

200 23 410 IV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Oktober 2023

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. April 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1994 geborene und zuletzt als ... tätige A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2022 unter Hinweis auf Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Aktenbeilage [AB] 4). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; unter anderem holte sie die Akten des Krankentaggeldversicherers (C. _____ AG [C. _____]) ein (vgl. AB 27, 31, 46). Gestützt auf das von der C. _____ in Auftrag gegebene orthopädisch-psychiatrische Gutachten der D. _____ (MEDAS) vom 3. Februar 2023 (AB 52.2) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 15. Februar 2023 die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (AB 53). Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 55) und Beizug einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 14. April 2023 (AB 58) verfügte sie am 24. April 2023 (AB 59) wie angekündigt.

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 25. Mai 2023 Beschwerde erheben. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zwecks Einholung eines neuen, klärenden Gutachtens über seinen Gesundheitszustand und den Invaliditätsgrad an die Beschwerdegegnerin zur Neu Beurteilung zurückzuweisen, eventualiter sei ihm rückwirkend mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 6. Juli 2023 reichte der Beschwerdeführer ein Arztzeugnis vom 26. Juni 2023 zu den Akten (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 5). Dieses ging zur Kenntnis an die Beschwerdegegnerin.

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 24. April 2023 (AB 59). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Rentenleistungen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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).

2.3 Um den Leistungsanspruch beurteilen 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 In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der Beschwerdeführer suchte am 10., 12. und 20. September 2021 die Notfallstation des Spitals E._____ wegen ungefähr am 6. September 2021 aufgetretenen und seither progredienten Rückenschmerzen auf, wobei ein initialer Auslöser nicht erinnerlich war; diagnostiziert wurde ein lumbo(pseudo)radikuläres Schmerzsyndrom (AB 3.2).

3.1.2 Auch der Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 20. November 2021 lumbale, lumbosakrale und ausstrahlende lumboradikuläre Schmerzen bei beidseitiger Spondylolyse LWK 5 mit beginnender Spondylolisthese LWK 5/SWK 1 und wies auf die bevorstehende operative Stabilisierung des aktuell instabilen Segments hin. Er erwähnte einen (Stolper-)Sturz vom 15. Dezember 2019, der die Schmerzproblematik getriggert habe (AB 1.3/5; vgl. auch AB 19).

3.1.3 Der beratende Arzt der C._____, Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Arbeitsmedizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, verneinte im Bericht vom 30. November 2021 unter Hinweis auf die anstehende Wirbelsäulenoperation eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ..., erachtete aber eine angepasste (leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende) Tätigkeit ab 1. April 2022 zu 50 % und ab 1. Mai 2022 zu 100 % als zumutbar (AB 1.2).

3.1.4 Am 11. Januar 2022 erfolgte die dorsale Spondylodese LWK 5/SWK 1 (AB 21/16 f.). Der Operateur Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte

rund einen Monat postoperativ eine (weitere) Besserung des klinischen Bildes fest. Wenn der Beschwerdeführer wie beim An- und Auskleiden unbeobachtet sei, zeige er eine reguläre natürliche Beweglichkeit des Bewegungsapparates, so sei auch beim Gang von der Liege bis zum Stuhl das Gangbild regulär; wenn er dann aber wie z.B. beim Hinein- und Hinausgehen beobachtet werde, zeige er sein typisches hinkendes Gangbild (Bericht vom 23. Februar 2022 [AB 31.2/8]). Mit Berichten vom 18. und 22. März 2022 verneinte Dr. med. H._____ ein Verbot seinerseits für irgendwelche beruflichen Tätigkeiten; bei einer nun stabilen Wirbelsäule könnte der Beschwerdeführer allen beruflichen Tätigkeiten – zunächst noch unter Vermeidung des Kauerns und Kniens auf dem Fussboden und des Hebens von Lasten von mehr als 10 kg – nachgehen, doch scheine er nicht sehr motiviert zu sein (AB 24/2, 27.2/7). Anlässlich der Sprechstunde vom 6. April 2022 klagte der Beschwerdeführer über lumbale und lumbosakrale Rückenschmerzen (mit Ausstrahlung) und er zeigte ein leichthinkendes Gangbild vom Wartezimmer bis ins Sprechzimmer sowie etwas verlangsamte Positionsveränderungen. Dr. med. H._____ sah indessen keinen Handlungsbedarf für weitere invasive Massnahmen, kam aber einschränkend zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seinem Beruf als ... nicht mehr arbeiten könne. Abschliessend bezeichnete er den Beschwerdeführer als nicht glaubwürdig, da dieser nach Verlassen der Praxis schnellen Schrittes eine Strasse überquert habe und auch die Treppen schnell und sicher hinuntergeschritten sei, ohne zu hinken (Bericht vom 6. April 2022 [AB 31.2/13 f.]).

3.1.5 Der Hausarzt ging in den Berichten vom 16. Juli und 7. August 2022 von einer ungünstigen Prognose aus, dies infolge Chronifizierung bei failed low back surgery-Syndrom mit entsprechenden psychiatrischen Folgepathologien. Symptomatisch seien anhaltende invalidisierende lumbale Schmerzen mit Schmerzausweitung sowie depressiver Entwicklung/Anpassungsstörung. Weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zumutbar (AB 33/2 ff. und 40/2 ff.).

3.1.6 Dr. med. I._____, Facharzt für Neurochirurgie, sah im Bericht vom 15. August 2022 bei fehlenden radikulären Zeichen und radiologisch keiner Neuralkompression sowie keiner Schraubenlockerung keinen Grund

für die persistierenden rechtsseitigen Schmerzen sowie Rücken- und Hüftblockaden bei Status nach dorsaler Spondylodese LWK 5/SWK 1 im Januar 2022 mit diffuser Hypästhesie im gesamten rechten Bein (nicht dermatomal zuzuordnen) und subjektiv Hinken ohne Kraftverminderung sowie negativem Lasègue beim Abliegen (AB 40/8).

3.1.7 Seit 31. Mai 2022 wird der Beschwerdeführer im Zentrum J._____, ..., einmal alle zwei Wochen bzw. in Krisenzeiten ein- bis zweimal pro Woche betreut. Dabei sei beobachtet worden, dass er Schmerzen habe und dass er eine ängstlich-depressive Symptomatik aufweise. Diagnostiziert wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23) sowie eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2). Psychologisch bleibe der Beschwerdeführer anfällig und er habe ein verändertes krankhaftes Bewusstsein. Aktuell sei er nicht in der Lage, einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft nachzugehen. Es werde nach einer Umschulung eine schrittweise Wiederaufnahme einer an seine Pathologie angepassten Tätigkeit empfohlen (Bericht vom 24. Oktober 2022 [AB 41]).

3.1.8 Auch in der Zweitbeurteilung vom 8. August 2022 hielt Dr. med. G._____ den Beschwerdeführer aufgrund der erheblichen Bewegungsapparatprobleme in dessen angestammten Beruf ... nicht mehr für arbeitsfähig. Erschwerend kämen noch psychiatrische Diagnosen und eine fragliche Therapiecompliance dazu. In einer adaptierten (leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden) Tätigkeit dürfte der Beschwerdeführer zumindest aus somatischen Gründen arbeitsfähig sein (AB 46.2/1).

3.1.9 Im Gutachten vom 3. Februar 2023 zu Händen der C._____ diagnostizierten Dres. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom im Status nach Spondylodese L5/S1 vom 11. Januar 2022 und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Angst und Depression gemischt (ICD-11 F41.2) sowie eine hypochondrische Störung (ICD-11 F45.2).

Aufgrund der lumbalen Operation sei das Achsenorgan für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltung (Vorbeuge) eingeschränkt; die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (AB 52.2/5 Ziff. 5). Aus orthopädischer Sicht ergäben sich keine therapeutischen Massnahmen, von denen der Beschwerdeführer aktuell profitieren könnte (AB 52.2/6 Ziff. 7). Orthopädisch bestünden erhebliche Differenzen zwischen den subjektiven Angaben und den erhobenen Befunden. Einerseits gebe der Beschwerdeführer an, sich nicht mit dem Oberkörper nach vorne beugen zu können, andererseits könne er den Langsitz problemlos einnehmen. Auch weigere er sich, die differenzierten Stand- und Gangarten zu demonstrieren, obwohl keine Hinweise auf eine Muskelminderung der Beinmuskulatur oder Degeneration der Extremitätengelenke bestünden. Bei den Rotationsprüfungen der Brust- und Lendenwirbelsäule würden diese beim Versuch der assistierten Weiterführung frühzeitig muskulär blockiert. Die Kooperation bei der Untersuchung sei nicht gut, bei der Untersuchung komme es zu einer deutlichen negativen Antwortverzerrung, das Mass der Befundverdeutlichung werde überschritten, es handle sich hierbei um Aggravation (AB 52.2/4 Ziff. 4).

Der Beschwerdeführer mache eine globale Einschränkung seines Aktivitätenniveaus geltend, was aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Die vom Psychiater verordneten Medikamente seien gemäss der im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Laboruntersuchung alle im nicht messbaren Bereich. Die fehlenden Medikamentenspiegel im Blut sprächen für eine fehlende Compliance und seien als Widerspruch zu den Angaben des Beschwerdeführers zu verstehen (AB 52.2/4 Ziff. 4). Die im orthopädischen Teilgutachten beschriebene Aggravation lasse im Zusammenhang mit dem Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation, den fehlenden Medikamentenspiegeln und der demonstrativen Gangstörung die Diagnose einer hypochondrischen Störung zu. Die psychischen Symptome liessen sich im Rahmen der ängstlich-depressiven Symptomatik erklären, wobei der psychopathologische Befund weder ausschliesslich depressive noch ausschliesslich Angstsymptome ergeben habe; es handle sich um einen Mischbefund. Für eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aktuell zu 100 % arbeitsfähig (AB 52.2/5 Ziff. 5). Bei einer kontrollierten Einnahme der Medika-

tion wäre von einer völligen Rückbildung der ängstlich-depressiven Symptomatik auszugehen (AB 52.2/6 Ziff. 7).

Aus bidisziplinärer Sicht bestehe dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, hingegen sei der Beschwerdeführer für eine angepasste Tätigkeit aktuell voll belastbar (AB 52.2/5 f. Ziff. 6). Die Prognose sei wohl eher ungünstig, dies aufgrund der Tendenz des Beschwerdeführers, sich auf die psychischen Symptome zu fixieren und auch aufgrund einer hier klar ausgesprochenen Vorwurfshaltung, dass der Operateur sein Leben zerstört habe. Es bestehe ein ausgeprägtes Leistungsbegehren, eine Motivation zur Veränderung sei nicht erkennbar. Somatisch sei die Prognose unter Berücksichtigung des Belastungsprofils günstig; der Beschwerdeführer teile diese Einschätzung zum aktuellen Zeitpunkt nicht (AB 52.2/6 Ziff. 8).

3.1.10 Der Hausarzt zeigte sich gemäss Bericht vom 25. Februar 2023 grundsätzlich mit den gutachterlichen Feststellungen und Diagnosen einverstanden, nicht aber mit deren Schlussfolgerungen. Die psychische Beeinträchtigung werde seines Erachtens unterschätzt. Der Beschwerdeführer sei in seiner Wahrnehmung derart auf seine Erkrankung fixiert und in seinem "Kampf" gegen sie Versicherungen festgefahren, dass er den ganzen Tag nichts anderes denken könne; eine berufliche Reintegration würde aufgrund dieser Einengung und Fixation von vornherein scheitern. Hinzu komme seine schwache Schulbildung. Seiner Meinung nach bestehe aus psychiatrischen Gründen eine dauernde Erwerbsunfähigkeit (AB 55/4).

3.1.11 Nach Meinung der behandelnden Ärzte im Zentrum J._____ im Bericht vom 27. Februar 2023 bleibe der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers angesichts eines Rückgangs des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens sowie angesichts von Schuld- und Wertlosigkeitsvorstellungen fragil. In diesem Zustand sei der Beschwerdeführer nicht fähig, einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft nachzugehen (AB 55/3).

3.1.12 Der RAD-Arzt Dr.med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wies in der Stel-

lungnahme vom 14. April 2023 in Abstimmung mit dem RAD-Psychiater Dr. med. N._____ darauf hin, die kurzen Schreiben der behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.1.10 f. hiervor) vermöchten das schlüssige Gutachten vom 3. Februar 2023 (vgl. E. 3.1.9 hiervor) nicht in Zweifel zu ziehen (AB 58/2 f.).

3.1.13 Mit Schreiben vom 26. Juni 2023 wiederholten die behandelnden Ärzte des Zentrums J._____, dass der Zustand des Beschwerdeführers weiterhin fragil sei und ein hohes Risiko von sozialer Isolation bestehe. In Stresssituationen werde er misstrauisch und habe schwere Angstanfälle, verbunden mit einem Zustand allgemeiner Ermüdung. Der psychische Zustand werde durch seine somatische Gesundheit beeinflusst. Im Falle einer somatischen Stabilisierung würde es auch zu einer dauerhaften psychischen Stabilisierung kommen (BB 5).

3.2

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

3.2.2 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).

3.2.3 Der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellt wurde, spricht nicht gegen dessen Beweiswert im Verfahren betreffend Prüfung eines Leistungsanspruchs gemäss IVG (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Juli 2016, 8C_71/2016, E. 5.2). Solchen vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Entscheid des BGer vom 8. März 2021, 8C_35/2021, E. 6). Derartigen Einschätzungen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.3 In medizinischer Hinsicht erging die angefochtene Verfügung vom 24. April 2023 (AB 59) gestützt auf das von der C._____ in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2023 (AB 52.2/1 ff.). Dieses erfüllt zusammen mit den beiden Teilgutachten vom 29. Dezember 2022 (AB 52.2/15 ff. und 52.2/25 ff.) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2.2 f. hiavor) und überzeugt, was seine Bestätigung in der Stellungnahme des RAD vom 14. April 2023 (AB 58) findet. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag dessen Beweiswert in keiner Weise zu schmälern.

3.3.1 Das von der C._____ veranlasste bidisziplinäre Gutachten erweist sich entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 5 Art. 4, auch mit Blick auf die Leistungsansprüche nach dem IVG als voll beweiskräftig (vgl. auch E. 3.2.3 hiervor), ist doch allseits unbestritten, dass dem Beschwerdeführer mit seinem operierten Rücken die Tätigkeit als ..., welche vom Gutachter zutreffend als mittelschwere bis schwere Tätigkeit mit dem Erfordernis, Zwangshaltungen einzunehmen, beschrieben wurde (AB 52.2/22 Ziff. 6.1), nicht mehr zumutbar ist. Damit bildet den Beweisgegenstand deckungsgleich die Erwerbsfähigkeit.

3.3.2 Der allgemeininternistisch tätige Hausarzt hat ab 13. September 2021 durchgehend eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 1.3/15 ff., 1.3/5, 33/3 Ziff. 11, 40/3) und diese zunächst allein mit somatischen Einschränkungen begründet (vgl. die entsprechenden Diagnosen im Bericht vom 20. November 2021 [AB 1.3/5]), obschon der Orthopäde Dr. med. H._____ (AB 24/2, 27.2/7, 31.2/13) wie schon der beratende Arzt der C._____ (AB 1.2) bereits wenige Monate nach Stabilisierung der Wirbelsäule eine weitgehende Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit proklamiert hat. Ebenfalls geht der orthopädische Gutachter von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (AB 52.2/22 Ziff. 6.2). Die CT-Untersuchungen zeigten denn auch regelrechte postoperative Verhältnisse mit intaktem Material und ohne Lockerungszeichen (AB 31.2/10, 31.2/12). In Berücksichtigung dessen sowie bei fehlenden radikulären Zeichen und des radiologischen Ausschlusses einer Neuralkompression sah auch Dr. med. I._____ keinen Grund für die persistierenden rechtsseitigen Schmerzen sowie Rücken- und Hüftblockaden (AB 40/8). In Bezug auf die folglich einzig vom Hausarzt vertretenen Auffassung einer somatisch bedingten vollen Arbeitsunfähigkeit gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

3.3.3 In der Folge begründete der Hausarzt die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit zunehmend (vgl. AB 33/3 Ziff. 12) bzw. vollumfänglich (AB 55/4) mit den psychischen Beeinträchtigungen, obschon die behan-

delnden Psychiater keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausstellten, sondern auf die im Zusammenhang mit den somatischen Einschränkungen ausgestellten Atteste verwiesen (AB 41/2 Ziff. 1.3, 41/5 Ziff. 4.1). Sie verneinten zwar echtzeitlich die Möglichkeit einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft (AB 41/5 Ziff. 4.3, 55/3), befürworteten aber doch eine schrittweise Wiederaufnahme einer an die Leiden angepassten Tätigkeit (AB 41/5 Ziff. 4.2). Auch im aktuellsten Bericht weisen die Ärzte des Zentrums J. _____ darauf hin, dass der psychische Zustand durch die somatische Situation beeinflusst werde und eine Stabilisierung im somatischen Bereich auch eine dauerhafte psychische Stabilisierung zur Folge hätte (BB 5). Folglich tendieren die Fachärzte für Psychiatrie – anders als der Hausarzt – mehr auf somatische denn auf psychische Einschränkungen; jedenfalls fehlt es auf psychiatrischem Fachgebiet an einer aus fachärztlicher Sicht überzeugend attestierten Arbeitsunfähigkeit. Unmissverständlich deutlich verneint der psychiatrische Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht (AB 52.2/33 Ziff. 6). Diesem waren die Einschätzungen der behandelnden Ärzte durchaus bekannt (vgl. AB 52.2/13 f. Ziff. 24 und 26). Im Gegensatz zu diesen hat er den Psychostatus eingehend erhoben und insbesondere auch die Medikamentencompliance abgeklärt; gestützt darauf verneinte er in nachvollziehbarer Weise Hinweise auf eine mittelschwere Depression oder eine invalidisierende psychische Störung (AB 52.2/28 ff. Ziff. 3). Die behandelnden Ärzte vermögen folglich keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, lässt es doch die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.3.4 Nicht zuletzt gilt es das aggravatorische bzw. allenfalls sogar simulierte Verhalten des Beschwerdeführers zu würdigen. Hierzu schweigen sich der Hausarzt und die behandelnden Psychiater gänzlich aus. Bereits

der erstbehandelnde Orthopäde wies immer wieder auf eine reguläre natürliche Beweglichkeit des Bewegungsapparates in unbeobachteten Situationen, jedoch auf ein typisches hinkendes Gangbild unter Beobachtung hin (AB 31.2/8, 31.2/13 f.). Ebenfalls erwähnte er eine mangelnde Motivation des Beschwerdeführers in Bezug auf die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit (AB 24/2). Damit konfrontiert wurde der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen Gutachter betont laut, er zeigte einen gereizten Affekt und versuchte den Untersucher zu überzeugen, "dass hier Dr. H. _____ nicht Recht habe ihm nachzulaufen, um beobachten zu können wie er laufe" (AB 52.2/29). In Übereinstimmung mit den Feststellungen des Dr. med. H. _____ wird im orthopädischen Teilgutachten ausdrücklich bestätigt, dass der Beschwerdeführer Beschwerden demonstriert, welche sich mit den objektiven Befunden nicht erklären lassen (AB 52.2/21 Ziff. 4; vgl. insbesondere auch die erlebte Schmerzintensität auf einer zehnstufigen Skala [VAS] von höher als 10 [AB 52.2/16]). Die demonstrierte Gehstörung bezeichnete der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar als Aggravation der körperlichen Symptomatik (AB 52.2/31). Soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287). Ergänzend nahm der psychiatrische Gutachter auf die gemäss BGE 141 V 281 massgeblichen Standardindikatoren Bezug (AB 52.2/31 ff.), woraus zu folgern ist, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt wären. Soweit der Beschwerdeführer dem orthopädischen Gutachter als Ursprung seiner Rückenschmerzen einen Berufsunfall vom August 2021 (Sturz auf den Rücken beim Versuch "der Blockadelösung eines ..." [AB 52.2/16 oben]), ist festzustellen, dass ein solcher aktenmässig weder dokumentiert noch dem zeitnahen Notfallbericht vom 10. September 2021 (AB 3.2/3) etwas Derartiges, sondern vielmehr zu entnehmen ist, dass der Auslöser dem Beschwerdeführer nicht rememberlich sei. Auch der Hausarzt nimmt nie Bezug auf einen solchen Unfall im August 2021, sondern einzig auf einen Bagatelunfall am 15. Dezember 2019 (AB 1.3/5; Stolpersturz [AB 19.60/1] mit äusserst diffusen posttraumatischen Schmerzen und einer diffusen Kraftminderung der oberen Extremitäten [vgl. AB 19.35/2], die am ehesten mit einer somatoformen Störung zu erklären seien [vgl. AB 19.19/3]). Damit ist er-

stellt, dass der Beschwerdeführer nicht nur seine Schmerzen übertreibt, sondern auch nicht nachvollziehbare oder gar falsche Angaben zum Sachverhalt macht.

3.4 Nach dem Dargelegten ist insbesondere gestützt auf das voll beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2023 (AB 52.2) erstellt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 24. April 2023 (AB 59) zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als offensichtlich unbegründet und ist ohne Weiterungen abzuweisen.

4.1 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.

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 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Entschädigungsanspruch (Art. 104 Abs. 3 VRPG; vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

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.