

200 23 448 IV  
FUE/SAW/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Januar 2024**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Baumann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt MLaw C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Mai 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1984 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), angelernter ... (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 25 S. 10), meldete sich im Mai 2017 – nachdem zuvor mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. September 2015 (act. II 60) ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war – unter Hinweis auf operativ behandelte Rückenbeschwerden erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 73; 82 S. 10 und S. 21). Die IVB veranlasste im D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung und stellte den Gutachtern nach Erstattung der Expertise vom 4. April 2019 (act. II 132.1 ff.) Ergänzungsfragen (vgl. Stellungnahme vom 28. Mai 2019, act. II 136). Mit Verfügung vom 28. Februar 2020 (act. II 147 S. 2) sprach sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 67% ab 1. November 2017 eine Dreiviertelsrente zu. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 152 S. 3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. November 2020, IV/2020/267 (act. II 161), ab. Gleichzeitig änderte es nach Androhung einer reformatio in peius die angefochtene Verfügung dahingehend ab, als es dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 47% ab November 2017 (lediglich) eine Viertelsrente zusprach. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht (BGer) mit Entscheidung vom 6. Mai 2021, 9C\_5/2021 (act. II 169), ab.

### **B.**

Im August 2022 leitete die IVB eine Revision von Amtes wegen ein (act. II 183). In deren Rahmen gab der Versicherte an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (act. II 186 S. 2 Ziff. 1.1 f.). Die IVB holte bei der behandelnden Hausärztin, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, einen Verlaufsbericht ein (act. II 188 S. 2), legte das Dossier Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zur Beurteilung vor (act. II 192 S. 4) und stellte mit Vorbescheid vom 17. November 2022 (act. II

193) die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 9. Januar 2023 Einwand (act. II 195) und reichte am 17. April 2023 (act. II 199) einen Arztbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, zu den Akten (act. II 199 S. 3). In der Folge holte die IVB bei der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, nochmals eine Stellungnahme ein (act. II 201 S. 3) und wies das Erhöhungsgesuch mit Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202) ab.

### C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 12. Juni 2023 Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 11. Mai 2023 sei aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach IVG, vorliegend mindestens eine halbe Rente, zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung zurückzuweisen.  
Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MWST zulasten der Beschwerdegegnerin.

Zudem stellte er den Antrag, es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 3. Juli 2023 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht (Akten des Beschwerdeführers, [act. I] 3) ein und machte mit Eingabe vom 5. Juli 2023 im Rahmen des Replikrechts (vgl. prozessleitende Verfügung vom 3. Juli 2023) zusätzliche Ausführungen.

## **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** Angefochten ist die Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin das Gesuch um Rentenerhöhung zu Recht abgewiesen hat.

**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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil der Beschwerdeführer, dessen Rentenanspruch vor dem Inkrafttreten dieser Änderung entstand (act. II 147 S. 2; VGE IV/2020/267, E. 4.5, [act. II 161 S. 24 E. 4.5]), bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet hatte und – wie noch ausgeführt wird – im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiernach) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine revisionsrechtlich relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. E. 5.4 hiernach), bleiben die bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) anwendbar und findet damit insbesondere vorderhand auch kein Wechsel zum stufenlosen Rentensystem statt (lit. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020).

**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).

**2.3** 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

## **2.4**

**2.4.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer

für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.4.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Un- erheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

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

**2.4.4** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Nachfolgend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 28. Februar 2020 (act. II 147 S. 2) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 und 2.4.4 hier vor).

**3.2** Die Verfügung vom 28. Februar 2020 (act. II 147 S. 2) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten vom 4. April 2019 (act. II 132.1 ff.) und der Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 28. Mai 2019 (act. II 136).

**3.2.1** Im MEDAS-Gutachten vom 4. April 2019 (act. II 132.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 132.1 S. 4 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Adipositas permagna mit Gynäkomastie

- Chronisches thoraco-lumbovertebrales Schmerzsyndrom linksbetont
  - o bei Status nach Aufrichte- und Stabilisationsoperation einer schweren Kyphose von Th11 – L1 mit USS polyaxial, intraoperative vollständige Befreiung des Rückenmarks auf Th7 sowie Th9, Status nach Pedikelsubstraktionsosteotomie des Wirbels Th7 und Th9, Korrektur der Kyphose um ca. 40°
  - o bei Status nach Teil-Materialentfernung des unteren Stabilisationsendes links durch Stabkürzung am 17. Januar 2017 bei
  - o Restkyphose der BWS mit sekundärer Ventraltranslation des Kopfes und Hyperlordose der BWS
- Cervicovertebrales Schmerzsyndrom
- leicht- bis mittelgradige neuropsychologische Störung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Naevus mit rotem Hof dorsal paravertebral links (kontrollbedürftig)
- Nikotinabusus, anhaltend
- leichte restriktive Ventilationsstörung aufgrund der Rückenproblematik
- Synkope unklarer Ätiologie im Jahr 2016
  - o kardiologische Abklärung Januar 2017: bland
- Leberenzymerrhöhung unklarer Ätiologie
- Muskuläre Schulter- und Scapulabeschwerden links
- Beinlängendifferenz zu Ungunsten links von ca. 15-20 mm (korrigiert durch Schuhzurichtung und Talonette)
- Muskuläre Dekonditionierung
- Status nach Ganglion-Resektion rechtes Handgelenk dorsal am 12. Oktober 2011
- Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1)

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus rein internmedizinischer Sicht sei die Adipositas permagna das führende Element. Durch die Adipositas in Kombination mit der Erkrankung des Achsenskelettes bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 2 f.).

Aus orthopädischer Sicht finde sich nach Aufrichteoperation einer Kyphose und nachfolgender partieller Metallentfernung wegen Vorstehens des linken unteren Stabendes eine fixierte Hyperkyphose von cirka 40-50°. Die Wirbelsäule befinde sich im frontalen Profil im Lot, im sagitalen Profil sei sie jedoch dekompenziert. Nebst der fixierten Hyperkyphose der BWS bestehe eine Hyperlordose der LWS sowie auch der HWS mit Translation des Kop-

fes nach ventral. Der Versicherte klagt über Beschwerden im Bereich des ganzen Rückens, insbesondere aber auch in der linken Schulter. Die klinische Untersuchung zeige eine funktionelle Einschränkung der Wirbelsäule. Zudem bestehe eine Beinlängendifferenz mit Verkürzung des linken Beines von ca. 1.5 cm. Diese sei durch eine Schuhversorgung und Einlage korrigiert worden. Der Versicherte klagt im Wesentlichen über muskuläre Beschwerden. Die elektrophysiologische Abklärung habe keine Nervenfunktionsstörung nachweisen können. Die Schulteruntersuchung ergebe keine relevante, die Beschwerden erklärende Pathologie. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine erhebliche Einschränkung für mittelschwere und schwere Tätigkeiten (S. 3).

Aus psychiatrischer Sicht liege keine Erkrankung im engeren Sinne vor, jedoch eine deutliche geistige Behinderung. Es beständen kognitiv grosse Einschränkungen. Diese entsprächen jedoch nicht einer Minderintelligenz nach ICD-10. Die Kombination von geistiger Behinderung und körperlichem Leiden führe zu einer ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (S. 3 f.).

Die neuropsychologische Abklärung zeige bei testpsychologisch unterdurchschnittlicher Intelligenz funktionelle Beeinträchtigungen. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen und da sich auch beträchtliche Einschränkungen im Alltag zeigten, sei von einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung auszugehen (S. 4).

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter interdisziplinär fest, aus rein somatischer Sicht, vor allem in Bezug auf die Problematik des Achsenskelettes, verstärkt zusätzlich noch durch die Adipositas, sei der Versicherte in der bisherigen Arbeitstätigkeit als ... und ... ab Januar 2012 vollumfänglich arbeitsunfähig (S. 6 f. Ziff. 4.7). Ab Mitte 2017, also sechs Monate nach der zweiten Rückenoperation, sei er für eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselhaltung wiederum arbeitsfähig. Eine Arbeit über Schulterhöhe links sei dabei nicht zumutbar. Aufgrund der doch erheblichen kognitiven Einschränkungen sei der Versicherte jedoch in einem solchen Masse eingeschränkt, dass ein Arbeiten an einem nicht geschützten Arbeitsplatz unweigerlich wieder zu einer Kündigung führen würde. An einem geschützten Arbeitsplatz könnte er vollschichtig tätig sein (S. 7 Ziff. 4.8).

**3.2.2** Mit Stellungnahme vom 28. Mai 2019 (act. II 136) hielten die MEDAS-Gutachter auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (act. II 134) fest, in einer Verweistätigkeit wäre der Versicherte aus somatischer Sicht zwar mit den erwähnten Einschränkungen in einem 50%-Pensum arbeitsfähig. Die Verweistätigkeit von 50% sei auf dem ersten Arbeitsmarkt aus psychischen Gründen jedoch nicht realisierbar und somit bestehe auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. An einem geschützten Arbeitsplatz hingegen könnte er vollschichtig tätig sein, dies unter Berücksichtigung der orthopädischerseits erwähnten Einschränkungen (ohne Heben von Lasten von mehr als 5-10 kg, wechselbelastend im Sitzen und Stehen, ohne Arbeiten der oberen Extremitäten über Schulterhöhe links).

**3.2.3** Das Verwaltungsgericht erkannte – wie die Vorinstanz (vgl. Verfügung vom 28. Februar 2020, act. II 147 S. 5) – dem internistischen und orthopädischen Teilgutachten vollen Beweiswert zu und ging von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem orthopädischen Leiden angepassten Tätigkeit aus (VGE IV/2020/267, E. 3.5; act. II 161 S. 13 E. 3.5). Weiter erwog es, auch die psychiatrische Teilexpertise erfülle – soweit die befundmässige und diagnostische Einschätzung betreffend – die beweismässigen Anforderungen. Auf die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit könne jedoch nicht abgestellt werden, da beim Beschwerdeführer auch nach Einschätzung der psychiatrischen MEDAS-Gutachterin zu keinem Zeitpunkt eine nach einem anerkannten Klassifikationssystem gestellte psychiatrische Diagnose vorgelegen habe (VGE IV/2020/267, E. 3.6 ff.; act. II 161 S. 13 ff. E. 3.6 ff.). Diese Beurteilung wurde höchstrichterlich bestätigt (BGer 9C\_5/2021, E. 3.3 und E. 4).

**3.3** Zum Verlauf bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Beim Beschwerdeführer wurden am 7. September 2021 ein MRI der LWS (act. II 188 S. 26), am 17. November 2021 ein Röntgen der Wirbelsäule, eine Skelettszintigraphie sowie ein SPECT CT der BWS (act. II 188 S. 22) und am 28. Januar 2022 Neurographien und Myographien (act. II 188 S. 17 ff.) durchgeführt. Im Bericht des Spitals H.\_\_\_\_\_, Klinik

I. \_\_\_\_\_, vom 23. März 2022 (act. II 188 S. 10) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 10):

1. Funktionelle neurologische Störung im Rahmen der Diagnose 2
  - fluktuierende Dysästhesien der linken oberen und unteren Extremität
  - motorisches leichtgradiges Hemisyndrom mit sakkadierter Innervation und inkohärenten Untersuchungsbefunden
2. Chronisches paravertebrales Schmerzsyndrom linksführend mit:
  - Verdacht auf ansatznahe Ruptur des Musculus trapezius und latissimus dorsi
  - Status nach aufrichtender Spondylodese wahrscheinlich mit PSO von Th6 auf LWK 1 (2016)
  - Status nach Stabverkürzung
  - eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links bei wahrscheinlich Faszienvorwucherung, DD Ablösung der Serratusmuskulatur im Rahmen der Index-Operation
  - persistierende sagittale Dysbalance mit SVA 6cm vor S1-Lot bei juvenilem Morbus Scheuermann
3. Weitere Diagnosen:
  - Arterielle Hypertonie
  - Raynaud-Phänomen Hand rechts
  - Nikotinabusus
  - Gynäkomastie
  - Adipositas
  - Multiple Naevi Rücken

Elektrophysiologisch hätten sich keine Hinweise auf eine periphere Neuropathie oder Radikulopathie in den durchgeführten Neurographien und Myographien ergeben. In der LWS Funktionsaufnahme zeige sich ein regelrechter Prothesensitz ohne Hinweise auf Instabilität. In der Konsultation habe sich eine deutliche funktionelle Komponente bei chronischer Schmerzkrankung mit klarem somatischem Kern nach Spondylodese eruieren lassen. Als Positivzeichen hätten sich fluktuierende Untersuchungsbefunde wie eine sakkadierte Innervation herausarbeiten lassen. Beispielsweise gebe der Patient eine Unmöglichkeit der Elevation des linken Armes über 90 Grad an, welche jedoch passiv problemlos überwunden werden und anschliessend aktiv mit guter Kraft gehalten werden könne (S. 11).

**3.3.2** Am 12. Mai 2022 wurde ein EOS der ganzen Wirbelsäule (Röntgenbildgebung; act. II 188 S. 8) durchgeführt. Im Bericht des H. \_\_\_\_\_,

Klinik J. \_\_\_\_\_, vom 18. Mai 2022 (act. II 188 S. 6) wurde zusammenfassend festgehalten, es habe sich im Vergleich zu den Voruntersuchungen keine wesentliche Befundänderung eingestellt. Auch der Erkenntnisgewinn der zuletzt durchgeführten SPECT-CT sowie der Wirbelsäulenganzaufnahme sei im Vergleich zu den Voraufnahmen gering bei stellungskonstanten Verhältnissen und einer stellungskonstanten Situation (S. 7).

**3.3.3** Im Verlaufsbericht vom 2. September 2022 (act. II 188 S. 2) gab die Hausärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (S. 2 Ziff. 1). Der linke Arm könne im Alltag nicht richtig eingesetzt werden, einerseits aufgrund der Schmerzen, andererseits aufgrund der Muskelverklebungen und der eingeschränkten Beweglichkeit. Daneben lägen chronische Schmerzen im oberen, aber auch im unteren Wirbelsäulenbereich links vor. Aufgrund der chronischen Schmerzproblematik bestehe ein psychischer Erschöpfungszustand (S. 3 Ziff. 12). Seit der Schulteroperation im 2016 attestierte sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 11).

**3.3.4** In der RAD-Beurteilung vom 14. November 2022 (act. II 192 S. 4) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur psychischen, neuropsychologischen und sozialen Situation aus, dass diesbezüglich seit 2020 keine neuen Aspekte aktenkundig seien. Somatisches Hauptproblem seien wie bereits bei der polydisziplinären Begutachtung im Januar 2019 Schmerzen in der gesamten Wirbelsäule und der linken Schulterregion, welche – wie bereits damals – analgetisch lediglich mit Tramadol und mittels ambulanter Physiotherapie behandelt würden. Auch wenn bei weiterhin beklagten schwankenden, teilweise als stark angegebenen Schmerzen in den Jahren 2021 und 2022 erneute orthopädische und wirbelsäulen-orthopädische Konsultationen zur Reevaluation stattgefunden hätten, seien dabei weder neue Diagnosen gestellt worden, noch hätten sich in den radiologischen Zusatzuntersuchungen neue relevante Aspekte (wie Lockerungszeichen nach den Operationen oder Hinweise auf Komplikationen wie Infekte) gezeigt, sodass die Beschwerden unverändert – wie bereits im Gutachten – im Rahmen der statischen Veränderungen der Wirbelsäule zu sehen seien. Zudem sei eine erneute neurologische Untersuchung durchgeführt worden, wobei sich

elektrophysiologisch keine Hinweise auf Schädigungen der peripheren Nerven gefunden hätten, jedoch Hinweise auf eine sogenannte funktionelle neurologische Störung. Anzumerken sei, dass allerdings nicht die nachgewiesenen neurologischen funktionellen Beschwerden als limitierend angegeben worden seien, sondern die bereits vorbekannten Schmerzen, sodass sich aus dieser einzigen neuen aktenkundigen Diagnose keine weiteren funktionellen Einschränkungen im Vergleich zu den bereits vorbestehenden ableiten liessen. Zusammenfassend fänden sich keine objektiven Hinweise auf neue Diagnosen oder Befunde mit signifikanten Änderungen der bereits zuvor bestehenden Limitationen (S. 6).

**3.3.5** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 14. April 2023 (act. II 199 S. 3) fest, bei den von ihm mittels Elektromyographie (EMG) untersuchten Muskeln habe sich keine kontinuierliche Muskelaktivität nachweisen lassen. Dies bedeute, dass die Beschwerden wahrscheinlich nicht auf eigentliche Muskelkrämpfe zurückzuführen seien. Weiter habe er bei seiner Untersuchung keine fluktuierende, sakkadierte Innervation bei der Kraftprüfung reproduzieren können. Die Kraftprüfung sei zwar teilweise erschwert gewesen, weil sie für den Patienten schmerzhaft gewesen sei, der Patient habe aber in allen Muskelgruppen wenigstens kurzzeitig eine normale Kraft entwickeln können. Zudem hätten die Neurologen am Spital H.\_\_\_\_\_ übersehen, dass bei der Fähigkeit, den Arm aktiv über Schulterhöhe zu heben, eine normale Funktion des Musculus serratus anterior Voraussetzung sei. Dieser Muskel müsse das Schulterblatt am Brustkorb fixieren, damit während der Bewegung das Schultergelenk stabil bleibe. Um den Arm in der Folge oben zu halten, sei dieser Muskel dann aber nicht oder nicht mehr wesentlich nötig. Beim Patienten sei beschrieben, dass der linke Musculus serratus anterior ganz oder teilweise von seiner Verankerung am Brustkorb abgelöst sei (iatrogen bei der ersten Operation). Beim Untersuchungsbefund im Spital H.\_\_\_\_\_ handle es sich somit nicht um eine Inkonsistenz, sondern vielmehr um den bei der hier vorliegenden anatomischen Situation erwarteten Untersuchungsbefund. Positive klinische Zeichen einer funktionellen Störung fänden sich somit (zumindest aktuell) nicht (mehr), sodass diese Diagnose nicht bestätigt werden könne. Der Patient berichte über inkonstant vorhandene kribbelnde Missempfindungen in verschiedenen Körperregionen. Teilweise handle es sich um physiologische

Phänomene, insbesondere das Einschlafen des linken Beins beim Sitzen auf der Toilette sei durch Druckeinwirkung auf den Nervus ischiadicus auf der Oberschenkelrückseite bedingt. Zusammen mit den angegebenen vermehrten Faszikulationen deute dies auf eine etwas erhöhte Erregbarkeit der peripheren Nerven hin. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei diese vermehrte Erregbarkeit Ausdruck eines allgemein gesteigerten Erregungsniveaus bzw. von „Stress“. Das unabhängig davon auftretende Kribbeln in beiden Beinen könne allenfalls als unspezifische Auswirkung von Verspannungen gedeutet werden; da keine strukturelle Nervenschädigung bestehe, sei dies letztlich aber spekulativ (S. 5 f.). An der linken Hand würden intermittierend die Finger I bis III einschlafen. Elektrodiagnostisch finde sich hier die Konstellation eines leichten Karpaltunnelsyndroms. Dieser Befund sei gegenüber 2018 verschlechtert. Zusammenfassend könne somit festgestellt werden, dass die aktuelle klinische und elektrophysiologische Untersuchung abgesehen von einer leichten Nervenschädigung im Karpaltunnel beidseits keine strukturelle Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems nachweise. Gleichzeitig fänden sich auch keine objektivierbaren Befunde, die eine nichtorganische Störung der Nervenfunktion nachwiesen. Die Auffälligkeiten in der klinischen Untersuchung und die beschriebenen Missempfindungen seien durch die postoperativ veränderten anatomischen Gegebenheiten, insbesondere im Schulterbereich links, erklärbar (S. 6).

**3.3.6** In der Aktennotiz vom 2. Mai 2023 (act. II 200) hielt der RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, unter anderem fest, das leichte Karpaltunnelsyndrom beidseits stelle keine Beeinträchtigung von versicherungsmedizinischer Relevanz dar. Es sei mit einer nächtlich getragenen Unterarmschiene, Infiltrationen oder auch einer Operation gut behandelbar. Die Behandlung einschliesslich Operation sei aus versicherungsmedizinischer Sicht auch zumutbar. Vorbekannt und gutachterlich bereits mitberücksichtigt seien die Beeinträchtigungen seitens der Schulter.

**3.3.7** Die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 5. Mai 2023 (act. II 201 S. 3) aus, wohl finde sich elektrophysiologisch eine Konstellation eines leichten Karpaltunnelsyndroms links, jedoch könne bei lediglich intermittierendem Einschlafen der Finger I bis III nicht von ei-

ner relevanten funktionellen Einschränkung ausgegangen werden. Dasselbe gelte für das subjektiv nicht speziell angegebene nachgewiesene leichte Karpaltunnelsyndrom rechts. Zudem handle es sich dabei um eine Diagnose, welche operativ behandelt werden könne. In den meisten Fällen könne die Hand innerhalb von wenigen Wochen wieder vollständig normal belastet werden (S. 3). Dr. med. G. \_\_\_\_\_ weise in seinem Bericht auf Veränderungen durch die im Februar 2016 durchgeführte Operation hin, nicht auf Veränderungen, die seit dem Gutachten Anfang 2019 aufgetreten seien. Mit anderen Worten: Es würden lediglich seit Februar 2016 bestehende Veränderungen aktuell spezifischer beurteilt. Auch wenn der Verdacht auf eine ansatznahe Ruptur des Musculus trapezius und latissimus dorsi erst Ende 2021 erwähnt worden sei, handle es sich dabei nicht um eine neu aufgetretene Pathologie, sondern um eine seit Februar 2016 vorbestehende. Funktionell ergäben sich durch die nach 2019 neu dokumentierte Diagnose „ansatznahe Ruptur des Musculus trapezius und latissimus dorsi“ und die beschriebene Problematik des Musculus serratus anterior keine neuen Aspekte bezüglich Schulterfunktion und Zumutbarkeit. Dies deshalb, weil bereits im orthopädischen Gutachten Anfang 2019 – nach Beurteilung, dass es sich um eine muskuläre Problematik handle – festgelegt worden sei, dass Heben über Schulterhöhe nicht mehr zumutbar sei, was unverändert Gültigkeit habe. Daran ändere sich durch die nun ergänzenden genaueren Diagnosen der zuvor lediglich als „muskulär“ beurteilten Problematik aus medizinischer Sicht nichts. Zusammenfassend könne keine signifikante Veränderung mit Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem polydisziplinären Gutachten Anfang 2019 abgeleitet werden. Das beschriebene Karpaltunnelsyndrom beidseits habe derzeit keinen zusätzlichen und – da bei Verschlechterung behandelbar – auch insgesamt keinen länger-dauernden Einfluss auf den Gesundheitszustand (S. 4).

#### **4.**

**4.1** 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).

## **4.2**

**4.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.2.2** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und

des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

**4.3** Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2022 (act. II 192 S. 4) und vom 5. Mai 2023 (act. II 201 S. 3) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert solcher Aktenberichte gestellten Anforderungen und genügen auch den revisionsrechtlichen Ansprüchen (vgl. E. 4.2.1 f. hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen und Ausführungen sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf hat die RAD-Ärztin die medizinischen Zusammenhänge

einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und dessen Verlauf nachvollziehbar begründet dargestellt. Dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ keine klinische Exploration durchgeführt hat – wie der Beschwerdeführer moniert (vgl. Beschwerde S. 9 N. 31; Eingabe vom 5. Juli 2023, S. 2) –, ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen umfassenden Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 4.3 hiervor) und wären aus einer persönlichen Untersuchung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Damit kommt den RAD-Berichten voller Beweiswert zu, sodass darauf abzustellen ist.

**5.2** Die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat eingehend und nachvollziehbar aufgezeigt, dass seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervor) keine objektiven Hinweise auf neue Diagnosen oder Befunde mit signifikanten Änderungen der bereits zuvor bestehenden Limitationen vorliegen (act. II 192 S. 6 und 201 S. 4). Diese Beurteilung korreliert mit den bildgebenden Abklärungen sowie den elektrophysiologischen Untersuchungen (act. II 188 S. 8, 17 ff., 22, 26) und findet Rückhalt im Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 14. April 2023. So stellte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ abgesehen von einer leichten Nervenschädigung im Karpaltunnel beidseits keine strukturelle Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems und auch keine objektiven Befunde, die eine nichtorganische Störung der Nervenfunktion nachweisen würden, fest (act. II 199 S. 6). In Bezug auf das neu diagnostizierte leichte Karpaltunnelsyndrom beidseits hat Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sodann überzeugend dargelegt, dass bei lediglich intermittierendem Einschlafen der Finger I bis III nicht von einer relevanten funktionellen Einschränkung auszugehen ist (act. II 201 S. 3). Zudem wies sie – in Übereinstimmung mit den bzw. in Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2023 (act. II 200 S. 1) – darauf hin, dass ein Karpaltunnelsyndrom gut behandelbar ist und deshalb keinen längerdauernden Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Diese neue Diagnose stellt vorliegend somit keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar.

Die Einwände des Beschwerdeführers vermögen an der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nichts zu ändern. Soweit er unter Hinweis

auf den Bericht der Hausärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2022 (act. II 188 S. 2) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht und vorbringt, es sei neu eine ansatznahe Ruptur des Musculus trapezius und latissimus dorsi diagnostiziert worden (vgl. Berichte des H. \_\_\_\_\_ vom 23. März und 18. Mai 2022, act. II 188 S. 6 und 10), welche eine Veränderung des Zumutbarkeitsprofils bewirke (vgl. Beschwerde S. 7 N. 22 und S. 9 f. N. 30 ff.), kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ legte in der Stellungnahme vom 5. Mai 2023 (act. II 201 S. 4) ausführlich und differenziert dar, dass es sich dabei nicht um eine neu aufgetretene, sondern um eine – seit Februar 2016 – vorbestehende Pathologie handelt. Folglich ist diese nicht im hier massgebenden Vergleichszeitraum eingetreten. Zudem ergaben sich durch diese neue Diagnose – entsprechend den schlüssigen Ausführungen der RAD-Ärztin (act. II 201 S. 4) – funktionell keine neuen Aspekte bezüglich der Schulterfunktion und Zumutbarkeit. Dies weil bereits im orthopädischen Gutachten 2019 – wobei bereits damals von einer muskulären Problematik ausgegangen wurde (act. II 132.3 S. 5 Ziff. 6 und S. 7) – das Heben über Schulterhöhe als nicht mehr zumutbar beurteilt worden war (act. II 132.3 S. 8 Ziff. 8.2). Daran hat sich nichts geändert (vgl. act. II 201 S. 4). Unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes unerheblich (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105) bzw. begründet nicht jede im Nachhinein korrigierte Diagnose eine Revision (BGE 144 V 245 E. 5.4 S. 250). Weiter ist zu berücksichtigen, dass es invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (Entscheid BGer vom 24. April 2018, 8C\_112/2018, E. 4.3). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 31, Eingabe vom 5. Juli 2023, S. 1 f.) ist daher unbeachtlich, dass der orthopädische MEDAS-Gutachter ohne spezifischere Diagnostik von einer muskulären Problematik ausgegangen ist. Inwiefern die neuen Diagnosen über die letzten Jahre einen ganz anderen Krankheitsverlauf bewirken sollen (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 5. Juli 2023, S. 1 f.), ist nicht nachvollziehbar und dies findet auch keinen Rückhalt in den medizinischen Berichten. Die nun genaueren Diagnosen vermögen – wie Dr. med. F. \_\_\_\_\_ stringent ausgeführt hat (act. II 201 S. 4) – aus medizinischer

Sicht keine Änderung – und damit keinen Revisionsgrund – zu begründen. Auch mit dem Vorbringen, die Ablösung der Serratusmuskulatur führe zu einem sehr viel eingeschränkteren Zumutbarkeitsprofil – es liege faktisch eine Einhändigkeit vor – (vgl. Beschwerde S. 10 N. 32), dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Die Ablösung des Musculus serratus anterior erfolgte iatrogen im Rahmen der Index-Operation im Februar 2016 (vgl. Berichte des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 23. März und 18. Mai 2022, act. II 188 S. 6 und S. 10, sowie von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 14. April 2023, act. II 199 S. 5). Diese Problematik ist folglich nicht im hier massgebenden Zeitraum entstanden und stellt daher keinen Revisionsgrund dar. Daran ändert der nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202) – dem für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – datierte Sprechstundenbericht der Klinik L. \_\_\_\_\_ vom 12. Juni 2023 (act. I 3), der insoweit zu berücksichtigen ist, als er Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), nichts. Dass der Beschwerdeführer – wie im Sprechstundenbericht festgehalten (vgl. auch Eingaben des Beschwerdeführers vom 3. und 5. Juli 2023, in den Gerichtsakten) – durch die paradoxe Beweglichkeit der abgelösten und mit der Haut verwachsenen Muskulatur stark gestört ist (act. I 3 S. 2), vermag keine im hier massgebenden Zeitraum eingetretene Veränderung zu begründen.

**5.3** Dem Voranstehenden zufolge bilden die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2022 (act. II 192 S. 4) und vom 5. Mai 2023 (act. II 201 S. 3) eine hinreichende Grundlage für die Beurteilung des anspruchsrelevanten medizinischen Sachverhaltes. Von weiteren medizinischen Abklärungen – wie vom Beschwerdeführer beantragt (vgl. Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2) – sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass darauf 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).

**5.4** Zusammenfassend ergibt sich, dass im hier zu beurteilenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten

punkten keine massgebliche Veränderung der medizinischen Verhältnisse vorliegt, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Ebenso wenig ist in erwerblicher oder sonstiger Hinsicht eine revisionsrechtlich relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht. Folglich ist nicht weiter auf die Ausführungen in der Beschwerde zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit und zum Einkommensvergleich einzugehen (vgl. Beschwerde S. 8 N. 27 f. und S. 10 ff. N. 33 ff.). Denn eine dahingehende umfassende Prüfung und Neuermittlung des Invaliditätsgrades wäre nur bei Vorliegen eines Revisionsgrundes vorzunehmen. Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts demgegenüber – wie hier – nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, verbietet sich dies.

**5.5** Nach dem Dargelegten ist die mit Verfügung vom 11. Mai 2023 (act. II 202) erfolgte Verneinung eines Revisionsgrundes seit der ursprünglichen Verfügung vom 28. Februar 2020 (act. II 147 S. 2) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

**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):
  - B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt MLaw C. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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