

200 23 666 IV
SCP/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. November 2023

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. Juli 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2004 bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf ein seit dem 4. August 2003 bestehendes, unfallbedingtes Beschleunigungstrauma der LWS/HWS zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 3). Die IVB klärte den Leistungsanspruch in erwerblicher und medizinischer Hinsicht ab, insbesondere holte sie die Akten der zuständigen Unfallversicherung, der C._____ (C._____), ein (act. II 13) und liess den Versicherten bidisziplinär durch die Dres. med. D._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertisen vom 14. und 23. Februar 2006 [act. II 38 f.]). Mit Verfügung vom 15. März 2006 (act. II 40) verneinte die IVB den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im April 2007 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 45) und verwies auf die seit 2003 bestehenden unfallbedingten Beschwerden. Nachdem die IVB anfänglich das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht gestellt hatte (act. II 52), liess sie den Versicherten nach erhobenen Einwänden und Vornahme weiterer Abklärungen (act. II 53, 56 - 59) polydisziplinär durch die MEDAS F._____ begutachten (Expertise vom 4. August 2008 [act. II 66]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 76) verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. Januar 2009 (act. II 79) den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Auch diese Verfügung blieb unangefochten.

Auf eine im November 2012 unter Hinweis auf seit 2001 bestehende krankheitsbedingte chronische Rücken- und Kopfschmerzen erfolgte Neu-anmeldung (act. II 82) trat die IVB nach Vornahme diverser Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 6. Februar

2013 (act. II 90, 96) nicht ein. Diese Verfügung blieb ebenfalls unangefochten.

B.

Nach einer im März 2021 durch die Arbeitgeberin des Versicherten, die G._____ AG, vorgenommenen Meldung zur Früherfassung (act. II 101), meldete sich der Versicherte im April 2021 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 106) und verwies auf einen Arbeitsunfall. Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 116, 118, 134) und holte die Akten der Unfall- (C._____) und der Krankentaggeldversicherung (H._____ AG [H._____]), ein (act. II 111.1 - 111.41, 125.1 - 125.5). Am 21. Juni 2021 (act. II 122) teilte die IVB mit, zurzeit könnten keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden, der Rentenanspruch werde geprüft. Mit Vorbescheid vom 14. Oktober 2021 (act. II 136) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 21 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwände (act. II 137, 139, 142) und reichte ein von der H._____ in Auftrag gegebenes psychiatrisches Gutachten der Begutachtungsstelle I._____ vom 6. Dezember 2021 (act. II 144) ein. Im weiteren Verlauf liess die IVB den Versicherten interdisziplinär durch die MEDAS J._____ (MEDAS J._____), begutachten (Expertise vom 20. Juli 2022 inklusive Teilgutachten [act. II 164.1 - 164.5]). Mit Vorbescheid vom 22. August 2022 (act. II 169) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 17 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Aufgrund der dagegen erhobenen Einwände und eingereichten medizinischen Unterlagen holte die IVB eine ergänzende Stellungnahme der MEDAS J._____ ein, welche am 12. Dezember 2022 erstattet wurde (act. II 174 f., 180 f., 184 f., 187). Diese Verfahrensschritte wiederholten sich ein weiteres Mal (Vorbescheid vom 21. Dezember 2022 [act. II 189], Einwände inklusive medizinischer Unterlagen [act. II 193 - 196], ergänzende Stellungnahme der MEDAS J._____ vom 23. März 2023 [act. II 198]). In der Folge verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) bei einem

Invaliditätsgrad von 17 % mit Verfügung vom 25. Juli 2023 den Anspruch auf eine Rente (act. II 199 f., 203, 206 f.).

C.

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 13. September 2023 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin mit der Anordnung zurückzuweisen, über die Rentenansprüche des Beschwerdeführers nach Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens, beinhaltend die medizinischen Fachrichtungen Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Psychiatrie, neu zu entscheiden, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 25. Juli 2023 (act. II 207). Streiting und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 25. Juli 2023 (act. II 207), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 5.4 hiernach), weshalb insoweit 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. auch Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen

[BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82).

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs

nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

2.4

2.4.1 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 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.4.3 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). Unerheblich 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).

2.4.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom April 2021 (act. II 106) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der leistungsverneinenden Verfügung vom 23. Januar 2009 (act. II 79) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen

Verfügung vom 25. Juli 2023 (act. II 207) zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.3 und 2.4.4 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Die Nichteintretensverfügung vom 6. Februar 2013 (act. II 96) stellt keinen Vergleichszeitpunkt dar, da damals keine materielle Prüfung des Leistungsanspruches stattgefunden hat (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht basierte die leistungsverneinende Verfügung vom 23. Januar 2009 (act. II 79) auf dem MEDAS-Gutachten der MEDAS F. _____ vom 4. August 2008 (act. II 66) mit Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin. Darin wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 66/17 Ziff. 4.1). Die Sachverständigen hielten fest (act. II 66/19 ff. B.), im Rahmen der jetzigen polydisziplinären Abklärung hätten internistischerseits keine gravierenden Befunde und Diagnosen festgestellt werden können. Die aktenkundige Verdachtsdiagnose des Lupus erythematoses discoides oder tumidus hätte keine Auswirkung auf die Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit. Auch psychiatrisch hätten sich keine pathologischen Befunde ergeben. Insbesondere habe die Gutachterin die im Vorgutachten von Dr. med. E. _____ enthaltenen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigen können. Die vom versicherungspsychiatrischen Dienst der C. _____ am 9. März 2005 postulierte Störung ICD-10 F32.21 sei für die MEDAS-Sachverständigen nicht nachvollziehbar. Auch der Aspekt einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht bestätigt worden. Aus neurologischer Sicht seien keinerlei Pathologica feststellbar gewesen. Insbesondere hätten sich keine Residuen des Ereignisses vom 4. August 2003 gefunden. Dieses sei somit übereinstimmend mit der stattgehabten unfallanalytischen Triage aus orthopädischer und neurologischer Sicht rückblickend als Bagatellunfall zu interpretieren. Es seien weder somatisch-orthopädisch-neurologische noch psychiatrische Folgen verblieben. Der neurologische Gutachter habe insgesamt ein deutlich demonstrativ-aggravierendes Verhalten attestiert. Diese Beobachtung werde auch in den Akten wiederholt festgehalten. Da nach polydisziplinärer

Abklärung tatsächliche pathologische Aspekte nicht auszumachen seien, bestehe auch keine indikative Begründung zur Verordnung z.B. von Antidepressiva und/oder Analgetika. Der Beschwerdeführer sei, wie bereits im neurochirurgischen Gutachten von Dr. med. D. _____ am 13. Februar 2006 beschrieben worden sei, für jede mittelbelastende Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Diese Aussage gelte auch für die angestammte Tätigkeit als diplomierter und qualifizierter

3.3 Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2023 (act. II 207) waren im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

3.3.1 Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, führte im Bericht vom 23. November 2021 (act. II 142/6 f.) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Chronisches, intermittierend exazerbierendes lumbovertebrales, gluteales und ischialgiformes Schmerzsyndrom links
- Linksbetontes zervikothorakales und intermittierend zervikobrachiales Schmerzsyndrom

Mit Sicherheit liege ein chronifiziertes schweres lumbovertebrales sowie linksseitiges gluteales und ischialgiformes Schmerzsyndrom vor. Zurzeit bestehe eine Exazerbation, welche eine vollständig eingeschränkte Beweglichkeit der LWS und eine schmerzbedingte Schonhaltung mit Flexion in den Hüft- und Kniegelenken zur Folge habe. Aufstehen und Setzen könne sich der Beschwerdeführer nur mit Mühe. Die klinische Untersuchung sei schmerzbedingt kaum möglich. Wegen eines stark erhöhten Muskeltonus und aktiver Gegenspannung sei eine konklusive Untersuchung der unteren Extremitäten nicht möglich. Das Ausmass und die Intensität der Beschwerden könnten durch die Befunde in der SPECT-CT-Untersuchung nicht erklärt werden. Mit Sicherheit liege eine muskuläre Überlastungsproblematik und wahrscheinlich zusätzlich eine Schmerzsensibilisierung vor. Eine gleichzeitig vorhandene entzündliche Affektion des Achsenskeletts könne nicht ausgeschlossen werden. Zur weiteren Klärung erfolge eine MRI-Untersuchung der gesamten Wirbelsäule und der ISG. Die Laboruntersuchung sei unauffällig geblieben.

3.3.2 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte am 6. Dezember 2021 im Auftrag der Krankentaggeldversicherung H. _____ ein psychiatrisches Gutachten (act. II 151.2). Soweit mit Bezug auf das vorliegend relevante Beweisthema der Erwerbsunfähigkeit von Bedeutung, wird darauf in Erwägung 4.2.2 (am Ende) nachfolgend eingegangen.

3.3.3 Dr. med. K. _____ führte im Bericht vom 12. Januar 2022 (act. II 144/23 f.) die folgende (Haupt-)Diagnose auf:

- Schwere, invalidisierende chronische Schmerzkrankheit

Es handle sich um eine Verlaufskonsultation zur Besprechung des MR-Befundes bei chronischen invalidisierenden Rückenschmerzen seit einem Autounfall 2003 mit im Verlauf multiplen Abklärungen und frustrierten verlaufenen Therapien. In der SPECT-CT der LWS und der ISG vom Oktober 2021 sei eine Aktivierung im Bereich beider ISG beschrieben worden. Die MR-Untersuchung der gesamten LWS und der ISG sei am 8. Dezember 2021 an der Radiologie des Spitals M. _____ erfolgt und habe lediglich altersentsprechende degenerative Veränderungen gezeigt. Ein Korrelat für das Ausmass und die Intensität der Beschwerden bestünden nicht. Somit handle es sich um eine schwere chronische invalidisierende Schmerzkrankung ohne anatomisch-strukturelles oder entzündliches Korrelat für die Beschwerden. Die Beschwerden hätten zu einem völlig dysfunktionalen Bewegungsmuster geführt.

3.3.4 Im interdisziplinären MEDAS J. _____-Gutachten vom 20. Juli 2022 (inklusive Teilgutachten [act. II 164.1 - 164.5]) mit Untersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie wurde in der interdisziplinären Konsensbeurteilung die folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 164.1/10 Ziff. 4.3 lit. b):

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
 - Chronisches multilokuläres, somatisch nicht abstützbares Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
 - Status nach Beckenprellung links am 16. November 2020

Die Sachverständigen hielten fest (act. II 164.1/9 Ziff. 4.3 lit. a), die ausführliche klinisch-rheumatologische Evaluation, unter Berücksichtigung von verschiedenen Berichten von Fachärzten des Bewegungsapparates und insbesondere einer ausführlichen früheren Bildgebung, habe keinerlei Diagnosen ergeben, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers negativ beeinflussen würden. Diagnostisch sei aus rheumatologischer Sicht ein chronisches multilokuläres, somatisch nicht abstützbares Schmerzsyndrom festgestellt worden in Analogie zu den letzten fachärztlich-rheumatologischen Evaluationen. Die fachärztliche psychiatrische Evaluation habe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und als Nebendiagnose eine gegenwärtig remittierte, anamnestisch rezidivierende depressive Störung ergeben. Für die zuletzt angestammte berufliche Tätigkeit seien eine 80%ige Arbeitsfähigkeit postuliert worden, für sonstige Tätigkeiten eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft. Aus allgemeininternistischer und anderweitiger somatischer Sicht hätten sich keine Diagnosen ergeben, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit negativ hätten beeinflussen können. Die Sachverständigen gaben weiter an (act. II 164.1/11 Ziff. 4.6 und 4.7), in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer sieben bis acht Stunden pro Tag anwesend sein, dabei bestehe eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei reduzierter Flexibilität und erhöhtem Pausenbedarf. In der bisherigen Tätigkeit bestehe bezogen auf ein 100%-Pensum eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bzw. 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsste die folgenden Merkmale aufweisen: Ausser dass dem Beschwerdeführer die Möglichkeit geboten werden sollte, gewisse Pausen bei der Arbeit einzulegen, bestünden keinerlei weitere quantitative oder qualitative Einschränkungen in Bezug auf die Leistungsfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt. In einer solchen Tätigkeit wäre eine Präsenz von acht Stunden pro Tag möglich, dabei bestehe eine geringe Einschränkung zur Gewährung von etwas vermehrten Pausen von 10 %. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe eine 90%ige Arbeitsfähigkeit bzw. 10%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt. Nach vorangehend nicht dokumentierter länger andauernder höhergradiger Arbeitsunfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab November 2020 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit dem Februar 2021 angenommen

werden. Seither könne, entgegen anderslautenden Einschätzungen in den Akten, keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit objektiv zuerkannt werden, die Einschränkung sei als selbstlimitierend zu interpretieren.

3.3.5 Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 23. September 2022 (act. II 180/5 - 7) zum MEDAS J._____-Gutachten vom 20. Juli 2022 (act. II 164.1 - 164.5) aus, in dem erwähnten Gutachten werde im psychiatrischen Teilgutachten die von ihm gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bestätigt. Auf die damit verbundenen relevanten klinischen Beschwerden, funktionellen Einschränkungen und die damit verbundenen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit werde jedoch ungenügend eingegangen. Die Sachverständigen gingen einzig aufgrund der gestellten Diagnose (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) davon aus, dass keine Arbeitsunfähigkeit beim Beschwerdeführer bestehen könne. Dies sei eine unzulässige und vorschnelle Schlussfolgerung, welche weder der gängigen klinisch-medizinischen noch versicherungsmedizinischen Praxis entspreche. Auf die im Gutachten und durch den Referenten wiederholt explorierten funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers, welche auch im Gutachten aufgeführt und vom Beschwerdeführer berichtet worden seien, werde weiter nicht oder nur ungenügend eingegangen. Insbesondere berichte der Beschwerdeführer, dass er Unterstützung in der Verrichtung von Alltagsaktivitäten wie Waschen bzw. Kleidung anziehen benötige. Die Sachverständigen gingen weiter nicht auf diese funktionellen Einschränkungen ein, berichteten lediglich diese seien nicht objektivierbar. Auf eine genauere Exploration betreffend Art, Umfang und Schweregrad beispielsweise mittels Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P) oder ähnlichen systematischen Tools, wie diese zunehmend in der versicherungsmedizinischen Praxis Eingang fänden, werde verzichtet bzw. eine weitere Exploration oder Würdigung finde nicht statt.

3.3.6 Dr. med. O._____, Facharzt für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 25. Oktober 2022 (act. II 181/3 f.) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Beidseitige, linksbetonte Lumbosakralgie
 - bei Sakroiliitis
 - bei ausgeprägten Myogelosen linksseitig
- Linksbetonte Zervikalgie mit linksseitiger intermittierender Zervikobrachialgie
 - bei breitbasiger linksbetonter Diskushernie C5/6 mit Entlordosierung der HWS
- Klinisch dringender V.a. depressive Episode 10/2021
- Status nach Autounfall 2003, von links durch einen anderen Fahrer angefahren

Zur Bildgebung wurde festgehalten: MRI der HWS vom 24. Oktober 2022: Breite, linksbetonte Diskushernie C5/6. Ausgeprägte Facettengelenk Effusion L4/5 beidseits (vgl. act. II 203/2). Dr. med. O. _____ hielt fest, beim Beschwerdeführer fänden sich deutliche bewegungsabhängige Lumbalgien, die zu einer Patienten-Symptomatik L4/5 passten. Weiterhin fänden sich linksbetonte Zervikobrachialgien, die durch eine Wurzelkompression C6 erklärt werden könnten. Der Neurochirurg erklärte, aus diagnostischen Gründen habe er eine Wurzelinfiltration C6 und Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits vorgesehen.

3.3.7 Im Bericht vom 6. Dezember 2022 (act. II 185/2 - 4) führte Dr. med. O. _____ die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

- Linksbetonte Zervikalgie mit linksseitiger intermittierender Zervikobrachialgie
 - bei breitbasiger linksbetonter Diskushernie C5/6 mit Entlordosierung der HWS
 - 24. November 2022: Facetteninfiltration C5/6 linksseitig mit Wurzelinfiltration C6 links: Für drei Tage deutliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik
- Beidseitige, linksbetonte Lumbosakralgie und Lumbalgie
 - bei Facettensyndrom L4/5 bei Hypermobilität von LWK 5
 - Mikroinstabilität L4/5 bei Hypoplasie von LWK 5 gegenüber LWK 4
 - bei Sakroiliitis
 - bei ausgeprägten Myogelosen linksseitig
- Klinisch dringender V.a. depressive Episode 10/2021
- Status nach Autounfall 2003, von links durch einen anderen Fahrer angefahren

Die Infiltration der Facettengelenke C5/6 habe die Beschwerden für etwa drei Tage deutlich verbessern können. Die Infiltration der Facettengelenke L4/5 habe eine Verbesserung von etwa vier Tagen gebracht. Aktuell seien in beiden Bereichen wieder ähnlich starke Schmerzen vorhanden. Im Bereich der HWS fänden sich 90 % der Beschwerden auf der linken Seite, die

Beschwerden erreichten auf der visuellen Analogskala (VAS) 7. Es fänden sich Schmerzausstrahlungen im Bereich der linken Schulter und des linken Oberarmes, vereinbar mit C6. Diese Beschwerden seien bereits seit über sechs Monaten stark vorhanden. Alle Schmerzen im Bereich des Nackens seien auch mit Kopfschmerzen vergesellschaftet. Kopfschmerzen habe der Beschwerdeführer bereits seit etwa 20 Jahren, wobei er seit 15 Jahren regelmässig Schmerzmedikamente einnehme. Die Hauptbeschwerden lokalisierten sich auf den linken Hals und die linke Schulter, es komme zu regelmässigen Parästhesien im Bereich der Finger II und III, selten IV der linken Hand. Diese seien gut erklärt durch die breitbasige Diskushernie C5/6.

3.3.8 In der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS J. _____ - Sachverständigen vom 12. Dezember 2022 (act. II 187) wurde aus psychiatrischer Sicht unter Bezugnahme auf die Stellungnahme von Dr. med. N. _____ vom 23. September 2022 (act. II 180/5 - 7) festgehalten, die Aussagen des Beschwerdeführers liessen bei diffusen und vagen Angaben und Vorbeireden, was auf eine Aggravation hinweise, kein zufriedenstellendes objektivierbares Bild bezüglich Aktivitäten erstellen und zu funktionellen Einschränkungen keine sicheren Angaben erheben. Zudem seien Medikamentenspiegel deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs gemessen worden. In der somatischen klinischen Untersuchung seien erhebliche Inkonsistenzen festgestellt worden, die die Inaktivität im beklagten Ausmass in Frage gestellt hätten, resp. nicht hätten nachvollziehbar erscheinen lassen. So könnten die vom Beschwerdeführer beklagten Einschränkungen nicht in dem Ausmass zur Beurteilung beigezogen werden. Weiter sei festzustellen, dass die Formulierung auf Seite 43 (des Gutachtens) ungünstig gewählt sei, da geschrieben werde, dass aufgrund der Diagnose keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegen könne. Hier sei zu präzisieren, dass natürlich nicht die Diagnose per se gemeint sei, sondern die festgestellten Symptome und die beklagten Beschwerden, wenn diese denn objektivierbar und nachvollziehbar erschienen, und welche überhaupt erst zur Diagnosestellung geführt hätten. Die Exploration sei erschwert gewesen durch eine diffuse und vage Beschwerdeschilderung, was bei einer Befunderhebung mittels Mini-ICF nicht zu verlässlich verwertbaren Resultaten geführt hätte, so dass darauf ver-

zichtet worden sei. Es sei zu ergänzen, dass der Tatsache, dass eine Schmerzstörung vorliege, durchaus Rechnung getragen werde, siehe Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit. Beim Vorliegen einer somatoformen Störung sei unter anderem erst dann eine erhebliche Invalidisierung anzunehmen, wenn alle Behandlungsmassnahmen ausgeschöpft seien, was bislang nicht bestätigt werden könne. Abschliessend bleibe mitzuteilen, dass dem Bericht von Dr. med. N._____ keine neuen Gesichtspunkte entnommen werden könnten und an der gemachten Einschätzung festgehalten werde.

Aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt, zusammenfassend könne festgestellt werden, dass die im Nachgang zum Gutachten durchgeführten bildgebenden Evaluationen von MRT HWS, MRT LWS und ISG vom 24. Oktober 2022 im Vergleich zum Gutachtenzeitpunkt des Referenten vom 16. Mai 2022 keine relevanten neuen Gesichtspunkte ergeben hätten. Das Ausmass der klinisch festgestellten, ganz erheblichen Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule korreliere aus Sicht des Referenten in keiner Art und Weise adäquat mit dieser Bildgebung. Der Referent habe im Weiteren im Abschnitt 6.1 (des Gutachtens) deutliche klinische Inkonsistenzen aufgeführt bei der Beobachtung der spontanen Bewegungsfähigkeit des Beschwerdeführers, gegenüber dem klinischen Status, z.B. bei der Untersuchung der Hüft- und Kniegelenke. Diese erhebliche Schmerzpräsentation sei somatisch orientiert nicht zu erklären gewesen. Der Referent habe daher abschliessend eine hochgradige subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit einer erheblichen Selbstlimitierung und einem offensichtlichen Krankheitsgewinn postuliert, indem der Beschwerdeführer geschildert habe, dass er überhaupt nicht in der Lage sei, irgendeiner Haushaltstätigkeit nachzugehen, der gesamte Haushalt werde durch seine Ehefrau und seine drei Kinder durchgeführt, er benötige zum Teil Hilfeleistung beim An- und Abziehen von Kleidungsstücken. Diese subjektiv massiv geschilderte Einschränkung, auch für ganz einfache persönliche Verrichtungen, könne somatisch orientiert in keiner Art und Weise durch adäquate Befunde am Bewegungsapparat erklärt werden, insbesondere nicht durch die oben aufgeführten Befunde im Bereich der HWS und der LWS. Daher habe der Referent postuliert, dass insgesamt keine relevanten Diagnosen vorlägen, welche die

Arbeits- und Leistungsfähigkeit erheblich beeinflussen würden. Im Vordergrund habe ein chronisches multilokuläres, somatisch nicht abstützbares Schmerzsyndrom gestanden. Diese Einschätzung habe sich ganz im Wesentlichen mit der Evaluation des ambulant behandelnden Rheumatologen Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom Januar 2022 gedeckt.

3.3.9 Dr. med. N. _____ hielt in der Stellungnahme vom 26. Januar 2023 (act. II 196/3 f.) fest, aus Sicht des Referenten bestätigten die Sachverständigen in ihrer Stellungnahme im Gegensatz zu ihrem Gutachten, dass funktionelle Einschränkungen aufgrund der Grunderkrankung möglich seien und dass eine abschliessende Beurteilung dieser nicht möglich sei. Weiterhin könne in Anbetracht vager Aussagen nicht per se auf eine Aggravation geschlossen werden. Die Sachverständigen widersprächen sich weiter bezüglich ihrer Aussage im Gutachten und gäben an, dass Behandlungsmassnahmen, insbesondere eine stationäre psychosomatische Behandlung indiziert seien, bei der genannten Diagnose. Dennoch blieben die Sachverständigen bei ihrer Einschätzung und sähen davon ab zunächst eine Schadensminderung durchzuführen bzw. zu empfehlen, alle Behandlungsoptionen auszuschöpfen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass in der Stellungnahme auf die restlichen Punkte bzw. Beanstandungen des Gutachtens nicht eingegangen worden sei, insbesondere der medizinisch-psychiatrischen Situation sei nicht genügend Rechnung getragen worden.

3.3.10 Die MEDAS J. _____-Sachverständigen führten in der ergänzenden Stellungnahme vom 23. März 2023 (act. II 198) aus, das psychiatrische Beschwerdebild sei anlässlich der Begutachtung eingehend exploriert worden, die beklagten Beschwerden seien unter Berücksichtigung der Akten wie auch des aktuellen psychopathologischen Befundes evaluiert und diskutiert worden. Der medizinisch-psychiatrischen Situation sei somit Rechnung getragen worden. Vage und diffuse Angaben, Vorbeireden, Widersprüche, ein fehlendes Eingehen auf Detailfragen und Medikamentenspiegel, die auf eine fehlende Einnahme hinwiesen, liessen die Authentizität von Beschwerden und präsentierten Symptomen in Frage stellen. Es sei durchaus ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild festgestellt worden, welches sich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswir-

ke. Es sei jedoch nicht die Aufgabe des Gutachters, einen verbindlichen Behandlungsplan aufzustellen. Vielmehr gelte es, auf die leitlinienorientierten Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen. Dem Bericht von Dr. med. N._____ seien keine neuen Gesichtspunkte bezüglich klinisch relevanter Symptome oder weiterer Behandlungsschritte zu entnehmen, sodass an der Einschätzung von Mai 2022 festgehalten werde.

3.3.11 Dr. med. O._____ hielt im Bericht vom 24. April 2023 (act. II 200/4 - 7) die folgenden (Haupt-)Diagnosen fest:

- Beidseitige Zervikalgie mit linksseitiger intermittierender Zervikobrachialgie C6
 - mit radikulärem Reizsyndrom und sensiblem Ausfallsyndrom C6 auf der linken Seite
 - bei beidseitiger starker Unkovertebralarthrose C5/6
 - bei linksseitiger Foraminalstenose C6
 - bei breitbasiger linksbetonter Diskushernie C5/6 mit Entlordosierung der HWS
 - 24. November 2022: Facetteninfiltration C5/6 linksseitig mit Wurzelinfiltration C6 links: Für drei Tage deutliche Verbesserung der Beschwerdesymptomatik
- Beidseitige, linksbetonte Lumbosakralgie und Lumbalgie
 - bei Facettensyndrom L4/5 bei Hypermobilität von LWK 5, Mikroinstabilität L4/5 bei Hypoplasie von LWK 5 gegenüber LWK 4 bei Sakroiliitis bei ausgeprägten Myogelosen linksseitig
- Klinisch dringender V.a. depressive Episode 10/2021
- Status nach Autounfall 2003, von links durch einen anderen Fahrer angefahren
- 11/2019 (richtig: 11/2020): Arbeitsunfall mit Schlag auf linkes Becken

Beim Beschwerdeführer fänden sich doppelte Beschwerden: Die Hauptbeschwerden lokalisierten sich auf die untere HWS, weiterhin fänden sich starke Beschwerden im Bereich des lumbosakralen Überganges. HWS: Die Beschwerden dort seien durch eine schwere bis starke Unkovertebralarthrose auf der Höhe C5/6 gut erklärt. Die Pathologien der HWS seien radiologisch gut dokumentiert. Alle Tätigkeiten, bei denen der Beschwerdeführer seinen Hals stark drehen oder beugen müsse, seien ihm nicht zumutbar. Es bestehe darum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Vorgesehen sei eine Infiltration auf der Höhe C5/6 mit Verlaufskontrolle in der Sprechstunde. LWS: Hier finde sich eine Hypoplasie von LWK 5 mit Mikroinstabilität. Dies erkläre die Beschwerden im Bereich der Facettengelenke L5/S1 und L4/5. Vorgesehen sei ein Fortsetzen der Physiotherapie und bei Bedarf eine Infil-

tration der Facettengelenke L4/5 und L5/S1. Bei starken Kopfschmerzen bestehe zusätzlich eine Arbeitsunfähigkeit wegen Migräne.

3.3.12 Im Bericht vom 13. Juni 2023 (act. II 203/1 - 3) hielt Dr. med. O._____ fest, die Facetteninfiltrationen C5/6 hätten die Zervikalgien für einige Stunden fast vollständig zum Verschwinden bringen können. Dies belege, dass das Segment C5/6 wesentlich an den Beschwerden beteiligt sei. Da die Beschwerden progredient seien, habe er eine neue MRI-Untersuchung der HWS vorgesehen.

3.3.13 In der Stellungnahme vom 19. Juli 2023 (act. II 206) führte die RAD-Ärztin Dr. med. P._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, nach eingehender Würdigung der Akten aus, wie ausführlich begründet, erschienen aus medizinischer Sicht erneute medizinische Abklärungen nicht indiziert, da das Gutachten schlüssig und nachvollziehbar sei.

3.4 Wie bereits erwähnt (E. 3.1 hiervor), bildet Vergleichsbasis die Verfügung vom 23. Januar 2009 (act. II 79), mit welcher der geltend gemachte Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS-F._____ vom 4. August 2008 (act. II 66) abgewiesen wurde. Der Beschwerdeführer machte damals Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen geltend (act. II 66/17). Wie bereits in der im Jahre 2006 erfolgten Vorbegutachtung durch Dr. med. D._____ (act. II 38), anlässlich welcher in der röntgenologischen und MRI-Bildgebung sich weder gravierende degenerative Veränderungen noch traumatische Läsionen der Strukturen von HWS, LWS und BWS fanden und aus neurochirurgischer Sicht keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden somatischen Befunde erhoben werden konnten (so zusammengefasst in act. II 66/18; vgl. auch act. II 38/10 und 12 ff.), konnten auch im Rahmen der 2008 erfolgten MEDAS-Begutachtung keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden Befunde erhoben werden. Damit wurde das von Dr. med. D._____ umschriebene Zumutbarkeitsprofil, wonach der Beschwerdeführer für jede mittelbelastende Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig war (act. II 38/15), bestätigt (act. II 66/21 f.). Die vom Beschwerdeführer damals demonstrierten Beschwerden wurden aus gutachterlicher Sicht als deutlich demonstrativ-aggravierendes Verhalten gewertet. Dies unter Hinweis auf

die nicht organisch wirkenden Gangstörungen und ein ausgeprägtes Schmerz-Schonverhalten, welches eklatant beim Gang und bei der Prüfung der HWS zum Vorschein kam, wobei die HWS aktiv kaum bewegt werden konnte, kontrastierend mit einem palpatorisch praktisch normalen Tonus der Nackenmuskulatur und der Trapeziuswülste (act. II 66/41).

Anlässlich der aktuellen Begutachtung demonstrierte der Beschwerdeführer ein unverändertes Beschwerdebild mit anhaltenden, komplett therapieresistenten lumboglutealen Schmerzen, chronischen Zervikalgien mit kapuzenartigen Kopfschmerzen und interskapulären Schmerzen mit zum Teil Ausstrahlung in den Schultergürtel (act. II 164.5/1), wozu der rheumatologische Gutachter mit einlässlicher und nachvollziehbarer Begründung festhielt, es bestehe nun eine zur Begutachtung 2008 völlig identische Situation, indem ein Bagatelltrauma zu einem anhaltenden und bis anhin nicht zu beeinflussenden chronifizierten Schmerzsyndrom geführt habe, ohne dass dieses strukturell anatomisch adäquat zu erklären sei. Es bestehe eine eindrückliche subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit einer klaren Selbstlimitierung und einem sekundären Krankheitsgewinn (act. II 164.5/14). Nichts Anderes wurde bereits anlässlich der Aufenthalte in der Rehaklinik Q. _____ festgestellt (act. II 13/34). Im Lichte dieser Feststellungen ist eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen, weshalb das neuerliche Rentenbegehren bereits deshalb abzuweisen ist. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die mit der Beurteilung des aktuellen Zustandes beauftragten Sachverständigen dem Beschwerdeführer zufolge seines Schmerzverhaltens eine Leistungseinschränkung zugestehen, ist doch die Symptomatik nach der Aktenlage unverändert geblieben, womit es sich bei der aktuellen Beurteilung bloss um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Zustandes handelt, was revisions- bzw. neuanmeldungsrechtlich unerheblich ist (vgl. E. 2.4.3 hiavor). Doch selbst wenn eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorläge, wäre die Beschwerde aus den nachfolgenden Gründen abzuweisen (vgl. E. 4 und 5 hiernach).

4.

4.1

4.1.1 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).

4.1.2 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).

4.1.3 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 Das MEDAS J. _____-Gutachten vom 20. Juli 2022 (inklusive Teilgutachten [act. II 164.1 - 164.5]) erweist sich als voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Was der Beschwerdeführer aufgrund der bei den behandelnden Ärzten eingeholten Stellungnahmen dagegen einwendet, überzeugt nicht:

4.2.1 Im Zusammenhang mit dem rheumatologischen Teilgutachten macht der Beschwerdeführer insbesondere geltend (Beschwerde S. 6 f. III./Art. 3/Ziff. 4.1), im Bericht des Neurochirurgen Dr. med. O. _____ vom 25. Oktober 2022 werde gestützt auf eine am 24. Oktober 2022 durchgeführte MRI-Bildgebung über eine breite, linksbetonte Diskushernie C5/6 und eine ausgeprägte Facettengelenk Effusion L4/5 beidseits berichtet, mit der Dr. med. O. _____ die klinisch und befundlich festgestellte Patienten-Symptomatik L4/5 erkläre. Um die Ursache der linksbetonten Cervicobrachialgien zu klären, werde er eine Wurzelinfiltration C6 und Facettengelenksinfiltration L4/5 durchführen. Damit konfrontiert, spreche der rheumatologische Teilgutachter in der Stellungnahme von einer fortgeschrittenen Unkovertebralarthrose, der er – im Vergleich zu den MR-Aufnahmen vom 7. Oktober 2021 – keine Relevanz beimesse. Weshalb dies so sei, bleibe im Dunkeln und sei angesichts der fachärztlich diagnostizierten, objektiv ausgewiesenen Zustandsverschlechterung nicht nachvollziehbar. Der Gutachter führe schliesslich aus, dass auch unter Berücksichtigung der neusten MR-Bildgebung der HWS vom 24. Oktober 2022 die im klinischen Status am 16. Mai 2022 erhobenen Bewegungseinschränkungen nicht adäquat erklärt werden könnten. Diese Ausführungen gingen am Kern der Sache vorbei. Massgebend könne nicht nur sein, ob eine festgestellte Bewegungseinschränkung durch den neuen MR-Befund erklärt werden könne, sondern vielmehr sei relevant, inwiefern sich daraus funktionelle Einschränkungen ergäben.

Der rheumatologische Gutachter hat anders als der behandelnde Neurochirurg Dr. med. O. _____ die bildgebenden Befunde der HWS und der

LWS (act. II 164.5/7 f.) nicht isoliert, sondern im Kontext mit den von ihm und dem behandelnden Rheumatologen Dr. med. K. _____ (vgl. dazu act. II 142/6 f. und 144/23 f.) anlässlich der klinischen Untersuchungen erhobenen Erkenntnissen (vgl. dazu act. II 164.5/4 ff. Ziff. 4.1 ff.) sorgfältig und für das Gericht in nachvollziehbarer und überzeugender Weise gewürdigt (act. II 164.5/9 ff. Ziff. 6.1 ff.). Den bildgebenden Befunden vom 7. Oktober 2021 (act. II 156/4 - 9) und 8. Dezember 2021 (act. II 156/2 f.) zufolge bestehen an der gesamten Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS und ISG) und den Hüften im Allgemeinen altersentsprechende Verhältnisse und einzig hinsichtlich der C6-Wurzel gibt es Hinweise auf eine mögliche Reizung bzw. Neurokompression. Eine solche konnte indessen der Gutachter anlässlich der klinischen Untersuchung – in ähnlicher Weise wie bereits die Ärzte der Rehaklinik Q. _____ (act. II 13/40) – ausschliessen (act. II 164.5/5 und 10 [leicht unterhalb der Mitte] sowie act. II 187/3). Wenn Dr. med. O. _____ entgegen den Empfehlungen des behandelnden (act. II 142/6 f. und act. II 144/23 f.) und des begutachtenden Rheumatologen (act. II 164.5/10 ff. Ziff. 6.1 ff.) allein aufgrund der bildgebenden Befunde und der im Rahmen eines "völlig dysfunktionalen Bewegungsmusters" (act. II 144/23) demonstrativ-aggravatorisch (vgl. dazu bereits act. II 22/7, act. II 38/10, act. II 66/39 und act. II 164.5/10 sowie act. II 187/1 ff.) beklagten Schmerzen diese in neurochirurgischer Hinsicht für weiterhin behandlungsbedürftig hält und ein operatives Vorgehen ohne jegliche Anhaltspunkte auf einen dauerhaften Behandlungserfolg (Infiltrationen bringen einen Behandlungserfolg von bloss drei bzw. vier Tagen [act. II 185/2]) weiterhin durchführt, spricht dies nicht gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Beurteilung. Im Übrigen leitet Dr. med. O. _____ aufgrund seiner Erkenntnisse lediglich Beeinträchtigungen hinsichtlich Tätigkeiten ab, bei denen der Beschwerdeführer seinen Hals *stark* drehen oder beugen muss, woraus mitnichten eine "vollständige Arbeitsunfähigkeit" (act. II 200/6) begründet werden kann.

4.2.2 Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens bringt der Beschwerdeführer insbesondere vor (Beschwerde S. 4 ff. III./Art. 3/Ziff. 3.1 ff.), wie die Gutachterin zu der die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) komme, namentlich wie sich diese

herleite, welche Beschwerden zur Diagnosestellung führten und wie der Verlauf sei, werde nicht dargelegt. Neben den Beschwerden würden ebenso wenig die sich daraus ergebenden funktionellen Beeinträchtigungen beschrieben, die zentrales Element für die daraus abzuleitende Arbeitsunfähigkeit seien. In der ergänzenden Stellungnahme habe die Gutachterin diffuse und vage Angaben und ein Vorbeireden des Beschwerdeführers geltend gemacht, das auf Aggravation hinweise, weshalb sich kein zufriedenstellendes objektivierbares Bild bezüglich Aktivitäten habe erstellen und sich zu funktionellen Einschränkungen keine sicheren Angaben hätten erheben lassen. Die Gutachterin habe ohne nähere Ausführungen eine 20%ige bzw. 10%ige Arbeitsunfähigkeit bei "reduzierter Flexibilität und erhöhtem Pausenbedarf" beziffert; eine nachvollziehbare Begründung zum Ausmass (weshalb 20 % bzw. 10 % und nicht 40 % bzw. 50 %) und weshalb die Arbeitsunfähigkeiten in Bezug auf die angestammte und die leidensangepassten Tätigkeiten unterschiedlich ausfielen, fehle komplett.

Dass sich der Beschwerdeführer in medizinischen Untersuchungssituationen als wortkarg, in-sich-gekehrt, mimikarm, schmerzgeplagt und fatalistisch (act. II 13/37, act. II 22/6, act. II 39/4 f., act. II 66/27 und act. II 164.4/5 f.), in der Schmerzbeschreibung wenig differenziert (act. II 13/33 und act. II 66/27) bzw. diffus und vage (act. II 187/1) bei auffällig schmerzbetontem Schonverhalten mit übertriebener Empfindlichkeit (act. II 66/39) präsentiert, ist aufgrund der gesamten medizinischen Aktenlage erstellt und von "vorgeschoben" kann entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4) keine Rede sein. Was die Diagnose anbetrifft, erweist sich diese nicht nur als nachvollziehbar hergeleitet, sondern auch in Übereinstimmung stehend mit den übrigen psychiatrischen Akten, soweit auf diese abgestellt werden kann. Was die Kritik an der Differenz der Leistungseinschränkung mit Bezug auf die bisherige und eine angepasste Tätigkeit anbetrifft, ist diese nicht zu hören, hält doch die Gutachterin bezüglich einer angepassten Tätigkeit in Ziff. 8.2.1 (act. II 164.4/9) unmissverständlich fest, dass sich diese dadurch auszeichnet, dass sie genügend Möglichkeiten zur Einlegung von Pausen einräumt, womit – im Vergleich zu einer Tätigkeit ohne diese Möglichkeit – auch weniger Anlass zu einer ermüdungsbedingten Leistungsbeeinträchtigung besteht. Was die Kritik aufgrund der unterschiedlichen fachpsychiatrischen Auffassungen über einen sogenannten

"Ausschlussvorbehalt" anbelangt (Beschwerde S. 5 f. III./Art. 3/Ziff. 3.3), mag dies fachtheoretisch von Interesse sein, indessen ist die vom Beschwerdeführer erhobene Kritik mit Bezug auf das vorliegend relevante und von der Gutachterin unter Einbezug der psychopathologischen Befunde, welche insbesondere auch depressive Komponenten wie Niedergestimmtheit, Traurigkeit und Weinerlichkeit beinhalten (act. II 164.4/6), abschliessend beantwortete Beweisthema der Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens (auf Nuancen bei der Diagnosestellung kommt es dagegen nicht an) nicht relevant und damit ebenfalls nicht zu hören.

Ebenso wenig vermag die Kritik des Beschwerdeführers, im Gegensatz zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS J. _____ zeichne sich das von Dr. med. L. _____ verfasste Gutachten durch eine sehr detaillierte und differenzierende Beurteilung, insbesondere auch betreffend der Prognose, die im besten Fall eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in zehn Monaten (richtig: sechs Monate; act. II 151.2/18 Ziff. 5.1) vorsehe, Zweifel an der Zuverlässigkeit und Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung zu erwecken. Dr. med. L. _____ erstattete ihr Gutachten rund ein halbes Jahr zuvor im Auftrag der Krankentaggeldversicherung und hatte daher ihre Beurteilung primär nicht auf die Erwerbs-, sondern auf die Arbeitsfähigkeit zu fokussieren. Dabei hielt sie unmissverständlich fest, dass die psychosozialen und soziokulturellen Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Schwere der von ihr diagnostizierten Depression und zusammen mit der langjährigen, chronifizierten Schmerzstörung zu einer zunehmenden Verbitterung beim Beschwerdeführer geführt hätten (act. II 151.2/20 Ziff. 7), was sie bei der Beurteilung der zum Begutachtungszeitpunkt gegebenen Arbeitsfähigkeit zweifellos mitberücksichtigte. Aufgrund dieser Gegebenheiten erachtete sie – wie die Gutachterin der MEDAS J. _____ (vgl. dazu act. II 164.4/8 Ziff. 7.1) – die Prognose als "reserviert", hielt indessen aufgrund der in den Jahren 2013/14 bei intensiven therapeutischen Bemühungen erreichten Verbesserung des Gesundheitszustandes mit erfolgreicher Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt dafür, dass die Ressourcen für eine Salutogenese grundsätzlich vorhanden und diese durch geeignete therapeutische Massnahmen auch in der aktuellen Situation wieder mobilisierbar sein sollten und der Beschwerdeführer in spätestens sechs Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen soll-

te (act. II 151.2/18 Ziff. 5.1). Mit Bezug auf das vorliegend relevante Beweisthema der Erwerbsfähigkeit steht diese Beurteilung, insbesondere unter Ausklammerung der therapeutisch angehbaren Auswirkungen der psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren, in Einklang mit derjenigen der MEDAS J. _____-Gutachterin, welche zusammenfassend festhält, aufgrund der Diagnose, den Untersuchungsergebnissen in den somatischen Teilgutachten und der Tatsache, dass im langjährigen Verlauf eine Arbeitsfähigkeit bestanden und keinerlei psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe, könne keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegen (act. II 164.4/8 f. Ziff. 7.1).

Eine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 ist entbehrlich, da selbst unter Berücksichtigung der psychiatrisch begründeten Leistungseinschränkung (act. II 164.1/10 Ziff. 4.5) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 5 hiernach); eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (Entscheid des Bundesgerichts vom 14. April 2019, 8C_783/2019, E. 4.1.4).

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

5.2 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte mitein-

ander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

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).

5.3

5.3.1 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

5.3.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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 LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der To-

talwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten 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/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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).

5.4 Der Beschwerdeführer ist seit dem 17. November 2020 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (act. II 102) und die Neuanmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im April 2021 (act. II 106), so dass der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.3 hiavor) auf November 2021 fällt. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

5.5

5.5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf das zuletzt bei der G. _____ AG als ... bzw. ... (act. II 101, act. II 151.2/8 Ziff. 2.4.1) erzielte Einkommen abgestellt (act. II 207/2). Indessen ist für das Valideneinkommen davon ausgehend, dass der Be-

schwerdeführer nach einer vierjährigen Berufslehre einen Fähigkeitsausweis als ... erlangt haben soll (dieser befindet sich entgegen act. II 3/7 nicht in den Akten), auf das Einkommen eines ... mit Fähigkeitsausweis abzustellen. Auszugehen ist somit von den LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert), nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziff. 45 - 47, Handel; Instandhaltung und Reparatur von Motorfahrzeugen, Kompetenzniveau 2, Männer, im Betrag von monatlich Fr. 5'480.-- bzw. jährlich Fr. 65'760.--. Angepasst an den Nominallohnindex des Jahres 2021 resultiert ein Betrag von Fr. 65'697.50 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2021, Ziff. 45 - 47, Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen, Index Jahr 2020: 105.2 Punkte, Index Jahr 2021: 105.1 Punkte).

5.5.2 Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm an sich zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Daten zu ermitteln (vgl. E. 5.3.2 hiervoor). Auszugehen ist von den LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert), nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, im Betrag von monatlich Fr. 5'261.-- bzw. jährlich Fr. 63'132.--. Angepasst an den Nominallohnindex des Jahres 2021 resultiert ein Betrag von Fr. 62'659.10 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2021, Total, Index Jahr 2020: 106.8 Punkte, Index Jahr 2021: 106.0 Punkte). Die Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Abschnitt Total im Jahr 2021 ergibt einen Betrag von Fr. 65'322.10 (Fr. 62'659.10 / 40 h x 41.7 h). Einen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 5.3.2 hiervoor) hat die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht gewährt. Unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer angepassten Tätigkeit (act. II 164.1/11 Ziff. 4.7) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 58'789.90 (Fr. 65'322.10 x 0.9).

5.5.3 Die Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 11 % ($[(\text{Fr. } 65'697.50 - \text{Fr. } 58'789.90) / \text{Fr. } 65'697.50 \times 100 = 10.51 \%$; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Die Beschwerde ist folglich 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (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 werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ 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.