

200 23 808 IV  
JAP/IMD/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. März 2024**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Oktober 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1971 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog zwischen dem 1. Juni 2013 und dem 31. Juli 2014 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV; Akten der IV [act. II] 100; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 21. Mai 2015, IV/2015/180 [act. II 111]). Auf eine im Oktober 2015 erfolgte Neuanmeldung (act. II 120) trat die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 16. Februar 2016 (act. II 134) nicht ein.

Nach erneuter Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2018 (act. II 147) verneinte die IVB mit Verfügung vom 20. April 2020 (Akten der IV [act. IIA] 198) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % einen Rentenanspruch. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern wies die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 201 S. 3 ff.) mit Urteil vom 1. Oktober 2020, IV/2020/379, ab (act. IIA 208). Das Bundesgericht bestätigte dieses Urteil mit Entscheid vom 14. April 2021, 8C\_696/2020 (act. IIA 221).

### **B.**

Noch während des beim Bundesgericht hängigen Beschwerdeverfahrens meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung wiederum bei der IVB zum Leistungsbezug an (Brief vom 4. Januar 2021 [act. IIA 214]). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_\_ AG (MEDAS) vom 22. Mai 2023 (Akten der IV [act. IIB] 285.1-285.9) stellte sie mit Vorbescheid vom 16. Juni 2023 (act. IIB 293) die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. IIB 296) und einer diesbezüglichen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 27. September 2023 (act. IIB 303 f.) verfügte sie am 11. Oktober 2023 wie angekündigt (act. IIB 305).

## **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, mit teilweise handschriftlich verfasster Eingabe vom 13. November 2023 Beschwerde.

Mit Eingabe vom 14. November 2023 (zunächst per Fax) machte die Rechtsvertreterin materielle Ausführungen und stellte Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Am 19. November 2023 reichte sie ein bereinigtes Doppel (Maschienschrift) der Beschwerde vom 13. November 2023 zu den Akten.

Mit Eingabe vom 8. Dezember 2023 reichte die Rechtsvertreterin einen Bericht des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 16. November 2023 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 14) ein.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 29. Januar 2024 replizierte der Beschwerdeführer.

Am 16. Februar 2024 ging eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers vom 14. Februar 2024 samt Verlaufsbericht von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 31. Januar 2024 (act. I 17) beim Verwaltungsgericht ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente 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** In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs dahingehend geltend, dass ihm im Einwandverfahren verweigert worden sei, die Rohdaten bezüglich der SKID-II-Diagnostik (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-Diagnostik) einzusehen (Beschwerde S. 3 Ziff. 1; Replik S. 3; act. IIB 296 S. 4, 301; vgl. act. I 4).

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mit-

wirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Als dessen Teilgehalt umfasst der Anspruch auf rechtliches Gehör auch das Recht, Einsicht in sämtliche verfahrensbezogenen Akten zu nehmen, die geeignet sind, Grundlage eines späteren Entscheids zu bilden (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1). Aus Art. 29 Abs. 2 BV ergibt sich nach ständiger Rechtsprechung indessen kein Anspruch auf Einsicht in rein interne Akten, die für die interne Meinungsbildung bestimmt sind und welchen kein Beweischarakter zukommt (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 478, 125 II 473 E. 4a f. S. 474, 115 V 297 E. 2g/aa S. 303). Dementsprechend besteht auch im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, etwa schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde. Das Gericht kann indessen zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens angezeigt erscheint (zum Ganzen: SVR 2011 IV Nr. 47 S. 142; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. November 2017, 8C\_466/2017, E. 4.1.2 m.w.H.).

**2.3** Nach dem Dargelegten besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in den vom Exploranden ausgefüllten und als interne Akten zu qualifizierenden Screeningfragebogen des SKID-II (vgl. dazu etwa RENTROP/MÜLLER/BÄUML [Hrsg.], *Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie*, 4. Aufl. 2009, S. 12 f.). In nachvollziehbarer Weise bezeichnete die MEDAS ihre diesbezügliche "Geheimhaltung" in der an die Beschwerdegegnerin adressierte E-Mail vom 29. August 2023 (act. IIB 301 S. 1) als selbstverständlich, zumal zum Bezug dieser Tests gegenüber dem Anbieter zum Schutz vor Missbrauch durch unkontrollierte Weiterverbreitung eine Facharzturkunde Psychiatrie und Psychotherapie oder ein Diplom in Psychologie vorzulegen seien. Ebenso wies die MEDAS zutreffend darauf hin, dass es sich bei den Tests nicht um eine Interpretation, sondern um eine Auswertung handle. Der Beizug dieses Dokuments zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen des psychiatrischen Teilgutachtens

war – wie nachfolgend aufgezeigt wird – nicht angezeigt. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt damit nicht vor.

### 3.

**3.1** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) in Kraft getreten (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305), womit sie nach dem Inkrafttreten der WEIV vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die im Januar 2021 erfolgte Neuanmeldung (act. IIA 214) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG, des ATSG und der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend sind (fortan aArt; vgl. Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamts 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, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**3.2** Was die im Januar 2023 in Auftrag gegebene (act. IIA 260) und im Februar bzw. März 2023 durchgeführte (act. IIB 285.1 S. 3 Ziff. 2) polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS betrifft, sind nach dem allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsatz (vgl. E. 3.1 hiavor) in Bezug auf die verfahrensrechtlichen Grundsätze zur Auswahl einer sachverständigen Person, die Partizipationsrechte der versicherten Personen sowie die Durchführung der Begutachtung als solche die ab 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen der WEIV massgebend.

**3.3** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

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).

**3.4** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**3.5** Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen 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.

**3.6** 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).

**3.7** 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).

### **3.8**

**3.8.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Entscheid des BGer vom 26. Juni 2023, 8C\_661/2022 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.6.2; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 115 E. 5.1).

**3.8.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewis-

ern, 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).

**3.8.3** 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).

**3.8.4** 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).

#### **4.**

**4.1** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 4. Januar 2021 (act. IIA 214) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 20. April 2020 (act. IIA 198) und der Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten

ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

**4.2** In medizinischer Hinsicht basierte die rechtskräftige Verfügung vom 20. April 2020 (act. IIA 198; vgl. VGE IV/2020/379 [act. IIA 208]; BGer 8C\_696/2020 [act. IIA 221]) auf dem von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten psychiatrischen Gutachten vom 26. September 2019 (act. II 171.1) bzw. dessen Stellungnahme vom 12. Februar 2020 (act. IIA 194). Der Gutachter diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein paranoides Zustandsbild (ICD-10 F22.0); als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; act. II 171.1 S. 32 Ziff. 6). Er attestierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in jedweder Tätigkeit (act. II 171.1 S. 37 Ziff. 8.2; act. IIA 194 S. 2).

**4.3** Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das MEDAS-Gutachten vom 22. Mai 2023 (act. IIB 285.1-285.9). Diesem sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (act. IIB 285.1 S. 7 Ziff. 4.3):

1. Fatigue-Syndrom (ICD-10 G93.3) bei St. n. Morbus-Hodgkin-Erkrankung (ICD-10 C81.9), ED 2010, Rezidiv 2012, St. n. nach Chemotherapie und Radiotherapie (2010) sowie Hochdosis-Chemotherapie und autologer Stammzellentransplantation (2013), seither in kompletter Remission
2. Polyneuropathie bei Z. n. Krebserkrankung (Morbus Hodgkin) mit konsekutiver Hochdosis-Chemotherapie (vier Zyklen) und zusätzlichem Diabetes mellitus, Erstsymptomatik 01/2011, Erstdiagnose 11/2020 (ICD-10 G62.88)
3. Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (MRI LWS vom 08.04.2010: Nachweis einer kleinen, extraforaminalen Diskushernie rechts, Höhe L2/3 ohne wesentliche Beeinträchtigung der L2-Wurzel; MR LWS vom 28.01.2020: relative Enge in Segment LWK 5 / SWK 1 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel S1 rechts, eine Neurokompression ist gegebenenfalls unter Belastung möglich; ICD-10 M54.5)
4. Zervikovertebrales und -spondylogenes Schmerzsyndrom (MRI HWS vom 16.08.2021: foraminale Stenosen HWK 5/6 rechts und HWK 6/7 beidseits; ICD-10 M54.2).

In internistischer Hinsicht führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Allergologie und klinische Immunologie,

aus, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIB 285.3 S. 8 Ziff. 6.3).

Aus dem von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Innere Medizin und für Hämatologie, verfassten onkologischen Teilgutachten geht hervor, derzeit könne von einer kompletten Remission des Morbus Hodgkin ausgegangen werden. Somit seien aus rein onkologischer Sicht Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nach zehn Jahren rezidivfreiem Krankheitsverlauf durch die Lymphomkrankung per se nicht ausreichend begründet. Allerdings klagt der Explorand auch über eine Erschöpfung, die in den Unterlagen bereits als eine Cancer-related Fatigue (CrF) gewertet werde. Es bestehe Tumorfreiheit, klinisch sichere Hinweise auf eine tumorassoziierte Krankheitsaktivität fänden sich nicht. In den Laboruntersuchungen fänden sich keine Hinweise auf eine signifikante sekundär organspezifische Ursache einer Fatigue-Symptomatik. Nichtsdestotrotz könne auch nach vielen Jahren eine Fatigue-Symptomatik persistieren. Diese werde aus onkologischer Sicht als allenfalls sehr geringer Teil der Gesamtsymptomatik eingeordnet und in einer Grössenordnung von etwa 25 % Einschränkung des Leistungsvermögens (bezogen auf ein 100 %-Pensum) in angestammter und 10 - 20 % in adaptierter Tätigkeit gewertet (act. IIB 285.4 S. 10 f. Ziff. 6.3). Schwere und schwerste körperliche Tätigkeiten seien nicht mehr vorstellbar. Leichte Tätigkeiten ohne hohe körperliche Anforderungen, insbesondere in Bezug auf exogene Belastungsfaktoren (v.a. sehr starke Hitze oder Temperaturen unter null Grad) sollten in einem Pensum von sieben Stunden (80 %) täglich möglich sein (act. IIB 285.4 S. 12 Ziff. 7.2, S. 13 Ziff. 8).

Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, hielt aus neurologischer Sicht fest, in Zusammenschau der ausführlichen Anamnese, des neurologischen Untersuchungsbefundes sowie der Aktenlage sei von einer Polyneuropathie gemischter Ätiologie bei Zustand nach Krebserkrankung (Morbus Hodgkin) mit konsekutiver Hochdosis-Chemotherapie und zusätzlichem Diabetes mellitus auszugehen. Die Missempfindungen an allen vier Extremitäten fänden Einordnung im Rahmen der Polyneuropathie. Die Symptome der Polyneuropathie seien aktuell nicht sehr weit fortgeschritten (keine Stand- oder Gangataxie). Zudem könne eine Neurapraxie (leichteste

Form von Nervenschädigung) des Nervus peroneus superficialis rechts bei Zustand nach Ganglionexzision und Ganglionrezidiv am ventralen oberen Sprunggelenk bestätigt werden. Bezüglich der foraminale Stenosen HWK 5/6 und HWK 6/7 beidseits finde sich kein neurologisches Korrelat bei fehlenden objektivierbaren dazu passenden sensomotorischen Ausfällen (act. IIB 285 S. 10 Ziff. 6.3). In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (act. IIB 285.5 S. 12 f. Ziff. 8).

Dem orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ist zu entnehmen, dass sich in der klinischen Untersuchung klassische pathologische Befunde, jedoch auch Zeichen der Verdichtung gefunden hätten. Bezüglich der lumbospondylogenen und der zervikovertebralen/-spondylogenen Schmerzsymptomatik habe sich in der klinischen Untersuchung keine radikuläre Symptomatik gezeigt. Aktuell seien die Beschwerden nicht sehr ausgeprägt. Das aktuelle HWS-MRI zeige foraminale Stenosen auf den Höhen HWK 5/6 rechts und HWK 6/7 beidseits. Weder anamnestisch noch klinisch ergäben sich Hinweise, dass diese aktuell symptomatisch wären (act. IIB 285.6 S. 10 Ziff. 6.2). Der Explorand sei in der Lage, körperlich nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszuüben (act. IIB 285.6 S. 14 Ziff. 7.2). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (act. IIB 285.6 S. 15 Ziff. 8).

In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, fest, während der Untersuchung habe sich eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Krankheitsentität nicht ermitteln lassen. Es hätten sich lediglich eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) sowie – ausschliesslich aktenanamnestisch – der Verdacht auf vermeintliche Präsenz einer wahnhaften Störung (ICD-10: F22.0) ergeben. Es habe Widersprüche zwischen dem Verhalten des Exploranden in der Untersuchungssituation und der Beschreibung seines Alltages gegeben. Das Auftreten sei sehr dynamisch, rechthaberisch und mit sehr starkem Willen gewesen, den Gutachter zu überzeugen, dass alles, was er sage, so stimme und zweifelsfrei als Tatsache im Raum stehe (act. IIB 285.7 S. 9 Ziff. 6.2). Die verschiedenartigen aktuell zur Darstellung gebrachten Symptomkonstellationen erklärten sich völlig hinreichend vor

dem Hintergrund von Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit paranoid-deprimierter, hypochondrischer sowie partiell querulatorischer Komponente (act. IIB 285.7 S. 10 Ziff. 6.3).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung erachteten die MEDAS-Gutachter den Beschwerdeführer aufgrund der CrF in einer optimal adaptierten Tätigkeit als zu maximal 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (act. IIB 285.1 S. 9 Ziff. 4.3, S. 11 Ziff. 4.7). Der Beschwerdeführer sei in der Lage, körperlich nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne exogene Belastungsfaktoren (z.B. starke mechanische oder thermische Belastungen) auszuüben. Dies mit der Möglichkeit, sich immer wieder auch hinsetzen zu können und der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel. Nicht zumutbar seien Gerüst- und Leitertätigkeiten oder an anderen Orten mit Absturzgefahr (keine Eigen- oder Fremdgefährdung), Tätigkeiten mit repetitivem Heben von Lasten über 15 kg und Arbeiten in Zwangshaltungen. Eine wechselnde Tätigkeit mit Sitzen, Stehen und Gehen sei anzuraten (act. IIB 285.1 S. 10 Ziff. 4.7). Im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 20. April 2020 zu Grunde gelegen habe, sei neu eine Neurapraxie ab September 2020 und eine Polyneuropathie ab November 2020 gesichert, zudem bestehe ein chronisches Zervikalsyndrom bei foraminalem Stenosen HWK 5/6 rechts und HWK 6/7 beidseits mit Erstdiagnose im August 2021 (act. IIB 285.1 S. 12 Ziff. 4.9/2.).

#### **4.4**

**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).

**4.4.2** 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).

**4.4.3** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**4.5** Das MEDAS-Gutachten vom 22. Mai 2023 (act. IIB 285.1-285.9) – basierend auf einer allgemein-internistischen, onkologischen, neurologischen, orthopädisch-traumatologischen und psychiatrischen Untersuchung – erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4.2 f. hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanter medizinischer Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich der interdisziplinären Konsensbeurteilung (vgl. act. IIB 285.1 S. 5 ff. Ziff. 4 ff.). Das von den Gutachtern erstellte Zumutbarkeitsprofil (act. IIB

285.1 S. 10 Ziff. 4.7) trägt den körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers vollumfassend Rechnung. Dem Gutachten (inkl. Teilgutachten) kommt somit voller Beweiswert zu. Daran ändert die vom Beschwerdeführer geäußerte Kritik nichts.

**4.5.1** Der Beschwerdeführer bringt vor, die MEDAS habe eine falsche Tatsache beurkundet, indem sie für den nach durchgeführter Exploration verstorbenen psychiatrischen Gutachter in Vertretung den Schlusskonsens unterschrieben und dies im Gutachten nicht offengelegt habe (vgl. dazu act. IIB 296 S. 1; Beschwerde S. 3 Ziff. 2; Replik S. 3).

Zwar haben sämtliche Sachverständigen die Konsensbeurteilung zu unterschreiben (vgl. Anhang V Ziff. 4.9 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]; Leitlinien der Swiss Insurance Medicine [SIM] zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin, Stand: 4. Dezember 2020, S. 5 Ziff. 4.1.2) und ist unklar, ob Dr. med. G.\_\_\_\_\_, welche ihre Unterschrift für den psychiatrischen Gutachter "i.V." leistete (act. IIB 285.1 S. 17), hierzu tatsächlich befugt war. Wie es sich damit verhält, kann im Rahmen der freien Beweiswürdigung offen bleiben. Denn vor seinem Tod am 16. Juli 2023 (act. I 8; act. IIB 305 S. 2) unterschrieb Dr. med. K.\_\_\_\_\_ das von ihm erstellte Teilgutachten vom 23. März 2023 (act. IIB 285.7 S. 16) und er nahm zweifelsohne auch an der Konsensbesprechung vom 27. April 2023 teil (act. IIB 285.1 S. 15 Ziff. 5). Es bestehen nicht die geringsten Anhaltspunkte dafür, dass die interdisziplinäre Schlussfolgerung, wonach die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % auf die CrF zurückzuführen ist (act. IIB 285.1 S. 9 Ziff. 4.3 i.f., 285.4 S. 11 Ziff. 6.3 i.f. und S. 13 Ziff. 8), das Ergebnis der Konsensbeurteilung unter sämtlichen beteiligten Sachverständigen nicht korrekt wiedergibt. Weil aus Sicht der psychiatrischen Fachdisziplin weder eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit noch eine relevante ressourcenhemmende Wirkung der Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit resultierte (act. IIB 285.7 S. 10 Ziff. 6.3, 285.7 S. 11 f. Ziff. 8), fehlte es von vornherein an einer im Rahmen der Gesamtbetrachtung zu berücksichtigenden Wechselwirkung (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430) zwischen dem psychischen und körperlichen Gesundheitszustand. Im Übrigen scheint der Beschwer-

deführer zu verkennen, dass im onkologischen Teilgutachten nicht etwa der Anteil der CrF an der Gesamtsymptomatik mit einem Viertel beziffert (Beschwerde S. 3 Ziff. 3; Replik S. 3), sondern die Leistungseinschränkung in der angestammten Tätigkeit auf etwa 25 % geschätzt wurde (act. IIB 285.4 S. 11 Ziff. 6.3). Der Anteil an der Gesamtsymptomatik wurde als allenfalls sehr gering gewertet, eine nähere Quantifizierung war jedoch nicht erforderlich, da die restliche Symptomatik keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat.

**4.5.2** Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, das psychiatrische Teilgutachten sei nicht gesetzeskonform, da auf der Tonaufnahme Gutachtenspassagen offensichtlich weggeschnitten oder nicht aufgenommen worden seien, insbesondere fehle der Hinweis auf den Beginn und das Ende der Exploration (Eingabe vom 14. November 2023 S. 1 f., Replik S. 1 f.).

Hierzu ist festzuhalten, dass keine Hinweise auf eine Manipulation der Tonaufnahme bestehen. Beginn und Ende des Untersuchungsgesprächs wurden vom psychiatrischen Sachverständigen auf der Tonaufnahme vermerkt. Zudem lief während der kurzen Toilettenpause (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens, 1h 29min 21sec bis 1h 32min 26sec]) die Aufnahme weiter. Dass der Gutachter sowie der Beschwerdeführer die jeweiligen Uhrzeiten nicht explizit bestätigten, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht, zumal Art. 7k Abs. 6 der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11) offensichtlich lediglich als eine Ordnungsvorschrift zu werten ist (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 3. Oktober 2022, IV/2022/283, E. 3.3.1) und die im Teilgutachten angegebene Untersuchungszeit (14.00 Uhr bis 15.57 Uhr [act. IIB 285.7 S. 1]) mit der Länge der Tonspur auf dem Datenträger (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens]) übereinstimmt. Selbstredend wurde das Ausfüllen des Screeningfragebogens des SKID-II, welches ausserhalb des aufzeichnenden Untersuchungsgesprächs mit Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person liegt, nicht mittels Tonaufnahme dokumentiert (vgl. Art. 7k Abs. 1 ATSV).

**4.5.3** Die MEDAS zog für die Untersuchungen eine Dolmetscherin für die ... Sprache bei (act. IIB 285.1 S. 3). Diesbezüglich rügt der Beschwerdeführer, die Dolmetscherin habe "vorschriftswidrig" das psychiatrische Gutachtensgespräch bereits nach einer Stunde verlassen, ohne dass dies aus dem Gutachtenstext hervorgehe (Eingabe vom 14. November 2023 S. 2).

Der aus ... stammende Beschwerdeführer ist ... Staatsbürger und lebt seit 2008 in der Schweiz (act. II 2 S. 1 Ziff. 1.6, S. 2 Ziff. 2.4, S. 3 Ziff. 4.1; 6 S. 1). Sowohl aus den Akten (act. II 73.1 S. 14 Ziff. 3, 171.1 S. 31 Ziff. 4.2; act. IIA 219 S. 11) als auch aus der Tonaufnahme (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens]) ergibt sich, dass er hinreichend Deutsch spricht bzw. versteht. Als sich die Dolmetscherin nach einer Stunde verabschiedete (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens: 1h 2min 5sec]), war der Beschwerdeführer mit der Fortführung des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs ohne Dolmetscherin denn auch einverstanden. Der Gutachter hielt überdies transparent fest, dass das Gespräch teilweise direkt mit dem Exploranden in Deutsch erfolgte (act. IIB 285.7 S. 6 Ziff. 4.2). Demnach ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht konkret vorgebracht, dass es aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten zu Missverständnissen zwischen dem Gutachter und ihm gekommen wäre; schon bei der Begutachtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Jahr 2015 konnte die Dolmetscherin nach 45 Minuten entlassen werden, da ihre Dienste nicht benötigt wurden (act. II 17.1 S. 31 Ziff. 4.2).

**4.5.4** Am 8. März 2023 erfolgte eine venöse Blutentnahme mit anschliessender Analytik (act. IIB 285.7 S. 8 Ziff. 4.3, S. 9 Ziff. 6.2; 285.8 S. 1 ff.). Die Behauptung des Beschwerdeführers, wonach bereits am 22. Februar 2023 eine "Blutprobe" gemacht worden sei, deren Auswertung sich nicht in den Akten befinde (Eingabe vom 14. November 2023 S. 2; Replik S. 2), findet keinen Rückhalt in der Tonaufnahme. Es wurde lediglich über eine künftige Laboruntersuchung gesprochen, welcher sich der Beschwerdeführer noch unterziehen müsse (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens: ab 1h 57min 18sec]). Ob diese ursprünglich allenfalls an einem anderen Datum als dem 8. März 2023 geplant war, ist irrelevant.

**4.5.5** Auch die Rüge, wonach die Tonaufnahme des psychiatrischen Teilgutachtens entgegen des Gutachtentextes keine Beschwerdeschilderung enthalte (Eingabe vom 14. November 2023 S. 1), hält einer näheren Betrachtung nicht stand. Die Beschwerdegegnerin zeigte in der Beschwerdeantwort unter exemplarischer Angabe von konkreten Stellen auf der Tonspur zutreffend auf (S. 3 lit. C. Ziff. 7), dass der Beschwerdeführer anlässlich des Explorationsgesprächs wiederholt und ausgiebig seine Beschwerden schildern konnte. Zudem wurde auch die systematische psychiatrische Anamnese erhoben (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens: ab 1h 6min, ab 1h 13min 48sec, ab 1h 37min 53sec, 1h 46min 30sec]).

**4.5.6** Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die im psychiatrischen Teilgutachten wiedergegebenen Aussagen bezüglich Autofahrt nach ... und familiäre Beziehung (act. IIB 285.7 S. 8 f. Ziff. 6.1, S. 11 Ziff. 7.2) falsch sein sollen (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2, Eingabe vom 14. November 2023 S. 2, Replik S. 2). Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. med. K. \_\_\_\_\_ an, er sei zuletzt um die Weihnachtszeit im Jahr 2022/2023 nach ... gereist (act. IIC [Tonspur des psychiatrischen Teilgutachtens: ab 1h 52min 50sec]). Offensichtlich berücksichtigte der psychiatrische Gutachter im Hinblick auf die Konsensbeurteilung vor dem Finalisieren seines Teilgutachtens (zulässigerweise) auch die während der Explorationen in den anderen Fachbereichen erfolgten Angaben des Beschwerdeführers, insbesondere in der federführenden allgemein-internistischen Exploration, wo der Beschwerdeführer angab, er sei nach ... mit einem Kleinbus hin- bzw. mit dem Flugzeug zurückgereist (act. IIB 285.3 S. 4 f. Ziff. 3.2; act. IIC [Tonspur des allgemein-internistischen Teilgutachtens: ab 38min 24sec]), er lenke – wenn auch selten – einen Personenwagen (act. IIB 285.3 S. 4 Ziff. 3.2; act. IIC [Tonspur des allgemein-internistischen Teilgutachtens ab 37min 20sec]). Dass der Beschwerdeführer mit seiner Familie sehr gute Beziehungen habe (act. IIB 285.7 S. 11 Ziff. 7.2), lässt sich ebenfalls ohne weiteres aus den Angaben gegenüber den übrigen Sachverständigen schliessen. So erklärte er, in der Familie hätten sie einen sehr guten Kontakt (act. IIB 285.6 S. 4 Ziff. 3.2; act. IIC [Tonspur des orthopädischen Teilgutachtens: ab 26min 16sec]) und er führe eigentlich eine glückliche Ehe (act. IIB 285.5 S. 5 Ziff.

3.2; act. IIC [Tonspur des neurologischen Teilgutachtens: ab 39min 30sec]).

**4.5.7** Der psychiatrische Gutachter hatte Kenntnis der Vorakten, insbesondere des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 26. September 2019 (act. II 171.1), des nervenfachärztlichen Sachverständigen-Gutachtens von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (...), vom 18. November 2020 (act. IIA 239 S. 20 ff.) sowie der Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. dazu act. IIB 285.7 S. 2 Ziff. 2, 285.2; act. IIA 285.12). Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2 f. Ziff. 1) wurden die Vorakten auch in die medizinische Würdigung einbezogen (act. IIB 285.7 S. 2 Ziff. 2, S. 8 f. Ziff. 6.1 f., S. 14 Zusatzfragen 1 f.). Der Gutachter legte denn auch dar, dass und weshalb er gestützt auf den von ihm erhobenen psychopathologischen Befund zu einer anderen Schlussfolgerung als die beiden früheren Experten gelangte (act. IIB 285.7 S. 9 Ziff. 6.2). Zutreffend wies die Beschwerdegegnerin darüber hinaus auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hin, wonach nicht erwartet werden kann, dass sich Experten im Rahmen eines Begutachtungsauftrages mit jeder einzelnen abweichenden Auffassung von Berufskollegen explizit auseinandersetzen (Entscheid des BGer vom 26. August 2011, 8C\_379/2011, E. 3.2; Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 5).

**4.5.8** Die erst im Beschwerdeverfahren aufgelegten Berichte (act. I 15 f.) wecken keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens. Im neurologischen sowie im orthopädischen Teilgutachten wurden die funktionellen Einschränkungen bzw. die Sensibilität und Motorik bezüglich Wirbelsäule und Extremitäten klinisch geprüft (act. IIB 285.5 S. 7 Ziff. 4.3, 285.6 S. 6 Ziff. 4.3 Ziff. 6.2). In den fachärztlichen Beurteilungen wurden auch die objektiven Befunde der bildgebenden Untersuchungen, insbesondere auch das im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 15. September 2023 (act. I 15) diskutierte MRI der Halswirbelsäule vom 16. August 2021, miteinbezogen (act. IIB 285.5 S. 9 f. Ziff. 6.2 f., 285.6 S. 10 Ziff. 6.2). Aus dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ ergeben sich keine Erkenntnisse, die von den Gutachtern unberücksichtigt blieben. Die behandelnde Ärztin sprach denn auch von altersgerechten Veränderungen (act. I 15 S 2). Soweit sie sich darüber hin-

aus – in allgemeiner Weise – zum psychischen Gesundheitszustand äusserte, vermag dies bereits aufgrund des fehlenden entsprechenden Facharzttitels keine Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten (act. IIB 285.7) zu wecken. Was die im Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, vom 3. Juli 2023 (act. I 16) diagnostizierte beginnende Rhizarthrose mit begleitendem Ganglion CMC I links betrifft, ist nicht ersichtlich, inwiefern sich dies auf das gutachterlich definierte Zumutbarkeitsprofil (act. IIB 285.1 S. 10 Ziff. 4.7) auswirken sollte, zumal die dadurch verursachten Schmerzen von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ als diskret qualifiziert wurden (act. I 16 S. 2). Schliesslich ergibt sich auch aus dem Bericht von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2024 (act. I 16) nicht Neues. Vielmehr hielt der Arzt fest, die Symptome der CrF seien seit der letzten Exploration gleich geblieben. Dabei verwies er auf seinen Bericht vom 10. November 2020 (act. IIA 214 S. 2 ff.), welcher in die Beurteilung der Gutachter miteinflusst (act. IIB 285.2 S. 28 Ziff. 182; act. IIA 285.4 S. 2 Ziff. 2). Eine im Zeitraum nach der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305) eingetretene relevante Gesundheitsveränderung ist auch mit Blick auf die beschwerdeweise eingereichten medizinischen Unterlagen nicht ausgewiesen. In antizipierter Beweismwürdigung (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) erübrigen sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen, insbesondere in Form des beantragten polydisziplinären Gerichtsgutachtens (Eingabe vom 14. November 2023 S. 2).

**4.5.9** Da die MEDAS-Gutachter keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten (act. IIB 285.1 S. 7 Ziff. 4.3, 285.7 S. 9 f. Ziff. 6.3), erübrigt sich eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 269).

**4.6** Gestützt auf das nach dem Gesagten beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 22. Mai 2023 (act. IIB 285.1-285.9) ist erstellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin zu 20 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit eingeschränkt ist (act. II 285.1 S. 10 f. Ziff. 4.7). Im massgebenden Ver-

gleichszeitraum (vgl. dazu E. 4.1 hiervor) ist in medizinischer Hinsicht insofern eine Veränderung eingetreten, als die Einschränkung von 20 % nicht mehr psychisch (vgl. E. 4.2 hiervor), sondern somatisch bedingt ist und nunmehr mit Blick auf das gutachterlich definierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. IIB 285.1 S. 10 Ziff. 4.7, S. 12 Ziff. 4.9) auch eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Angesichts der in quantitativer Hinsicht identisch gebliebenen Restarbeitsfähigkeit ist diese medizinische Veränderung grundsätzlich nicht geeignet, den Rentenanspruch zu beeinflussen, zumal sich auch das einschränker formuliert Zumutbarkeitsprofil hier nicht auf den Rentenanspruch niederschlägt. Ob ein Neuanmeldungsgrund zu bejahen ist, kann letztlich aber offen bleiben, da auch eine freie Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. E. 3.8.4 hiervor) im Ergebnis nichts ändert (vgl. nachfolgend).

## **5.**

**5.1** 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). Aufgrund der im Januar 2021 erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug (act. IIA 214) sowie unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) ist der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Juli 2021 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG).

**5.2** 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** 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 vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert 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** Die Beschwerdegegnerin bemass das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohns gemäss LSE 2020, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer (act. IIB 305 S. 1 f.). Dies gibt zu keinen Beanstandungen Anlass und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht als falsch gerügt.

Einen (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeten) Abzug vom Tabellenlohn nahm die Beschwerdegegnerin nicht vor (act. IIB 305 S. 1 f.). Sind wie vorliegend leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar (act. IIB 285.1 S. 10 Ziff. 4.7), ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, da der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Entscheid des BGer vom 30. März 2009, 9C\_72/2009, E. 3.4). Zudem wären – da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln sind – die invaliditätsfremden Gesichtspunkte bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Schliesslich ergibt sich auch aufgrund des Alters des Beschwerdeführers – 52 Jahre im Zeitpunkt der Begutachtung (vgl. dazu BGE 143 V 431 E. 4.5.1 S. 433) – keine Notwendigkeit eines Abzuges (Entscheid des BGer vom 15. September 2016, 8C\_482/2016, E. 5.4.3). Zu diskutieren wäre allenfalls ein Abzug für Teilzeitarbeit (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 25. Februar 2020, 8C\_729/2019, E. 5.3.3.1), erachten die MEDAS-Gutachter doch maximal eine Präsenz von sieben Stunden in einer leistungsgerechten Tätigkeit als zumutbar (act. IIB 285.1 S. 10 Ziff. 4.7). Allerdings änderte sich auch bei Gewährung eines Abzuges von höchstens 10 % am Ergebnis nichts (vgl. sogleich).

**5.5** Es resultiert ein Invaliditätsgrad von höchstens 28 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 20 % [vgl. E. 4.6 hiervor]) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (hier maximal 10 % [vgl. E. 5.4 hiervor]) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheids des BGer vom 27. Juni 2022,

8C\_104/2021). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.5 hiervor). Damit ist die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2023 (act. IIB 305) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Eingaben des Beschwerdeführers vom 29. Januar und vom 14. Februar 2024)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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