht wesentlich verändert haben (act. II 194.1 S. 12). Auf die beiden Gutachten ist abzustellen. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert der polydisziplinären Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen:

3.4.1 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine völlig unbegründete und unhaltbar lange Erstellungsdauer des Verlaufsgutachtens vom 13. Dezember 2021 geltend (Beschwerde S. 7 Ziff. 4).

Es trifft zwar zu, dass die Erstellung des Verlaufsgutachtens seit der Gutachtensvergabe Anfang August 2020 (act. II 149) längere Zeit (gut 16 Monate) in Anspruch genommen hat (vgl. auch act. II 194.1 S. 1). Inwiefern damit jedoch eine (krasse) Verletzung des Anspruchs auf ein faires Verfahren gemäss Art. 6 Ziff. 1 EMRK einhergegangen sein soll, ist nicht ersichtlich. Anhaltspunkte, dass die Experten die Konsensbeurteilung aufgrund der längeren Erstellungsdauer nicht lege artis vorgenommen hätten, bestehen nicht. Aus der Konsensbeurteilung geht eindeutig und nachvollziehbar hervor, dass der Beschwerdeführer umfassend in sämtlichen hier relevanten Fachdisziplinen begutachtet wurde und die Experten ihre Sichtweise in die Gesamtbeurteilung einbrachten bzw. die einzelnen Disziplinen in diese einflossen, wobei einzig aus orthopädischer Sicht eine massgebende Leistungsminderung begründet ist (vgl. act. II 194.1 S. 9 f. Ziff. 4.3). Dies korreliert auch mit den Einschätzungen in den einzelnen Teilgutachten (act. II 194.3 S. 10, 194.4 S. 10 f., 194.5 S. 25 ff., 194.6 S. 3, 194.7 S. 10, 194.8 S. 9 f.). Zudem hielten die Experten explizit fest, dass sich in der Gesamtschau im Vergleich zum Vorgutachten weiterhin erhebliche Inkonsistenzen ergeben haben, insbesondere mit Hinweisen der negativen Antwort als auch Leistungsverzerrung (vgl. auch E. 3.4.3 hiernach). Insbesondere könne unverändert zu den Ausführungen im Vorgutachten weiterhin keine arbeitsrelevante psychische Störung objektiviert werden, sondern es seien die psychosozialen Aspekte und subjektiv unbefriedigenden und unerfüllten persönlichen Erwartungen wesentliche Grundlage für das übersteigert gezeigte Beschwerdebild und negative Leistungsverhalten auf dem Boden der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur und Dysthymie (act. II 194.1 S. 8). In materieller Hinsicht beanstandet der Beschwerdeführer denn auch einzig die gutachterlich-psychiatrische Einschätzung bzw. das psychiatrische (Teil-)Gutachten vom 1. August 2021 (act. II 194.5.5; Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 5; vgl. E. 3.4.1 hiernach). Die etwas längere Zeitspanne zwischen den ersten drei gutachterlichen Untersuchungen im Februar 2021 (die weiteren erfolgten im März, Mai und Juli 2021) und der Erstellung der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) vom 13. Dezember 2021

(act. II 194.1 S. 1 f.) vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Die Experten verfügen regelmäßig über (schriftliche) Aufzeichnungen der Begutachtung bzw. ihr erstelltes Teilgutachten und sind sich aufgrund ihrer Tätigkeit gewohnt, auch mit einem etwas grösseren zeitlichen Abstand zur Untersuchung eine Konsensdiskussion zu führen. Ausserdem sind Gutachter auch berechtigt, Verlaufsgutachten zu erstellen, wobei sie etwaige Veränderungen/Entwicklungen seit der Vorbegutachtung, die oft schon eine deutlich längere als die hier zur Diskussion stehende Zeit zurückliegt, aufzuzeigen haben. Ebenso wenig ist ersichtlich, was sich vorliegend hinsichtlich Qualität und Aussagekraft der Expertise änderte, wenn die Erstellungsdauer kürzer ausgefallen wäre. Die Rechtsprechung hat es denn auch abgelehnt, eine Art "Verfallsdatum" für ein Gutachten zu definieren. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2021, 9C_146/2021, E. 3.2). Eine zwischenzeitlich eingetretene gesundheitliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ist aktenmässig nicht ausgewiesen und eine solche wird auch nicht geltend gemacht. Dass es bei der beauftragten Gutachterstelle, wie von der Beschwerdegegnerin erwähnt (act. II 202 S. 1; Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6), wegen einer Erkrankung einer Expertin zu einer Verzögerung kam, ist plausibel; unerheblich ist, dass die Expertin noch im Medizinalberuferegister figuriert.

3.4.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. August 2021 (act. II 194.5) sei weder schlüssig noch nachvollziehbar; es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den Feststellungen im psychiatrischen Gutachten und den Berichten der behandelnden Psychiaterin und den Berichten über die diversen stationären Aufenthalte der letzten Jahre (Beschwerde S. 9 Ziff. 5).

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. E. _____ vom 1. August 2021 sowie in der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung des MEDAS-Gutachtens vom 13. Dezember 2021 wurden die davor erstellten und vom Beschwerdeführer angerufenen Berichte zusammenfassend wieder-

gegeben (act. II 194.5 S. 2-9, act. II 194.2). Die darin gestellten Diagnosen und attestierten Arbeitsunfähigkeiten waren dem psychiatrischen Experten somit bekannt. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2022, 8C_134/2022, E. 5.1). Dr. med. E. _____ legt nachvollziehbar und überzeugend dar, dass als objektiv belegbare psychische Erkrankung eine Dys-thymie (ICD-10 F34.1) als Ausdruck einer chronifizierten leichten depressiven Symptomatik, sowie eine prolongierte resp. rezidivierende Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) diagnostiziert werden können, letztere auch auf dem Boden der narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73) mit erschwerter Umstellungs- und Adaptionfähigkeit. Bei langjährig schon subjektiv unbefriedigender Arbeitssituation mit unerfüllten persönlichen Rollenerwartungen sei es im Rahmen des Auftretens der somatischen Erkrankungen, so zunächst bei Myokardinfarkt (April 2017) und nachfolgend auch im Rahmen der progredienten Gonarthrose rechts mit durchgeführter TEP rechts Knie (Juni 2018), trotz erfolgreicher Behandlung dieser somatischen Diagnosen, zu einer fortgesetzt beschriebenen Beschwerdesymptomatik gekommen, welche somatisch nicht mehr habe erklärt werden können, was somit unter der ICD-10-Diagnose F59, nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei Störungen und Faktoren (inkl. psychogene körperliche Funktionsstörung o.n.A.), zu kodieren sei. Dabei sei zudem die Diagnose ICD-10 Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung zu beachten. So hätten sich nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses wirtschaftliche Schwierigkeiten manifestiert, zudem würden Eheprobleme beschrieben (act. II 194.5 S. 24 f. Ziff. 7.3).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 f. Ziff. 5) hat sich Dr. med. E. _____ mit den divergierenden Einschätzungen der behandelnden Arztpersonen umfassend und nachvollziehbar auseinandergesetzt. So führte er u.a. aus, dass die von den behandelnden Therapeuten diagnostizierten teilweise schwerwiegenden Störungen auf psychiatri-

schem Fachgebiet sich nicht objektivieren liessen (act. II 194.5. S. 25 Ziff. 7.4). Auch wies er darauf hin, dass ein scheinbar gänzlich therapiereistentes depressives Störungsbild zudem höchst ungewöhnlich wäre, zumal aus der Vorgeschichte keine solchen psychischen Störungen objektiv belegt seien. Insbesondere die wiederholt erheblichen Inkonsistenzen erklärten aber die Diskrepanz in der scheinbar schwer- bis schwerstgradig attestierten depressiven Störung durch die behandelnden Psychiater (klinisch wie ambulant), ohne dass eben die Einflüsse eines inkonsistenten Verhaltens und negative Antwortverzerrungen bedacht und abgegrenzt würden (act. II 194.5. S. 26 Ziff. 7.4). Des Weiteren lässt sich den Ausführungen von Dr. med. E. _____ mit schlüssiger Begründung entnehmen, dass die im Vorfeld gestellte Diagnose einer PTBS anhand der Befunde nicht nachvollziehbar ist. Der Beschwerdeführer berichte zwar über einschlägige Alpträume, tatsächliche Intrusionen, ein entsprechendes Vermeidungsverhalten oder auch eine Hypervigilanz würden jedoch nicht beschrieben. Die vom Beschwerdeführer angegebenen dissoziativen Bewusstseinsstörungen seien genauso wenig überprüfbar, wie das beklagte "Stimmen hören", wobei psychosenahe Störungszeichen nicht vorlägen. Auffällig sei dabei auch, dass diese beiden potenziell die Lebensqualität einschränkenden Symptome erst auf Nachfrage im Rahmen der Exploration berichtet würden. Auch nach fast zweistündigem Vortrag würden diese Beschwerden nicht spontan angegeben (act. II 194.5 S. 24 Ziff. 7.3). Ausserdem erwähnte er, dass für die PTBS eine belastbare Symptomatik fehle und allein schon der lange Abstand zwischen den angeblich die Traumatisierung auslösenden Ereignissen und dem Auftreten erster Symptome nach 2017 einer solchen Diagnose widerspreche (act. II 194.5 S. 14, S. 23 Ziff. 7.1; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f.). In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater bzw. der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Entscheid des BGer vom 9. April 2021, 8C_28/2021, E. 4.2), was hier der Fall ist.

Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Angaben der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D. _____ (vgl. act. II 200 S. 5 ff.) geltend macht, eine PTBS könne auch mit einer Verzögerung von mehreren Jahren oder Jahrzehnten auftreten, ist dies mit der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht vereinbar. Eine PTBS gemäss ICD-10 F43.1 (auch in der 2022 geltenden Fassung) setzt voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.2; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 207 f.). Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsbeurteilung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (BGer 9C_228/2013, E. 4.1.3). Die Psychiaterin begründet zudem ihre Schätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht mit eigenen Befunden, sondern mit (nicht näher bezeichneten) Rückmeldungen aus Kliniken, Ergotherapie, der Ehefrau des Beschwerdeführers und der Psychiatrie-Spitex; das überzeugt nicht. Die Angaben der behandelnden Ärztin begründen keine auch nur geringen Zweifel an den gutachterlich-psychiatrischen Schlüssen.

3.4.3 Sodann ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass die Experten der MEDAS massive Widersprüche und Inkonsistenzen festgestellt haben, welche die Ausführungen der behandelnden Arztpersonen in Frage stellen. Der orthopädische Gutachter erkannte ein teilweises demonstratives Hinken. Die Umfänge der Muskulatur waren jedoch symmetrisch, so dass keine Schonungsinaktivität nachweisbar war (act. II 194.8 S. 6

Ziff. 4.1). Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung ergab die Beschwerdevalidierung, dass die Glaubwürdigkeit der geschilderten kognitiven, psychischen und somatischen Beschwerden herabgesetzt sei. In einem Fragebogen zu atypischen Symptomen habe sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer bedeutsamen Beschwerdenüberhöhung und -ausweitung gezeigt. Es zeige sich ein praktisch sicherer Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe. Ebenso sei das Verhältnis der Pseudobeschwerden über dem Grenzwert (act. II 194.7 S. 9 Ziff. 7.3). Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. E. _____ u.a. aus, dass bei den Schilderungen des Beschwerdeführers sich Inkonsistenzen und Einschränkungen der Plausibilität ergäben. Der Beschwerdeführer klage über eine ausgeprägte depressive Symptomatik, wobei anfangs dem auch die gezeigte Mimik sowie die Psychomotorik entspreche, im weiteren Verlauf sei er jedoch auslenkbar und gut affizierbar (act. II 194.5 S. 13). Weiter weist er explizit darauf hin, dass die Beobachtungen im Bericht der Klinik F. _____ vom 14. November 2019 auf ein Zweckverhalten hindeuteten. Gemäss diesem hielt sich der Beschwerdeführer oft im Gang in gebeugter Haltung und oft in sich gekehrt wirkend auf, wirkte im Kontakt mit dem Behandlungsteam oft sehr leidend und äusserte dies auch, im Kontakt mit den Mitpatienten wirkte er hingegen gelöst und guter Stimmung. Auch der Wunsch nach Hause auszutreten sei für das Behandlungsteam überraschend gekommen (act. II 162 S. 45 f.). Nach Dr. med. E. _____ ist eine solche Variabilität bei einer durchgängig schwersten Depression nicht erklärbar (act. II 194.5 S. 14, 26). Ferner weist er darauf hin, dass im Rahmen der testpsychologischen Zusatzuntersuchungen das Ergebnis des "Strukturierten Fragebogens Simulierter Symptome (Gesamt-SFSS-Score)", das besonders aussagekräftig im Hinblick auf eine negative Antwortverzerrung sei, mit einem Wert von 45 bei einem Cutt-off-Wert von 16 sehr stark auffällig gewesen sei (Verweis auf erhebliche Verzerrung) und auch das "Beck-Depressions Inventar" mit einem Gesamtsummenwert von 55 nicht mit dem klinischen Befund korreliere (act. II 194.5 S. 16 f., 24). Ferner wurde im internistischen Teilgutachten festgestellt, dass bei praktisch sämtlichen eingenommenen Medikamenten der Spiegel unterhalb des therapeutisch wirksamen Bereichs liege (act. II 194.4 S. 8), was auch schon im Rahmen der Erstbegutachtung festgestellt wurde (act. II 93.6 S. 16); dies spricht gegen einen erheblichen Leidensdruck und damit gegen

das Bestehen eines Gesundheitsschadens. Ausserdem wurde im neurologischen Teilgutachten konstatiert, dass sich keine dissoziativen Zustände während der gutachterlichen Untersuchung fänden (act. 194.3 S. 8); letztlich könne auch dieser Befund als Hinweis für eine suboptimale Anstrengungsbereitschaft gewertet werden. Die angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen seien rein neurologisch auch nicht erklärbar, vielmehr ergäben sich deutliche Widersprüche, welche auf eine erhebliche Ausgestaltung hindeuteten (act. II 194.3 S. 11).

3.5 In Anbetracht dieser Ausgangslage bestehen keine Zweifel an der Schlüssigkeit und damit am Beweiswert der beiden gutachterlichen Expertisen der MEDAS. Daran ändert nichts, dass im ersten Gutachten insoweit ein gewisser Widerspruch besteht, als das lumbovertbrale Syndrom mit möglicher Lumboradikulopathie S1 rechts in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 21. Januar 2019 unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, im orthopädischen Teilgutachten jedoch unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet wurde (act. II 93.1 S. 8 bzw. act. II 93.5 S. 14). Sowohl aus der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie auch aus der orthopädischen Beurteilung geht klar hervor, dass aus diesem Gesundheitsschaden keine massgebende (längerdauernde) funktionelle Einschränkung resultiert (act. II 93.1 S. 8, act. II 93.5 S. 14 ff.). Dies findet auch Rückhalt im neurologischen Teilgutachten, wird doch das Lumbovertbralsyndrom unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und ausdrücklich festgehalten, dass sich keine Einschränkungen seitens der Rückenpathologie ergeben (act. II 93.4 S. 11 und 14). Im späteren Verlaufsgutachten wurde denn auch lediglich eine aktenanamnestische Lumbalgie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (act. II 194.1 S. 9).

Der Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 2 und 3) – 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 der Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.4 hiavor) nachstehend auf der Grundlage des gutachterlich formulierten Zumutbarkeitsprofils, wonach in

einer angepassten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 10 % besteht (vgl. E. 3.4 hiervor), zu ermitteln.

4.

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

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten ... behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthalts-kategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

4.3 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohnneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.2).

Weicht der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn ab, ist er im Sinne der Rechtsprechung deutlich unterdurchschnittlich und kann – bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen – eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen rechtfertigen. Es ist allerdings nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 S. 303 und E. 6.1.3 S. 304). Daneben bleibt zusätzlich die Vornahme eines Abzugs vom anhand statistischer Durchschnittswerte ermittelten Invalideneinkommen möglich, wobei zu beachten ist, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen. Der Abzug wird sich daher in der Regel auf leidensbedingte Faktoren beschränken und nicht mehr die maximal zulässigen 25 % für sämtliche invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Merkmale ausschöpfen (BGE 135 V 297 E. 5.3 S. 302 und E. 6.2 S. 305, 134 V 322 E. 5.2 S. 328 und 6.2 S. 329).

4.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei

Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug im September 2017 (act. II 2) und der gutachterlich attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab der ACB-Operation im April 2017 (act. II 93.1 und 194.1 jeweils S.11 Ziff. 4.7) ist der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartejahr) i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (Karenzfrist von sechs Monaten) auf April 2018 festzusetzen (vgl. E. 2.3 hiervor). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.5 Der Beschwerdeführer wäre bei guter Gesundheit unbestrittenermassen weiterhin als (Bereich ...) bei der C._____ AG tätig. Das seit November 2003 bestehende Arbeitsverhältnis wurde aus gesundheitlichen Gründen per Ende Januar 2019 aufgelöst (act. II 18 S. 2 Ziff. 2.1, 81); über eine in der Schweiz anerkannte Ausbildung verfügt der Beschwerdeführer nicht (vgl. act. II 6 f.). Gemäss Angaben der Arbeitgeberin vom 18. September 2017 hätte das Erwerbseinkommen ohne Gesundheitsschaden bei einem Vollpensum Fr. 56'082.-- pro Jahr betragen (wie bereits seit 2015; act. II 18 S. 4 Ziff. 2.11). Darauf ist abzustellen.

Dieser Lohn liegt unter dem branchenspezifischen Wert von Fr. 69'569.85 (Fr. 5'615.-- [LSE 2018, Tabelle TA1, Ziff. 05-53: Sektor 2 ..., Kompetenzniveau 1, Männer] x 12 [Monate] / 40 [Wochenarbeitsstunden] x 41.3 [Wochenarbeitsstunden; Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilung, Ziff. 05-43: Sektor II]), was einer Unterdurchschnittlichkeit des effektiven Lohnes gegenüber dem branchenüblichen Tabellenlohn von 19.39 % ([Fr. 69'569.85 ./ Fr. 56'082.--] / Fr. 69'569.85 x 100) entspricht. Da sich aus den Akten keine Anhaltspunkte ergeben, dass sich der Beschwerdeführer aus freien Stücken mit dem tiefen Einkommen begnügen wollte, ist die Unterdurchschnittlichkeit über 5 % hinaus, mithin im Umfang von 14.39 %, zu berücksichtigen (vgl. E. 4.3 hiervor).

4.6

4.6.1 Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens ist vorab zu berücksichtigen, dass Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. Die IV hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1).

Zum Zeitpunkt der Erstellung des polydisziplinären Verlaufsgutachtens der MEDAS am 13. Dezember 2021 (act. II 194.1), auf den es hinsichtlich der Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter grundsätzlich ankommt (BGE 146 V 16 E. 7.1 S. 25, 138 V 457 E. 3.2 S. 460 und E. 3.3 S. 462; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1 und Nr. 44 S. 156 E. 4.2), war der Beschwerdeführer 60 Jahre und 9 Monate alt. Die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters

(AHV-Alter: 65 Jahre; Art. 21 Abs. 1 lit a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]) betrug damit noch über vier Jahre. Diese Zeitspanne kann als ausreichend bezeichnet werden, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und diese Arbeit dann auszuüben (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2019, 8C_563/2019, E. 5.3). Da zudem ... auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Entscheid des BGer vom 21. September 2020, 8C_393/2020, E. 4.2) und das von den Gutachtern formulierte Zumutbarkeitsprofil einerseits einen breiten Fächer an möglichen Tätigkeiten zulässt (z.B. leichte manuelle Tätigkeiten wie auch Prüf-, Sortier- oder Überwachungsarbeiten) sowie andererseits eine ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz mit einer Leistungseinschränkung von lediglich 10 % postuliert, ist im Lichte der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 9C_693/2019, E. 5), ein IV-rechtlich bedeutsamer fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Das Zumutbarkeitsprofil ist nicht derart eingeschränkt, dass eine entsprechende Arbeitsgelegenheit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt praktisch nicht existierte oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erschiene. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer zuletzt eine handwerklich und körperlich (teils) schwere Tätigkeit ausübte, die ihm nicht mehr zumutbar ist. Auch dass er über keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung verfügt, spricht angesichts der mehrjährigen Erwerbskarriere in der Schweiz (vgl. act. II 6 S. 2, 15 S. 2) nicht dagegen, dass er im hier interessierenden Zeitpunkt eine Erwerbstätigkeit hätte aufnehmen können. Denn die fehlende Berufsausbildung steht der Verwertung der Arbeitsfähigkeit bei ... nicht entgegen (Entscheid des BGer vom 26. Januar 2011, 9C_717/2010, E. 5.1; BGer 8C_563/2019, E. 5.3). Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist damit entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 3 ff. Ziff. 3) zu bejahen.

4.6.2 Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt die Tabellenlöhne (LSE 2018) zu ermitteln (vgl. E. 4.2 hiervor).

Ausgehend von der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 10 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.4 und 3.5 hiervor), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen anhand des Tabellenlohns gemäss LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, festgelegt hat (act. II 202 S. 1; vgl. Entscheid des BGer vom 2. Juli 2020, 8C_260/2020, E. 4.2.1 mit Hinweisen), zumal dem Beschwerdeführer verschiedene Verweistätigkeiten in diversen Tätigkeitsgebieten offen stehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'417.--. Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Normalarbeitszeit, der Parallelisierung im Umfang von 14.39 % (vgl. E. 4.5 hiervor) sowie der leistungsmässigen Einschränkung von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 52'213.55 (Fr. 5'417.-- [LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer] x 12 [Monate] / 40 [Wochenarbeitsstunden] x 41.7 [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total] x 0.8561 [Parallelisierung im Umfang von 14.39 %; vgl. E. 4.5] x 0.9 [leistungsmässige Einschränkung von 10 %; vgl. E. 3.4 hiervor]). Die im Bereich von ... anwendbaren Tabellenlöhne sind entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht völlig überhöht, hat doch das BGer – wie der Beschwerdeführer selber anerkennt (Beschwerde S. 6) – in BGE 148 V 174 die Massgeblichkeit der geltenden LSE bestätigt.

Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn ist nicht gerechtfertigt. Dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten ohne gebückte Zwangshaltung und kein Heben von Lasten über 5 kg zumutbar sind, ist kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn auf dem hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von körperlich leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Dezember 2020, 8C_725/2020, E. 4.4.2, vom 24. Januar 2020, 8C_586/2019, E. 5.3.1, vom 8. Oktober 2019, 9C_447/2019, E. 4.3.2). Die gutachterliche Beurteilung trägt den medizinischen Einschränkungen mit einer Leistungsminderung von 10 % hinreichend Rechnung, so dass diese nicht zusätzlich

mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen sind (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 2. Juli 2019, 8C_136/2019 E. 4.2.2). Weiter wird hier von der Zumutbarkeit einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 ausgegangen, so dass sich die fehlende (anerkannte) berufliche Ausbildung und die gegebenen Sprachkenntnisse in keiner einen Abzug rechtfertigenden Weise auswirken (Entscheid des BGer vom 10. September 2019, 8C_314/2019, E. 6.2). Sodann ist beim Heranziehen des statistischen Durchschnittslohns für ... praxisgemäss der Faktor der fehlenden Dienstjahre zu vernachlässigen (Entscheid des BGer vom 19. Mai 2020, 9C_18/2020, E. 6.2.3). Schliesslich werden ..., wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.6.1 hiervor), auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt. Im Bereich der ... wirkt sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend aus. Bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 wirkt sich das Alter gemäss den LSE bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar eher lohn erhöhend aus (Entscheid des BGer vom 10. Juni 2021, 9C_206/2021, E. 4.4.5). Für ... ist zudem auch kein erheblicher Einarbeitungsaufwand nötig.

4.7 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (vgl. E. 4.5 und 4.6.2 hiervor) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 7 % ($[(\text{Fr. } 56'082.-- \text{ } / \text{ Fr. } 52'213.55)] \times 100 / \text{Fr. } 56'082.--$; vgl. E. 2.3 hiervor; zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2022 (act. II 202) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht

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 entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Es ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (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.