

200 24 16 IV
ACT/TOZ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. September 2024

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. November 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich, nachdem ein erstes Leistungsgesuch mit Verfügung vom 21. Dezember 2000 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 23) abgewiesen worden war, bestätigt durch Urteil des Verwaltungsgerichts vom 13. Juni 2001, IV 59302 (fortan: VGE IV 59302; act. II 31), im Mai 2003 wegen eines Diabetes sowie Beschwerden am Rücken, rechten Arm und rechten Knie erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 36). Mit Verfügung vom 3. August 2004 resp. Einspracheentscheid vom 26. April 2005 (act. II 54, 63) wies die IVB das Leistungsbegehren mit der Begründung ab, der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten leistungsabweisenden Verfügung nicht wesentlich verändert. Auf eine dagegen erhobene, den gesetzlichen Anforderungen an eine Beschwerde nicht genügende Eingabe trat das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 24. Juni 2005, IV 65628 (act. II 65), nicht ein.

Im April 2019 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit einem Autounfall vom 9. November 2018 (recte: 9. September 2018; vgl. act. II 73.68) bestehende Schmerzen am Nacken und an der linken Schulter, einen Schwindel und einen hohen Blutdruck abermals zum Leistungsbezug an (act. II 67). Nach Durchführung verschiedener Abklärungen, insbesondere der Einholung eines bidisziplinären (chirurgisch-orthopädischen und psychiatrischen) Gutachtens bei der MEDAS B._____ vom 25. Mai 2023 (act. II 184.1 - 184.6) und dem Beizug der Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 14. Juni 2023 (act. II 185) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 12 % in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 188, 190, 197) und Beizug einer Stellungnahme der MEDAS B._____ vom 2. Oktober 2023 (act. II 202) verfügte sie am 17. November 2023 wie angekündigt (act. II 207).

In der Zwischenzeit hatte die Suva mit Verfügung vom 15. März 2022 (act. II 148.12) – bestätigt durch Einspracheentscheid vom 26. Juli 2022

(act. II 150.5) – ihre Leistungen auf den 31. März 2022 hin eingestellt und einen Anspruch auf weitergehende Leistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) verneint.

B.

Gegen die Verfügung der IVB vom 17. November 2023 erhob der Versicherte am 5. Januar 2024 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei eine erneute medizinische Begutachtung durchzuführen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Januar 2024 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch des Beschwerdeführers vom 14. Januar 2024 um Ratenzahlung des Kostenvorschusses gut.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin auf 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. November 2023 (act. II 207). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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.

Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 17. November 2023 (act. II 207), 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 April 2019 erfolgte Neuanmeldung (act. II 67), die sechsmonatige Karenzfrist im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG und das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vor dem 1. Januar 2022, weshalb der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen ist (vgl. Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022; zur Bedeutung

von Verwaltungsweisungen: vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.2 Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu be-

urteilen 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).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 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; AHl 1999 S. 84 E. 1b). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsab-

klärung, 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).

2.5.4 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom April 2019 (act. II 67) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. Es kann offenbleiben, ob der Sachverhalt im Zeitpunkt der mit VGE IV 59302 (act. II 31) bestätigten Verfügung vom 21. Dezember 2000 (act. II 23) oder derjenige im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 26. April 2005 (act. II 63) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. November 2023 (act. II 207) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.5.3 hiervor). Denn nach beiden Zeitpunkten ist mit den neu aufgetretenen Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS), in den Schultergelenken sowie im rechten Kniegelenk und mit der daraus resultierenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... (chirurgisch-orthopädisches Teilgutachten der MEDAS B. _____ vom 13. März 2023 [act. II 184.3 S. 11 Ziff. 6.3 und S. 15 Ziff. 1], welchem volle Beweiskraft zukommt [vgl. E. 3.4.1 hiernach]) – der Beschwerdeführer war zuletzt bis zum Auffahrunfall im September 2018 als ... bei der C. _____

AG im Vollzeitpensum tätig (Arbeitgeberbericht vom 1. Mai 2019 [act. II 83] und Schadenmeldung UVG vom 13. September 2018 [act. II 73.68 S. 1 Ziff. 3]) – eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung resp. ein medizinischer Neuanmeldungsgrund ausgewiesen. Dementsprechend ist der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.4 hiervor).

3.2 Bezüglich des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers präsentieren sich die Akten – soweit entscheidungswesentlich – wie folgt:

3.2.1 Im Bericht vom 22. Juni 2019 (act. II 95) hielt Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen anhaltende reaktive ängstlich-depressive Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2), einen Status nach Verkehrsunfall mit typischer Schleudertrauma-Symptomatik und posttraumatischen Schmerzbeschwerden im Schulterbereich links mit entsprechenden funktionellen Einschränkungen, einen Status nach Ellbogenoperation rechts (2007) sowie ein metabolisches Syndrom (Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) fest (act. II 95 S. 2 Ziff. 2). Es bestehe sowohl für die bisherige als auch für jede andere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 95 S. 2 Ziff. 4).

3.2.2 Dem Bericht der Klinik E. _____ vom 9. September 2019 (act. II 100.3) sind als Diagnosen mit Bezug auf den Auffahrunfall vom 9. September 2018 eine HWS-Distorsion QTF I, eine Schulter-Distorsion links sowie Omalgien rechts und als weitere Diagnosen eine Anpassungsstörung, Angst, depressive Reaktion mit ausgeprägter Somatisierungstendenz (ICD-10 F43.25), differentialdiagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein Diabetes mellitus Typ II und eine arterielle Hypertonie zu entnehmen (act. II 100.3 S. 1 f.). Es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden, welche teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als dies bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei (act. II 100.3 S. 2). Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie mit den Diagnosen nur zum Teil erklären. Die festgestellte psychi-

sche Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (act. II 100.3 S. 3).

3.2.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Suva Versicherungsmedizin, hielt im Bericht vom 17. November 2021 (act. II 141.7) folgende orthopädisch-traumatologische Diagnosen fest (act. II 141.7 S. 14 f.):

Status nach Auffahrunfall vom 9. September 2018 mit:

- HWS-Distorsion QTF I mit residuellen schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der HWS, ausgeprägte myofasciale Schulter-/Nackenbeschwerden beidseits, foraminale Stenose C4 links bei Unkovertebralarthrose und Diskusprotrusion;
- Schulterdistorsion links mit residuellem subacromialem Impingement, Teilruptur der Supraspinatussehne, Cleavage-Ruptur der Subscapularis und Tendinopathie der langen Bizepssehne;

Subakromiales Impingement rechts mit/bei:

- Partialruptur der cranialen Subscapularissehne (nicht unfallkausal);

Zustand nach osteochondraler Läsion Knie rechts (nicht unfallkausal);

Zustand nach Resektion einer Fibromatose am distalen Bizepssehnenansatz rechts (nicht unfallkausal);

Sonstige Diagnosen: Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie.

Die angestammte Tätigkeit als ... sei aufgrund der Schulterverletzung links (keine längerdauernden Überkopfarbeiten) und der degenerativen Veränderungen an der HWS nicht mehr zumutbar (act. II 141.7 S. 16 und S. 20 Ziff. 1), wogegen in einer angepassten Tätigkeit (ohne Besteigen von Leitern und Arbeiten in der Höhe [Dach], ohne längerdauernde Überkopfarbeiten [für beide Schultern], ohne Heben und Tragen von mittel- bis schweren Lasten [> 10 kg] über der Horizontalen [unter der Horizontalen teilweise möglich], ohne Autofahren [wegen Bewegungseinbussen an der HWS]) keine unfallbedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden (act. II 141.7 S. 19 und S. 20 Ziff. 1).

3.2.4 Im Bericht vom 17. Februar 2022 (act. II 143.5) führte med. pract. G. _____, Praktischer Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suva Versicherungsmedizin, aus, nach einem (eher als Bagatellunfall zu bezeichnenden) Arbeitsunfall von 1999 (vgl. act. II 143.5 S. 56) habe nach einigen Jahren eine Stabilisierung beobachtet werden können; der Beschwerdeführer habe seine Arbeit wiederaufnehmen können. Bei forts-

chreitendem Alter und einer mit überdurchschnittlicher körperlicher Beanspruchung verbundenen Tätigkeit als ..., zu welcher der Beschwerdeführer keine Alternative gesehen habe, sei es vorrausehbar zu einer verstärkten Symptomatik im Zusammenhang mit den körperlichen Abnutzungserscheinungen gekommen. Aus der Vorgeschichte gehe hervor, dass der Beschwerdeführer bei Überschreitung von Belastungsgrenzen in ein teilweise überzogen wirkendes, aber aus psychiatrisch-psychologischer Perspektive psychisch störungswertiges Bild mit angstgetönter, ausgeprägter körperlicher Symptompräsentation (z.B. sich ausdehnendes Schmerzbild, Schwindelsensationen und andere Missempfindungen) kippe, mithin in einen regressiv-hilflosen Zustand versinke, welcher lange andauern könne und das Potenzial einer Chronifizierung in sich trage. Es sei immer wieder zu medizinischen Behandlungsanlässen gekommen (act. II 143.5 S. 66). Der Gesundheitszustand sei unmittelbar vor dem Unfallereignis vom September 2018 erheblich angegriffen gewesen, einerseits auf der Ebene der abgenutzten Strukturen des Bewegungsapparates und andererseits im Hinblick auf den, sich immer wieder schlecht kontrollierbar erweisenden arteriellen Hypertonus und den Diabetes mellitus. Durch vorherige versicherungspsychiatrische Explorationen vom Mai 2021 und Januar 2022 sei deutlich geworden, dass der Beschwerdeführer aus seiner angestammten Tätigkeit als ... massgeblich seine Selbstdefinition und Identität sowie seinen Stolz und Selbstwert bezogen habe. Diese für die Konstitution einer funktionierenden gesunden Persönlichkeit notwendigen Elemente seien somit bedroht gewesen. Diese Konstellation sei geeignet gewesen, beim Beschwerdeführer Angst- und Bedrohungsgefühle auszulösen. Vor dieser Kulisse eines fragilisierten somatischen und psychischen Zustandsbildes habe der Beschwerdeführer dann den Auffahrunfall erlebt, auf welchen er bei der besagten Vorgeschichte erwartbar mit einem protrahierten Beschwerdeverlauf reagiert habe (act. II 143.5 S. 67). Bei schon seit langem anhaltenden körperlich begründbaren Schmerzen (diverse degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat) und Vorliegen dreier weiterer psychisch/psychosozialer Faktoren (wie maladaptive Kognitionen, insbesondere im Sinne von katastrophisierenden Körperempfindungen, relevanter emotionaler Belastung durch Depressivität und Angst sowie erheblich geänderter sozialer Rolle in Familie und Beruf), welche geeignet seien, das Schmerzleiden aufrecht zu erhalten und sogar zu verstärken, seien vorlie-

gend die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) erfüllt (act. II 143.5 S. 68). Des Weiteren seien die Kriterien einer Angst und depressiven Störung, gemischt, nach ICD-10 F41.2 erfüllt (act. II 143.5 S. 54 und 69).

3.2.5 In Ergänzung zu seinem Bericht vom 17. November 2021 (act. II 141.7) gab Dr. med. F. _____ am 9. März 2022 (act. II 148.18) an, es seien mehrmals multietagere degenerative Befunde der HWS mit Foraminaalstenosen und Facettengelenksarthrosen im MRI gefunden worden. Diese Veränderungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch progrediente degenerative Prozesse verursacht worden (act. II 148.18 S. 3 Ziff. 2). Seit dem 17. November 2021 bestehe überwiegend wahrscheinlich keine Arbeitsfähigkeit (recte wohl: Arbeitsunfähigkeit) mehr in Bezug auf die noch geklagten Beschwerden der HWS und der linken Schulter (act. II 148.18 S. 4 Ziff. 6).

3.2.6 Im bidisziplinären Gutachten der MEDAS B. _____ vom 25. Mai 2023 (act. II 184.1 - 184.6) diagnostizierten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen der HWS bei mässigen degenerativen Veränderungen (ICD-10 M42.10), chronische Schmerzen des rechten und linken Schultergelenkes bei degenerativen Veränderungen des Acromioclaviculargelenkes rechts und links sowie degenerativer Veränderung der Rotatorenmanschette rechts und links (ICD-10 M75.5) sowie chronische Schmerzen des rechten Kniegelenkes bei Status nach Arthroskopie, TME von 2007 und Operation einer Patella bipartita von 1999 (ICD-10 M17.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien intermittierende Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWS) aufgrund geringer, am ehesten als altersentsprechend zu bezeichnender degenerativer Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose L5/S1 und Diskusprotrusion L5/S1 (ICD-10 M42.17), intermittierende Schmerzen des linken Kniegelenkes bei im MRI vom 22. Februar 2018 diagnostizierten degenerativen Veränderungen, ohne zu objektivierende funktionelle Beeinträchtigung des linken Kniegelenkes resp. des linken Beines (ICD-10 M17.0) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F17.20; act. II 184.1 S. 6 f. Ziff. 4.3).

Der chirurgisch-orthopädische Gutachter führte im Teilgutachten vom 13. März 2023 (act. II 184.3) aus, trotz intensiver diagnostischer Abklärungen und wiederkehrender Therapien bis hin zur stationären Rehabilitation vom 10. Juli bis 14. August 2019 habe keine subjektive Beschwerdeverbesserung erreicht werden können, im Gegenteil, es sei wiederkehrend eine als erheblich beschriebene Symptomausweitung beobachtet worden. Die geklagten Beschwerden hätten bei der klinischen Untersuchung nicht nachvollzogen werden können. Bei geduldigen und wiederholenden Untersuchungsgängen hätten zu objektivierende Funktionseinschränkungen der HWS, Schultergelenke und LWS nicht nachgewiesen werden können. Bei Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes habe sich eine endgradige Einschränkung der Beuge- und Streckfähigkeit gefunden, ohne Gelenkerguss. Insgesamt seien die Beschwerden in sich nicht konsistent gewesen und hätten grösstenteils nicht nachvollzogen und objektiviert werden können (act. II 184.3 S. 9 Ziff. 6.2). Gesamthaft gesehen könne der Beurteilung des Suva-Arztes Dr. med. F. _____ vom 17. November 2021 gefolgt werden, wonach die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar sei (act. II 184.3 S. 11 Ziff. 6.3 und S. 13 Ziff. 8). Hingegen bestehe in einer leichten, angepassten Tätigkeit (überwiegend sitzend, mit Positionswechseln, ohne häufige Überkopftätigkeiten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne knieende Tätigkeiten, ohne Zwangshaltung für die HWS, LWS und unteren Extremitäten) eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 184.3 S. 13 f. Ziff. 8).

Im Teilgutachten vom 23. März 2023 (act. II 184.4) hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers aus klinischer Sicht von einem ausgeprägt subjektiv determinierten Bewertungshorizont im Ausmass eines bewussten Verdeutlichungsbestrebens erheblich überlagert und deshalb wenig plausibel wirkten. Diese Einschätzung sei durch hochauffällige Resultate in zwei während der testpsychologischen Erhebung durchgeführten standardisierten Symptomvalidierungsverfahren bestätigt worden. Insgesamt müsse von einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung ausgegangen werden. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten nur wenige aus fachpsychiatrischer Beurteilungsperspektive dokumentierte Sachverhalte vorgelegen. Die darin gestellten Diagnosen von anhaltenden reaktiven ängstlich-depressiven Anpassungsstörungen (ICD-

10 F43.2), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (ICD-10 F45.41) resp. einer gemischt ängstlich-depressiven Störung (ICD-10 F41.2) liessen sich vor dem Hintergrund des nunmehr aktualisierten Kenntnisstandes nicht bestätigen, da die diesbezüglichen ICD-10-Kriterien nicht in ausreichender Form erfüllt gewesen seien. Zudem sei davon auszugehen, dass jene Beurteilungen schon damals durch die nunmehr erwiesene nicht authentische Beschwerdeschilderung nachhaltig kompromittiert worden seien. Eine solche sei bereits in der Vergangenheit in verschiedenen Berichten im Sinne einer "Symptomausweitung" bzw. "Selbstlimitierung" wiederholt erwähnt worden (act. II 184.4 S. 8 Ziff. 6.2). Auf Basis der erhobenen Befunde, eigenanamnestischer Angaben sowie der zum Untersuchungszeitpunkt verfügbaren Aktenlage habe sich ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Krankheitsgeschehen des psychiatrischen Fachgebietes im Sinne der ICD-10-Klassifikation nicht verifizieren lassen (act. II 184.4 S. 8 Ziff. 6.3). Es bestehe sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 184.4 S. 10 Ziff. 8).

Die neuropsychologische Gutachterin hielt im Teilgutachten vom 4. April 2023 (act. II 184.5) fest, dass bei einem Performancevalidierungsverfahren (forced choice) die Werte in drei Durchgängen deutlich unter dem cut-off gelegen hätten. In einem weiteren eingebetteten Verfahren hätten ebenfalls auffällige Werte vorgelegen. Daneben seien weitere Inkonsistenzen zwischen der Verhaltensbeobachtung, den Angaben des Beschwerdeführers sowie den testpsychologischen Befunden (starke Verlangsamung, starke Gedächtnisstörung) festzustellen. Überdies entsprächen die Befunde keinem üblichen Ausfallsmuster, wie es infolge von Schmerzen und deren Medikation gemäss gängiger Literatur zu erwarten wäre. Es sei daher von einer nicht authentischen Beschwerdedarstellung auszugehen (act. II 184.5 S. 6 Ziff. 6.1). Eine valide Einschätzung des Schweregrades möglicher kognitiver Einschränkungen wie auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könnten nicht vorgenommen werden (act. II 184.5 S. 7 f. Ziff. 6.3 und 8.1 f.).

Aus interdisziplinärer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar (act. II 184.1 S. 7 f. Ziff. 4.3 und 4.6). Dagegen bestehe in einer

angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (act. II 184.1 S. 8 f. Ziff. 4.7).

3.2.7 Am 19. Juli 2023 wurden im Spital H. _____ – bei den Diagnosen einer Supraspinatuserkrankung links, einer Subscapularis-Oberrandläsion, einer konsekutiven Pulley-Läsion und einer asymptomatischen AC-Gelenksarthrose – eine AC-Gelenksinfiltration links und eine subacromiale Infiltration Schulter links durchgeführt (act. II 197 S. 3).

3.2.8 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 1. September 2023 (act. II 197 S. 6 - 8) als psychiatrische Diagnose eine chronifizierte, mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.1; act. II 197 S. 7). Was die Gesamtbeurteilung im Gutachten der MEDAS B. _____ angehe, so seien die darin erhobenen Befunde als milder und harmloser interpretiert worden, als sie aus der Sicht der behandelnden Ärztin zu interpretieren seien. Anhand der Vorgeschichte und der Befunde zeige sich eine deutlich herabgesetzte Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für jegliche Verweistätigkeiten (act. II 197 S. 8).

3.2.9 In der Stellungnahme vom 2. Oktober 2023 (act. II 202) führten die Gutachter der MEDAS B. _____ aus, dass sich aus den Einwandschreiben des Beschwerdeführers (act. II 188, 190, 197) und dem Bericht des Spitals H. _____ vom 19. Juli 2023 (act. II 197 S. 3 f.) im Vergleich zur ausführlichen Darstellung der körperlichen Untersuchungsbefunde vom 13. März 2023 keine neuen, bisher nicht bekannten oder gewürdigten, medizinischen Befunde oder Erkenntnisse ergäben, welche eine andere Beurteilung des Sachverhaltes rechtfertigen würden. Die Tatsache, dass weiterhin Behandlungen der linken Schulter durchgeführt würden, ändere nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten resp. einer optimal angepassten Tätigkeit. Die als Operation bezeichnete Infiltration in das AC-Gelenk bezeichne eine schmerzfreie Spritze mit einer dünnen Nadel in das Gelenk. Dieser "Eingriff" habe keinerlei Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 202 S. 2). Auch dem Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. _____ vom 1. September 2023 (act. II 197 S. 6 - 8) liessen sich keine neuen, zum Untersuchungszeitpunkt vom 16. März

2023 nicht bereits bekannten medizinischen Sachverhalte entnehmen, weshalb am bisherigen Zumutbarkeitsprofil vollumfänglich festgehalten werden könne (act. II 202 S. 2).

3.3 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).

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). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundes-

rechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.4

3.4.1 Das chirurgisch-orthopädische Teilgutachten vom 13. März 2023 (act. II 184.3) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 sowie E. 3.3 hiervor). Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf einer eingehenden fachärztlichen Abklärung und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf hat der chirurgisch-orthopädische Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu den gesundheitlichen Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit in chirurgisch-orthopädischer Hinsicht sowie das entsprechende medizinische Zumutbarkeitsprofil in einer angepassten Tätigkeit sind überzeugend. Demnach besteht in einer leichten, angepassten Tätigkeit (überwiegend sitzend, mit Positionswechseln, ohne häufige Überkopftätigkeiten, ohne häufiges Treppesteigen, ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne knieende Tätigkeiten, ohne Zwangshaltung für die HWS, LWS und unteren Extremitäten) eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 184.3 S. 12 ff. Ziff. 7.2 f.). Diese Beurteilung lässt sich ohne Weiteres in das von den Behandlern der Klinik E. _____ im Bericht vom 9. September 2019 (vgl. act. II 100.3 S. 2 f.) und vom Suva-Arzt Dr. med. F. _____ in den Berichten vom 17. November 2021 und 9. März 2022 (act. II 141.7 S. 19 f., 148.18 S. 4 Ziff. 6) gezeichnete Gesamtbild einfügen.

Daran vermag der Bericht des Spitals H. _____ vom 19. Juli 2023 (act. II 197 S. 3 f.) nichts zu ändern. Zunächst enthält er – wie in der Stellungnahme der MEDAS B. _____ vom 2. Oktober 2023 (act. II 202 S. 2) zutreffend dargelegt wird – keine wesentlichen neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der chirurgisch-orthopädischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Sodann stehen die durchgeführten

Infiltrationen in die linke Schulter – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. II 197 S. 1) – nicht im Widerspruch zur vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Sie dienen – wie in der Stellungnahme der MEDAS B. _____ vom 2. Oktober 2023 (act. II 202 S. 2) überzeugend ausgeführt wird – lediglich der weiteren Behandlung bzw. der Verbesserung der Beschwerden. Sie belegen deshalb nicht, dass der Beschwerdeführer aus chirurgisch-orthopädischer Sicht in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht vollständig arbeitsfähig sein kann.

Zusammenfassend ist somit aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit erstellt (act. II 184.3 S. 12 ff. Ziff. 7.2 f.).

3.4.2 Im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS B. _____ vom 23. März 2023 (act. II 184.4 S. 8 f. Ziff. 6.3 und S. 10 Ziff. 8) verneinte der Experte das Bestehen eines psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, dies gestützt auf die umfassende klinische Untersuchung (act. II 184.4 S. 2 - 7 Ziff. 3 f.) sowie die nicht authentische Beschwerdeschilderung im Rahmen der Exploration und der neuropsychologischen Testung (act. II 184.4 S. 6 ff. Ziff. 4.3 und 6.2, 184.5 S. 6 Ziff. 6.1). Die vom Experten daraus gezogenen Schlüsse leuchten an sich ein (vgl. aber sogleich). Soweit der Beschwerdeführer die gutachterliche Annahme der nicht authentischen Beschwerdeschilderung als unhaltbar rügt (vgl. Beschwerde, S. 2), ist dem entgegenzuhalten, dass anlässlich der Begutachtung – wie auch schon in den früheren in den Akten dokumentierten Untersuchungen (vgl. act. II 49 S. 3, 100.3 S. 2) – eine Verdeutlichung resp. Selbstlimitierung erkennbar war (act. II 184.4 S. 8 Ziff. 6.2) und die durchgeführte testpsychologische Beschwerdevalidierung durch hochauffällige Resultate den Tatbeweis einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung erbrachte (act. II 184.5 S. 6 Ziff. 6.1; zur Bedeutung von neuropsychologischen Abklärungen bei der ärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes: vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. November 2021, 8C_526/2021, E. 4.2.1).

Allerdings findet sich im Teilgutachten keine eingehende bzw. gar keine Auseinandersetzung mit abweichenden Arztberichten. Während Dr. med. D. _____ im Bericht vom 22. Juni 2019 von anhaltenden reaktiven

ängstlich-depressiven Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2), einem Status nach Verkehrsunfall, einen Status nach Ellbogenoperation rechts (2007) sowie einem metabolischen Syndrom und einer daraus resultierenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ausging (act. II 95 S. 2 Ziff. 2 und 4), stellte der Suva-Psychiater med. pract. G. _____ im Bericht vom 17. Februar 2022 mit umfassender Begründung die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie einer Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2; act. II 143.5 S. 54 und 68 f.); aus dem Bericht geht jedoch nicht klar hervor, ob der Suva-Psychiater den besagten Diagnosen eine Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beimass (vgl. act. II 143.5 S. 66 ff.). Mit diesem ausführlichen (72-seitigen) Bericht, welcher im Aktenauszug des Gutachtens der MEDAS B. _____ zwar aufgeführt ist (act. II 184.4 S. 2 Ziff. 2, 184.2 S. 27 Ziff. 138), setzte sich der psychiatrische Gutachter jedoch mit keinem Wort auseinander. Er hielt im Rahmen der Aktenwürdigung lediglich fest, dass sich die fachpsychiatrisch gestellten Diagnosen von anhaltenden reaktiven ängstlich-depressiven Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (ICD-10 F45.41) und einer gemischt ängstlich-depressiven Störung (ICD-10 F41.2) vor dem Hintergrund des nunmehr aktualisierten Kenntnisstandes nicht bestätigen liessen und jene Beurteilungen schon damals durch die nunmehr erwiesene nicht authentische Beschwerdeschilderung nachhaltig kompromittiert worden seien (act. II 184.4 S. 8 Ziff. 6.2). Eine gutachterliche Beurteilung der Beschwerden und Befunde in Bezug auf die anderslautende (diagnostische) Einschätzung des Suva-Psychiaters (und auch derjenigen von Dr. med. D. _____) fehlt damit gänzlich. Ein Gutachten, welches sich – wie das vorliegende psychiatrische Teilgutachten – mit den medizinischen Vorakten unzureichend auseinandersetzt, ist unvollständig und vermag daher nicht zu überzeugen. Einer solchen Expertise fehlt rechtsprechungsgemäss die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die auf der Grundlage der vom Experten selbst erhobenen Befunde gezogenen Schlüsse – wie hier (vgl. oben) – an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (Entscheide des BGer vom 25. Juni 2014, 8C_29/2014, E. 3.3, und vom 15. Juli 2008, 9C_51/2008,

E. 2.2). Demzufolge kann nicht auf das psychiatrische Teilgutachten vom 23. März 2023 (act. II 184.4) abgestellt werden.

Auch die übrigen Arztberichte erlauben keine abschliessende psychiatrische Beurteilung, zumal sie allesamt nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten erfolgt sind und sich folglich auch nicht mit diesen auseinandergesetzt haben, abgesehen davon, dass sie sich nicht zu den im Rahmen der Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen äussern.

3.5 Zusammenfassend erweist sich das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS B. _____ vom 23. März 2023 (act. II 184.4) als unvollständig und ist daher nicht hinreichend beweiskräftig (vgl. E. 3.4.2 hiervor), so dass der Sachverhalt insoweit nicht liquid ist. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie beim psychiatrischen Gutachter der MEDAS B. _____ eine ergänzende Stellungnahme insbesondere zum Bericht des Suva-Arztes med. pract. G. _____ vom 17. Februar 2022 (act. II 143.5) einhole; sollten die Antworten des psychiatrischen Gutachters nicht überzeugen, wird eine neue psychiatrische Begutachtung durchzuführen sein. Abschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch neu zu verfügen haben. Weil lediglich eine Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1), besteht kein Anlass für das Einholen eines Gerichtsgutachtens (ERIK FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, in SZS 2019 S. 4 mit Hinweisen).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 17. November 2023 (act. II 207) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.

5.

5.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Trotz seines Obsiegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung seiner Interessen vorliegend den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207; SVR 2019 KV Nr. 7 S. 51 E. 9.2.1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. November 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- 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.