

**IV 200 2024 374**  
ISD/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Februar 2025**

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Frey  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. April 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

#### **A.a.**

Der ... geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., meldete sich im September 2007 unter Hinweis auf die Folgen eines Arbeitsunfalls vom 17. August 2006 (Nacken- und Kniebeschwerden) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB], [act. II] 1; 16 S. 56). Die IVB sprach dem Versicherten berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung zum ... zu (act. II 22; 33; 51), welche er im April 2013 erfolgreich abschloss (act. II 76). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 2. Juli 2013 (act. II 82) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 0 % einen Rentenanspruch.

#### **A.b.**

Bei zwei Unfallereignissen vom 3. Februar 2014 (Sturz mit dem Roller) und 10. Mai 2015 (Fusstritt eines Unbekannten) zog sich der Versicherte Verletzungen am linken Fuss zu (act. II 103.3 S. 3; 103.4 S. 47). Am 10. März 2016 (act. II 103.4 S. 32) erfolgte bei diagnostiziertem antero-medialem und antero-lateralem Impingement links eine OSG-Arthroskopie (OSG = oberes Sprunggelenk). In der Folge klagte der Versicherte über neuropathische Schmerzen im Bereich des linken Fusses und Unterschenkels bzw. des N. (= Nervus) suralis (act. II 103.4 S. 1).

Im Februar 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Nervenschädigung im linken Fuss erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 84). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte behandelnder Ärzte sowie die Akten des obligatorischen Unfallversicherers (Suva) bei und veranlasste bei der C.\_\_\_\_\_ AG, Polydisziplinäre medizinische Abklärungen, (nachfolgend C.\_\_\_\_\_), eine polydisziplinäre Begutachtung. In der entsprechenden Expertise vom

6. Februar 2019 (act. II 150.2 ff.) empfahlen die Gutachter u.a. eine Sistierung des Cannabiskonsums (act. II 150.2 S. 12). Die IVB gewährte berufliche Massnahmen (Job-Coaching [act. II 172] betreffend die im Pensum von 30 % verrichtete Tätigkeit von Ausschreibungen von ...projekten [act. II 175 S. 3]) und forderte den Versicherten zur Cannabisabstinenz auf (act. II 179). Ferner stellte sie ihm mit Vorbescheid vom 2. November 2020 (act. II 212) bei einem Invaliditätsgrad von 24 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht; zuvor hatte die Suva mit Verfügung vom 21. September 2020 (act. II 204 S. 2 ff.) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von unter 10 % verneint. Gegen den Vorbescheid liess der Versicherte einwandweise vorbringen, der Sachverhalt sei u.a. mit Blick auf inzwischen hinzugetretene Rückenbeschwerden von Seiten der LWS (= Lendenwirbelsäule [vgl. act. II 228 S. 9]) unvollständig abgeklärt, weshalb eine weitere Begutachtung zu erfolgen habe (act. II 228 S. 2). Nachdem der Versicherte positiv auf Cannabinoide getestet worden war (act. II 194), schloss die IVB die beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 14. Januar 2021 ab (act. II 227). Die dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit (unangefochten gebliebenem) Urteil IV 200 2021 150 vom 20. Januar 2022 (act. II 237) ab.

In der Folge holte die IVB weitere Berichte behandelnder Ärzte ein und veranlasste auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 249 S. 15) bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Begutachtung (Expertise vom 16. August 2023 [act. II 276.1 S. 1-72]). Nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 278 ff.), in dessen Rahmen Stellungnahmen des RAD eingeholt wurden (act. II 286; 289), verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. April 2024 (act. II 290) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % einen Rentenanspruch.

## **B.**

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 23. Mai 2024 Beschwerde. Er stellt die folgenden Anträge:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. April 2024 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Versicherungsleistungen, namentlich eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. April 2024 sei aufzuheben und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen, insbesondere der Erstellung einer neuen medizinischen Begutachtung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Subeventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. April 2024 sei aufzuheben und es sei die Durchführung eines gerichtlichen Obergutachtens anzuordnen sowie gestützt darauf eine Neuurteilung durch das angerufene Gericht vorzunehmen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 4) keine *res iudicata*, deren Vorliegen ein (partielles) Nichteintreten auf die Beschwerde zur Folge hätte (vgl. RUTH HERZOG, in HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 74 N. 18): Gegenstand des Urteils VGE IV 200 2021 150 (BVR 2022 S. 255) bildeten allein berufliche Massnahmen (vgl. E. 1.2 [act. II 237 S. 4]) und in diesem Rahmen die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die entsprechenden Leistungen wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht zufolge Nichterfüllung einer Cannabisabstinenz einstellen durfte (act. II 227). Vorliegend ist Gegenstand der angefochtenen Verfügung jedoch der Rentenanspruch, so dass für die Zeit seit der Neuanmeldung im Februar 2017 mangels zwischenzeitlich ergangener Rentenverfügung keine *res iudicata* vorliegt. Das Gericht wird im Rahmen der materiellen Würdigung unter Berücksichtigung des von ihm im erwähnten Urteil Festgehaltenen den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente frei zu prüfen haben (vgl. auch E. 1.4 nachfolgend).

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. April 2024 (act. II 290). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob der Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist.

**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.**

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 42 ATSG), weil die Beschwerdegegnerin nicht auf die Beanstandung der fehlenden neurologischen Abklärung im Einwand vom 24. Oktober 2023 eingegangen sei (Beschwerde S. 11 Rz. 17).

Es trifft zu, dass die Beschwerdegegnerin zur beanstandeten (zusätzlichen) neurologischen Abklärung (act. II 284 S. 2) nicht ausdrücklich Stellung nahm. Indessen legte sie dar, dass sie den medizinischen Sachverhalt gestützt auf die eingeholten versicherungsexternen Gutachten als hinreichend abgeklärt erachtete, womit sie zumindest implizit die Erforderlichkeit der verlangten Abklärungen verneinte (vgl. act. II 290 S. 2). Ob in diesem Vorgehen eine (geringfügige) Verletzung der Begründungspflicht zu erblicken ist, kann letztlich offen bleiben. Denn der Beschwerdeführer vermochte im Rahmen der Beschwerde seinen Standpunkt ohne ersichtliche Einschränkungen darzutun, sodass eine allfällige Gehörsverletzung vor dem mit uneingeschränkter Kognition entscheidenden Verwaltungsgericht (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 139, 9C\_555/2020 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 193, 8C\_25/2020 E. 3.3.1) als geheilt zu werten wäre. Eine Rückweisung aus formellen Gründen aufgrund der geltend gemachten Gehörsverletzung – welche der Beschwerdeführer im Übrigen nicht beantragt – würde zudem zu einem formalistischen Leerlauf führen.

### 3.

**3.1** Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705), dies mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die Neuanmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im Februar 2017 (act. II 84), womit der früheste Zeitpunkt eines allfälligen Rentenanspruchs noch vor dem 1. Januar 2022 liegt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Zudem ist für die Zeit nach dem 1. Januar 2022 kein Revisionsgrund mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs gegeben, womit das bis 31. Dezember 2021 geltende Recht (fortan aArt.) zur Anwendung gelangt (vgl. Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der

Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6).

## **3.2**

**3.2.1** Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

## **3.3**

**3.3.1** 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsände-

rung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 E. 2.1).

**3.3.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

**3.3.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**3.3.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

**3.4** 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. 180, 9C\_540/2020 E. 2.3).

#### **4.**

**4.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Februar 2017 (act. II 84) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 2. Juli 2013 (act. II 82) – mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 0 % verneint hatte – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 22. April 2024 (act. II 290; vgl. E. 3.3.3 vorne).

**4.2** Bei Erlass der Verfügung vom 2. Juli 2013 (act. II 82) lagen keine aktuellen Arztberichte vor. Den Akten zufolge litt der Beschwerdeführer zuletzt – im Jahr 2007 – an persistierenden Kniebeschwerden links und einem cervicalen Schmerzsyndrom bei St. n. (= Status nach) HWS-Distorsion (HWS = Halswirbelsäule) am 17. August 2006 (act. II 16 S. 25). Ob der Beschwerdeführer auch bei Erlass der Referenzverfügung vom 2. Juli 2013, also Jahre später, noch an (diesen) Beschwerden litt, geht aus den Unterlagen nicht hervor, kann aber mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben.

**4.3** Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 22. April 2024 (act. II 290) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**4.3.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, stellte im Bericht vom 6. März 2017 (act. II 95 S. 1-3) die folgenden Diagnosen:

1. Chronische Schmerzerkrankung mit neuropathischen Schmerzen am linken Fuss und Unterschenkel mit/bei:
  - St. n. Rollerunfall mit Impressionsfrakturen am Caput tali, am OSG cuneiforme mediale sowie an der Basis des Os metatarsale 4 (konservative Therapie)
  - St. n. Rückfusskontusion mit Fraktur des Kalkaneus links 2015 (konservative Therapie)
  - St. n. arthroskopischer OSG-Revision links 03/2016 bei antero-medialen und antero-lateralem Impingement
  
2. Seit der Operation Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Vorfusses sowie Kribbelparästhesien und Dysästhesien im Bereich des dorsalen Unterschenkels mit neuropathischen Schmerzen im Bereich des N. suralis.

Weiterhin ständen die postoperativ aufgetretenen neuropathischen Schmerzen im Vordergrund. Neu sei eine Desensibilitäts-Ergotherapie begonnen worden, hier sei vor allem die mechanische Allodynie im Unterschenkelbereich des N. cutaneus femoris posterior deutlich geworden. Die Schmerzen würden deutlich bei sitzenden und stehenden Tätigkeiten sowie bei kurzen Gehstrecken verschlechtert. Auch das Tragen von Gegenständen führe zu einer Schmerzverschlechterung. Der Beschwerdeführer sei als ... tätig (vgl. jedoch betreffend Kündigung der bisherigen Anstellung act. II 103.5 S. 2). Hier sei vor allem das Laufen auf unebenem Untergrund und aktuell eine Kälteexposition ebenfalls als Schmerzverstärkung zu sehen. Zusätzlich beständen erhebliche und für die verabgabten Medikamente typische Nebenwirkungen, die aktuell eine verantwortliche Tätigkeit auf dem ... mit Konzentrationsproblemen und Müdigkeit nicht zuliesse. Ausserdem sei durch die Schmerzsituation der Nachtschlaf und damit auch eine Erholungsphase deutlich eingeschränkt. Aus diesem Grund bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 95 S. 2).

Im Bericht vom 12. Januar 2018 (act. II 122 S. 1 f.) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand habe sich dank intensiver Therapie minimal verbessert. Bei der Diagnosestellung gebe es keine Änderungen. Die Schmerzen, die verminderte Mobilisation und die Beeinträchtigung der Konzentration und die Müdigkeit aufgrund der Analgetika führten zu einer erheblichen Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit, der Beschwerdeführer könne den linken Fuss nicht belasten. Gehstrecken län-

ger als 400 m seien nicht möglich, hierfür benötige er eine Gehhilfe. Auch im Ruhezustand komme es zu blitzartig einschliessenden neuropathischen Schmerzen. Aufgrund der erheblichen Allodynie könnten keine Socken oder Schuhe bzw. diese nur mit vermehrten Schmerzen getragen werden.

**4.3.2** Der Suva-Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 12. Februar 2018 zur Untersuchung vom 8. Februar 2018 (act. II 126 S. 2 ff.) fest, nach eigenen Angaben sei die Allodynie im linken Unterschenkel/Fuss inzwischen vollständig zurückgegangen. Jetzt würden überwiegend Hypästhesien im Ausbreitungsgebiet des Nervus suralis beklagt. Das Areal sei relativ genau zu definieren und entspreche dem Versorgungsgebiet des Nerven. Unklar seien die weiter nach proximal bis zur Kniekehle reichenden Parästhesien. Die Sprunggelenksbeweglichkeit sei frei, der Fuss sei mechanisch gut belastbar. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bleibe für die nächsten drei Monate bestehen. Sollten sich die neurologischen Beschwerden namhaft bessern, sei eine Wiedereingliederung in die angestammte berufliche Tätigkeit denkbar (S. 5).

**4.3.3** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 6. März 2018 (act. II 127.16) fest, er ordne die Beschwerden in ein sensibles Schmerzsyndrom bei funktioneller perioperativer N. suralis-Läsion links bei St. n. arthroskopischer OSG-Revision links am 10. März 2016 (bei St. n. Rückfusskontusion 2015; vgl. dazu auch act. II 103.4/32 f.) ein. Klinisch und anamnestisch biete der Beschwerdeführer hier immer noch ein sensibles Schmerzsyndrom mit Hypästhesien/Parästhesien und Schmerzen im gesamten Ausbreitungsgebiet dieses rein sensiblen Nerven. Motorische Defizite biete er weiterhin nicht. Als Ursache sehe er eher die perioperative Blutsperre/Lagerung. In der neurologischen körperlichen Untersuchung zeigten sich keine neuen sonstigen fokalneurologischen Hinweise oder klare Hinweise auf noch andere spinale oder zentral/cerebrale Störungsbilder. In der elektroneuromyographischen Messung hätten sich deutlich bessere Werte als 2016 und keine neuen additiven peripheren neurogenen Kompressionsstörungen, keine peripheren systemischen neurogenen Erkrankungen oder eine nachweisbare substantielle radikuläre Störung oder eine Myopathie finden lassen. Insgesamt gehe er trotz der

Dauer der Beschwerden von einer günstigen Prognose aus, wie der bisher langsame remittive Verlauf zeige (S. 4).

**4.3.4** Im polydisziplinären, auf einer internistischen, angiologischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung basierenden C. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 6. Februar 2019 (act. II 150.2 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 150.2 S. 10):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

Linksseitige Neuropathie des Nervus suralis

Leichtgradige Chondromalazie linkes oberes Sprunggelenk

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

Nikotin-Konsum

Kein Anhalt für eine angiologische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom ICD-10 F12.2

In den objektiven Befunden hätten sich eine leichte Schädigung des Nervus suralis links mit assoziierten sensiblen Störungen, auch über das Versorgungsareal des Nervus suralis hinausgehende sensible Störungsangaben ergeben, wobei insgesamt kein konsistenter gravierender schmerzgeplagter Eindruck bestanden habe. Eine gravierende orthopädische Auffälligkeit habe sich klinisch nicht ergeben, der Bildbefund einer knöchernen Auffälligkeit im Bereich des linken Fusses sei gering ausgeprägt und erkläre die (ehedem neuropathischen) Beschwerden nicht. Psychiatrische Auffälligkeiten hätten sich im klinischen Befund nach AMDP nicht ergeben. Das Labor habe einen Cannabiskonsum gezeigt, die Anamnese spreche für einen jahrelangen Konsum im Sinne einer Abhängigkeit. Der Carbamazepinspiegel im Blut sei niedrig gewesen, hier beständen also erhebliche Behandlungsreserven. Es sei zumindest fraglich, ob hier eine die reklamierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinreichend erklärende Störung attestierbar sei. Zumindest sei hier zunächst einmal der Cannabiskonsum zu revidieren, um dessen Störeffekt zu beseitigen.

Auffällig sei schliesslich auch, dass trotz der scheinbar umfangreichen und formal frustrierten bisherigen Therapie der Schmerzen nicht erkennbar sei,

dass dabei die Leitlinien eingehalten worden seien: Die Führung eines Schmerzkalenders sei nicht ersichtlich, Compliance-Kontrollen (Spiegelbestimmungen), die die reklamierte Unverträglichkeit von Pharmaka anhand von nachgewiesenen Wirkspiegeln belegen oder plausibel machen würden fehlten, eine dokumentierte Behandlungsführung mit einschleichender Aufdosierung unter Laborkontrollen fehle (S. 5).

Aus neurologischer Sicht und insgesamt bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 60 % als ... mit überwiegender .... Die Behandlungsoptionen seien nicht ausgeschöpft. Es sei eine Steigerungsfähigkeit der Arbeitsfähigkeit auf 100 % (Pensum 100 %, Rendement 100 %) nach drei Monaten bei leitliniengerechter Therapie zu attestieren. Rückblickend sei neurologischerseits und insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 60 % ab März 2016 zu attestieren, da die aktuellen neuropathischen Beschwerden zum damaligen Operationszeitpunkt laut dem Beschwerdeführer eingesetzt hätten. Eine gutachterliche Reevaluation sollte spätestens im Sommer 2019 erwogen werden (S. 11).

**4.3.5** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 21. Mai 2019 (act. II 155 S. 2 ff.) fest, der Beschwerdeführer arbeite aktuell mit einem Pensum von 20-30 % als ... (S. 2). Wenn Patienten glaubwürdig Nebenwirkungen von Medikamenten beschrieben, werde ihnen geglaubt und es würden keine Medikamentenspiegel gefordert. Eine Spiegelkontrolle des Tegretols sei durch den Hausarzt regelmässig durchgeführt worden (S. 3). Die Arbeitsfähigkeit betrage 40-50 % (S. 4).

**4.3.6** Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, hielt im Bericht vom 5. Juli 2019 (act. II 160) fest, grundsätzlich sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine überwiegend sitzende Tätigkeit in einem Pensum von mindestens 60 % ausüben könnte. Die Behandlungsoptionen seien grundsätzlich ausgeschöpft. Wie die behandelnde Ärztin schreibe, sei es nicht üblich, die Compliance der Patienten mit Schmerzen mittels Spiegelbestimmungen zu kontrollieren. Es seien die üblichen, auch in den deutschen Leitlinien empfohlenen Medikamente und nicht medikamentöse Therapien verschrieben worden (S. 4).

**4.3.7** Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 11. Februar 2019 zur Untersuchung vom 10. Februar 2019 (act. II 168.9) fest, es habe sich eine ausgeprägte Allodyniezone im Bereich des linken Unterschenkels entwickelt, ein positiver Nachweis einer Nervenverletzung sei jedoch nicht erbracht worden. Die Allodyniezone zeige sich auf der Lateralseite des Fusses bis in die Mitte des Unterschenkels ziehend. Die Allodynographie sei aktualisiert worden und bestätige diesen Befund. Der bestehende neuropathische Schmerz sei mit der Medikation und der schmerzdistanzierenden Behandlung sowie unter NSAR (= Nichtsteroidale Antirheumatika) nicht vollständig zurückgegangen. Bedingt durch die Nebenwirkungen bei der Einnahme von schmerzdistanzierenden Medikamenten habe der Beschwerdeführer begonnen, in Absprache mit den Schmerztherapeuten die Medikation zu reduzieren. Eine durchgreifende Befundänderung habe sich nicht ergeben. Die jetzt durchgeführte 30%ige Arbeitsfähigkeit in ... stelle für den Beschwerdeführer aktuell die obere Grenze des Machbaren dar (S. 5). Es sei schwer nachvollziehbar, wieso im C.\_\_\_\_\_-Gutachten eine ganze Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden sei. Den Ergebnissen des C.\_\_\_\_\_-Gutachtens könne nicht gefolgt werden (S. 6).

**4.3.8** Am 13. Januar 2020 erfolgte bei subakuter Lumbalgie mit regredienter Beinschmerzsymptomatik links eine Facettengelenkinfiltration L4-S1 links (act. II 173 S. 4).

**4.3.9** Der Suva-Kreisarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 20. Februar 2020 (act. II 187.4 S. 4 ff.) basierend auf seiner gleichentags erfolgten Untersuchung fest, es bestehe eine anhaltende, perioperativ im Jahr 2016 entstandene und damit indirekt unfallkausale Allodynie im Bereich des linken Rück- und Aussenfusses aufgrund des Druckschadens im Bereich des distalen N. suralis und in krankheitsbedingter Hinsicht eine chronische, vorbekannte, ebenfalls in das linke Bein ausstrahlende Lumboischialgie im Vordergrund. Eine ebenfalls Schmerzen verursachende posttraumatische USG-Arthrose werde anhand der Bildgebung und insbesondere der heutigen Klinik ausgeschlossen (S. 8).

**4.3.10** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 6. März 2020 (act. II 184.9) fest, er ordne die geklagten Beschwerden auch in der heutigen Ver-

laufsuntersuchung immer noch in ein sensibles Schmerzsyndrom bei funktioneller perioperativer N. suralis-Läsion links bei St. n. arthroskopischer OSG-Revision links am 10. März 2016 ein (S. 5).

**4.3.11** Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 21. April 2020 (act. II 187.6) fest, beim Beschwerdeführer sei bei Einhaltung diverser Kriterien eine ganztägige Einsetzbarkeit gegeben. Dieses Zumutbarkeitsprofil beziehe sich ausschliesslich auf die Folgen des Unfalls vom 10. Mai 2015 (S. 2).

**4.3.12** Der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 5. Juni 2020 (act. II 193) fest, auf das C. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 11. (richtig: 6.) Februar 2019 könne nicht mehr abgestellt werden. Es gelte das von Suva-Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ formulierte Zumutbarkeitsprofil (S. 7). Zudem bestehe aufgrund der degenerativen LWS-Veränderungen eine verminderte Belastbarkeit daselbst (S. 6 f.).

**4.3.13** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 24. August 2022 (act. II 242 S. 2 - 4) fest, es beständen zwei Schmerzlokalisationen, so im Bereich des lumbalen Rückens mit Ausstrahlung in die Beine, ohne klaren radikulären Bezug, und neuropathische Schmerzen im Bereich des N. suralis mit Allodynie und Hypästhesie. Die Schmerzintensität wechsele je nach Medikamenteneinnahme (S. 3).

**4.3.14** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ stellte im orthopädischen Gutachten vom 16. August 2023 (act. II 276.1 S. 1-72) die folgenden Diagnosen (S. 67):

Bildgebend degenerative Alterationen der Lendenwirbelsäule, ohne namhaftes lokales oder radikuläres klinisches Befundkorrelat (Herleitung: Anamnese, Aktendossier, orthopädische Untersuchung, aktuelle MR-Bildgebung)

Beginnende Sprunggelenkarthrose links, ohne namhafte funktionelle Beeinträchtigung (Herleitung: Anamnese, Aktendossier, orthopädische Untersuchung, aktuelle MR Bildgebung)

Anamnestisch neuropathisches Schmerzsyndrom linker Unterschenkel/Fuss bei Status nach Fusskontusion mit knöcherner Läsion (Herleitung: Anamnese)

Prädisposition (Herleitung: BMI-Bestimmung)

Bei der hiesigen orthopädischen Untersuchung liessen sich weder das Achsenskelett noch die Extremitäten betreffend namhafte Pathologien mit Einfluss auf die Funktionalität und mithin auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten, überwiegend administrativen Tätigkeit als ... und ... erheben. Auch das gelegentliche Begehen von ... sei mit dem hier erhobenen Befund uneingeschränkt vereinbar, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für jedwede leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeit ohne häufiges Stehen und Gehen auf unebenem Untergrund oder häufiges Besteigen von Leitern und Gerüsten (S. 67 f.). Dies gelte seit der Vorbegutachtung 2019 (S. 68).

**4.3.15** Im Bericht vom 17. Januar 2024 (act. II 287 S. 2 ff.) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer leide weiterhin an neuropathischen Schmerzen mit deutlicher Allodynie im linken Fuss und Unterschenkel sowie an muskuloskelettalen lumbalen Schmerzen bei degenerativen Veränderungen (S. 3).

**4.3.16** Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. April 2024 (act. II 289) fest, am Zumutbarkeitsprofil gemäss dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2023 könne festgehalten werden (S. 12).

#### **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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Bei der Würdigung von durch die C.\_\_\_\_\_ erstellten Gutachten ist allerdings dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für die Qualität bei der medizinischen Begutachtung (EKQMB) die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet hat. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der C.\_\_\_\_\_ zu würdigen sind, rechtfertigt es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). In solchen Fällen genügen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.3; vgl. ferner Urteil des BGer 8F\_1/2024 vom 12. Dezember 2024 E. 4.3.2).

#### **4.5**

**4.5.1** Gestützt auf die medizinischen Berichte (vgl. E. 4.3 vorne) ist ein medizinischer Revisionsgrund ohne Weiteres erstellt, womit der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen ist (vgl. E. 3.3.4 vorne). Dies ist denn auch unbestritten.

**4.5.2** Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2024 (act. II 290) von einer durchgehend 100%igen Arbeitsfähigkeit für jedwede leichte bis mittelschwere (angepasste) Tätigkeit aus (S. 1). Dabei stützte sie sich in erster Linie auf das polydisziplinäre C.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 6. Februar 2019 (act. II 150.2 ff.), das orthopädische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 16. August 2023 (act. II 276.1 S. 1-72) sowie die RAD-Berichte vom 31. Januar 2024 (act. II 286 S. 2) und vom 17. April 2024 (act. II 289) ab. Der Beschwerdeführer negiert den Beweiswert des polydisziplinären C.\_\_\_\_\_ -Gutachtens vom 6. Februar 2019 (act. II 150.2 ff.) sowie des orthopädischen Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 16. August 2023 (act. II 276.1 S. 1-72). Ferner macht er geltend, der Sachverhalt sei in neurologischer Hinsicht nicht hinreichend abgeklärt (Beschwerde S. 11 Rz. 16).

#### **4.6**

**4.6.1** In Bezug auf die polydisziplinäre C.\_\_\_\_\_ -Expertise vom 6. Februar 2019 (act. II 150.2 ff.) kritisiert der Beschwerdeführer namentlich die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Beschwerde S. 14 ff. Rz. 23 f.). Danach sowie gestützt auf die jeweiligen Teilgutachten ergeben sich Einschränkungen im funktionellen Leistungsvermögen bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (von 60 % bzw. steigerbar auf 100 %) vorrangig aus neurologischer und in geringfügigem Ausmass aus orthopädischer Sicht (act. II 150.2 S. 10-12; 150.5 S. 34 f.; 150.6 S. 34-36). Demgegenüber wurde auf internistischem, angiologischem und psychiatrischem Fachgebiet jeweils keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. II 150.3 S. 30 f.; 150.4 S. 27 f.; 150.7 S. 33 f.). Letzteres ist zu Recht unbestritten, nachdem sich aus den bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2024 erstellten, zahlreichen medizinischen Berichten (vgl. E. 4.3 vorne) keine Anhaltspunkte ergeben, die auf eine insoweit für die Beurteilung des hier strittigen Rentenanspruchs (vgl. E. 1.2 vorne) potentiell relevante anderweitige gesundheitliche Entwicklung schliessen lassen. Weiterungen hierzu erübrigen sich somit.

**4.6.2** In orthopädischer Hinsicht ist Folgendes festzuhalten:

**4.6.2.1** Das orthopädische C.\_\_\_\_\_ -Teilgutachten (act. II 150.6) erfüllt die Anforderungen an beweismässige medizinische Berichte (vgl. E. 4.4.2 vorne) und erbringt Beweis. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ gelangte überzeugend zum Schluss, auf orthopädischem Fachgebiet liessen sich neben einer bildgebend objektivierten leichtgradigen Chondromalazie im linken oberen Sprunggelenk keine weiteren namhaften pathologischen Befunde erheben (S. 31). Diese, auf einer umfassenden Befunderhebung (S. 23-29) basierende Einschätzung steht im Einklang mit der (damaligen) medizinischen Aktenlage: Abgesehen davon, dass keine fachorthopädischen Berichte im Recht liegen, die sich (allenfalls kritisch) zum Teilgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ äussern, stellte bereits der Suva-Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in der Untersuchung vom 8. Februar 2018 von Seiten des Halte- und Bewegungsapparates keine namhaften Unfallfolgen mehr fest (act. II 126 S. 5). Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ kritisierte zwar in seinem Bericht vom 11. September 2019 (act. II 168.9) die (gesamtmedizinischen) Schlussfolgerungen im C.\_\_\_\_\_ -Gutachten zur Arbeitsfähigkeit (S. 6), jedoch ergeben sich aus seinem Bericht keine Hinweise darauf, dass die damals geklagten Beschwerden im Bereich des linken Fusses bzw. Unterschenkels (auch) eine namhafte orthopädische Ursache hätten. Ferner erklärte dieser gleiche Arzt im Bericht vom 21. April 2020 (act. II 187.6) den Beschwerdeführer mit Blick auf die Folgen des Unfalles vom 10. Mai 2015 immerhin als 100 % arbeitsfähig in angepasster Tätigkeit. Schliesslich beklagte der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf zwar zusätzlich behandlungsbedürftige Rückenbeschwerden (act. II 173 S. 4). Diese wurden jedoch durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Rahmen einer weiteren Begutachtung im März 2023 beurteilt (act. II 276.1 S. 1-72; vgl. E. 4.6.2.2 hinten). Demnach ergeben sich keine auch nur (relativ) geringen Zweifel (vgl. E. 4.4.2 vorne) am Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens.

Der Beschwerdeführer stellt sich sodann auf den Standpunkt, dass die Expertise den "Prüfkriterien für die Beurteilung der Gutachten der C.\_\_\_\_\_ AG in nicht abgeschlossenen Fällen" (vgl. Anhang 3 des von der EKQMB verfassten Überprüfungsberichts vom 7. November 2023 über die Gutachten der C.\_\_\_\_\_ AG der Jahre 2022/2023, nachfolgend Überprüfungsbericht der EKQMB; abrufbar: htt-

ps://www.ekqmb.admin.ch/ekqmb/de/home/empfehlungen/empfehlungen/C.\_\_\_\_\_.html) zu unterziehen ist (Beschwerde S. 14 f. Rz. 23). Die entsprechenden Empfehlungen, welche auf Stichproben von C.\_\_\_\_\_-Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023 beruhen, hatte die EKQMB indes basierend auf Art. 7p Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11; in Kraft seit 1. Januar 2022) abgegeben. Die Recherche der Kommission fusste mithin auf Grundlagen, wie sie sich nach dem 1. Januar 2022 dargestellt haben (BGE 150 V 363 E. 5.3.2 S. 368 und E. 5.4 S. 370). Ob die Empfehlungen der EKQMB auf den vorliegenden Fall, da es ein C.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 6. Februar 2019 zu beurteilen gilt und ohnehin das bis 31. Dezember 2021 gültige Recht massgebend ist (vgl. E. 2.1 vorne), überhaupt zur Anwendung gelangen (vgl. Urteil des BGer 8F\_1/2024 vom 12. Dezember 2024 E. 4.3.3), erscheint mithin fraglich, kann aber offen bleiben. Denn selbst wenn die orthopädische Teilexpertise den nämlichen Prüfkriterien gemäss Anhang 3 des Überprüfungsberichts der EKQMB unterzogen wird, ändert sich an deren Beweiswert nichts: So führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die relevanten Vorakten (act. II 150.6 S. 3-14) auf (vgl. zudem der separate Aktenauszug gemäss act. II 150.8). Handschriftliche Anamnese-Notizen finden sich nicht bei den Akten, indessen folgt das Teilgutachten im Wesentlichen den Vorgaben des BSV zur Gliederung des Gutachtens gemäss Anhang IV des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI). Weiter wurde ein (vom Beschwerdeführer unterzeichneter) Fragebogen eingeholt (S. 16-21). Wie bereits gezeigt enthält das Teilgutachten eine ausführliche Befunddokumentation (S. 23-29) einschliesslich der Angaben des Beschwerdeführers sowie die Wiedergabe der getätigten Zusatzdiagnostik (S. 29). Sodann erfolgte eine hinreichende Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität der geltend gemachten Einschränkungen auf dem orthopädischen Fachgebiet (S. 33). Ebenso fand eine angemessene Auseinandersetzung mit den Vorakten statt, soweit solche auf orthopädischem Fachgebiet vorhanden waren (S. 32 ff.). Aktuelle Berichte zu Eingliederungsmassnahmen bestanden keine. Darüber hinaus war dem Gutachter die 2013 erfolgreich abgeschlossene Umschulung bekannt. Dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ schliesslich in Anbetracht des von ihm erhobenen, klinisch weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefundes und der bildgebend fest-

gestellten, allein leichtgradigen Chondromalazie des linken OSG keine spezifischen therapeutischen Massnahmen (S. 37) formulierte, ist schlüssig und überzeugt.

**4.6.2.2** Wie bereits in der vorangehenden E. 4.6.1.2 gezeigt, veranlasste die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die im Verlauf zusätzlich geklagten Rückenbeschwerden bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ein orthopädisches Verlaufsgutachten (act. II 276.1 S. 1-72). Soweit der Beschwerdeführer dessen Befangenheit geltend macht (Beschwerde S. 16 Rz. 25), kann ihm nicht gefolgt werden: Einerseits erklärte sich der (anwaltlich vertretene) Beschwerdeführer mit der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. II 253) ausdrücklich einverstanden (act. II 264). Andererseits vermag der dem Beschwerdeführer bekannte Umstand, dass der Sachverständige sich schon einmal mit ihm befasst hat, objektiv keinen Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit begründen, dies selbst dann, wenn der Gutachter – wie hier – zu (für eine Partei) ungünstigen Schlussfolgerungen gelangte (BGE 147 V 79 E. 7.4.4 S. 84).

Inhaltlich erfüllt das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 16. August 2023 (act. II 276.1 S. 1-72) die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.4.2 vorne) und erbringt Beweis. Der Experte gelangte zum Schluss, dass sich bei der orthopädischen Untersuchung weder das Achsenskelett noch die Extremitäten betreffend namhafte Pathologien mit Einfluss auf die Funktionalität und mithin auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten, überwiegend administrativen Tätigkeit als ... und ... erheben liessen und aus orthopädischer Sicht entsprechend (weiterhin) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für jedwede leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeit bestehe (S. 62 f.). Diese Einschätzung ist mit Blick auf die von ihm erhobene bescheidene Befundlage (S. 55-61) überzeugend. Entgegen der Beschwerde (S. 13 Rz. 21) vermögen daran auch die Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern: So setzte sich Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 17. Januar 2024 (act. II 287 S. 2 ff.) nicht mit dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auseinander. Soweit sie eine höhere Arbeitsfähigkeit bescheinigte, differenzierte sie nicht nach orthopädischen und neurologischen Befunden. Ebenso wenig äusserte sich Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des

Bewegungsapparates, zum funktionellen Leistungsvermögen. Davon abgesehen deckt sich seine Befunderhebung im Bericht vom 15. April 2021 (act. II 238 S. 2 f.) gerade insoweit mit jener von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, als beide Ärzte ein namhaftes radikuläres klinisches Befundkorrelat verneinten (act. II 276.1 S. 67).

Ferner unterzog die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ einer als solchen bezeichneten Qualitätskontrolle nach Massgabe des Überprüfungsberichts der EKQMB (act. II 286 S. 2). Die im nämlichen Überprüfungsbericht festgestellten Mängel betrafen indes ausschliesslich bi- und polydisziplinäre C. \_\_\_\_\_-Gutachten, womit fraglich ist, ob eine entsprechende Prüfung auch bei einem monodisziplinären Gutachten und einzig aus dem Grund vorzunehmen ist, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vormals als Gutachter der C. \_\_\_\_\_ fungierte, die vorliegende Expertise jedoch nicht in der Eigenschaft als C. \_\_\_\_\_-Gutachter verfasste. Dies kann jedoch offen bleiben, denn die Schlussfolgerung des RAD, wonach auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auch unter Berücksichtigung der von der EKQMB empfohlenen Prüfkriterien abgestellt werden könne, überzeugt. Daran ändern die Vorbringen in der Beschwerde (S. 17 Rz. 27) nichts: So genügt die Anamneseerhebung unter den hier gegebenen Umständen mit klar definierten und auch in den übrigen Akten reich dokumentierten Beschwerden im linken Bein und betreffend den Rücken (act. II 276.1 S. 32 f., 35). Sodann ist an der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ dokumentierten Beobachtung "Kein schmerzgeplagter klinischer Eindruck" (S. 56) nichts auszusetzen, gehört es doch zu den wesentlichen Aufgaben des Gutachters, sich zum Verhalten und zur Plausibilität von Beschwerden zu äussern (Urteil des BGer 9C\_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.3). Vorliegend steht die kritisierte Aussage denn auch nicht isoliert im Raum, sondern im Kontext mit weiteren Verhaltensbeobachtungen (vgl. S. 55 f.). Weiter steht die Feststellung, wonach sich die mit hoher Intensität vorgetragenen Beschwerden mit den klinischen Befunden und dem Gesamteindruck nicht in Einklang bringen lässt (S. 66), in Übereinstimmung mit der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erhobenen, relativ bescheidenen objektiven (orthopädischen) Befundlage sowie dem beobachteten Verhalten (vgl. S. 68), und spricht deshalb ebenso wenig

gegen den Beweiswert des Gutachtens. Auch ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass entgegen den Feststellungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ seit der letzten Begutachtung in der C.\_\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht während eines längeren Zeitraums eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte.

Damit begründen weder die beschwerdeweisen Vorbringen noch die im Recht liegenden medizinischen Berichte (relativ geringe) Zweifel am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 16. August 2023.

#### **4.6.3** Anders verhält es sich in neurologischer Hinsicht.

Insoweit liegt einzig ein auf einer Untersuchung vom Oktober 2018 basierendes neurologisches (Teil-)Gutachten des polydisziplinären C.\_\_\_\_\_ -Gutachtens im Recht (act. II 150.5). Darin erachtete Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, eine Läsion im Bereich des linken Nervus suralis als überwiegend wahrscheinlich und qualifizierte diese Schädigung als leichtgradig (act. II 150.5 S. 30). In der Folge bescheinigte er eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einem Rendement von 60 %) in der Tätigkeit als ... (mit überwiegender ...) und beurteilte diese einerseits als seit März 2016 gegeben und andererseits – bei leitliniengerechter Therapie – innerhalb von drei Monaten auf 100 % steigerbar. Schliesslich empfahl er eine gutachterliche Reevaluation im Sommer 2019 (S. 35).

Die Einschätzungen basieren auf einer umfassenden Anamnese und einer sorgfältigen Befunderhebung (S. 14-27), beinhaltend auch eine Zusatzdiagnostik (S. 27 f.). Auch wies Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ insoweit überzeugend darauf hin, dass in Anbetracht der subjektiv frustranen bisherigen Schmerztherapie eine zusätzliche Kontrolle der Compliance seitens der Behandler angezeigt (gewesen) wäre (S. 31) – dies auch im Hinblick auf den fortgesetzten Cannabiskonsum (S. 27, 30), welcher gemäss Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ für eine erfolgreiche Behandlung eingestellt werden müsste (S. 31) bzw. dessen Sistierung bereits in VGE IV 200 2021 150 E. 3.2.1 als notwendig (E. 3.2.1 [act. II 237 S. 14 f.]) und zumutbar (E. 3.2.2.1 ff. [S. 16-18]) beurteilt wurde.

Zentrales Element gutachterlicher Einschätzung bildet schliesslich die Folgeabschätzung der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. die Beurteilung deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 426). Insoweit ist zunächst festzuhalten, dass die rückwirkende bzw. bereits ab März 2016 erfolgte Bescheinigung einer Arbeitsfähigkeit von durchgehend 60 % – was ein im Verlauf im Wesentlichen unveränderter Befund- und Beschwerdenstatus impliziert – nicht ohne weiteres überzeugt: Einerseits wird dies nicht anhand echtzeitlicher Arztberichte näher erläutert. Andererseits zeigen etwa die Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Januar 2018 (act. II 122 S. 1 f.) und von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 6. März 2018 (act. II 127.16) auf, dass die Beschwerden anfänglich ausgeprägter waren, was auch erklärt, dass der Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. Februar 2018 von einer noch bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (act. II 126 S. 5).

Was die bescheinigte Arbeitsfähigkeit an sich betrifft, nahm die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Juli 2019 (act. II 160 S. 3 f.) zum C. \_\_\_\_\_-Gutachten Stellung. Daraus geht hervor, dass sie die Schlussfolgerung von Prof. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ einer bisher nicht erfolgten leitliniengerechten Therapie nicht vorbehaltlos teilte (S. 4), was indessen mit Blick auf die – wie eingangs aufgezeigt – zumindest fragliche Compliance des Beschwerdeführers nicht ohne weiteres überzeugt. Dennoch übernahm sie die Einschätzung von Prof. Dr. med. N. \_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer eine überwiegend sitzende Tätigkeit in einem Pensum von mindestens 60 % ausüben könnte. Aus diesen Ausführungen wird jedoch nicht klar, ob sie die vom Gutachter ebenfalls postulierte Steigerbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf 100 % stützt und wenn ja, in welchem Zeitraum und unter welchen Voraussetzungen. In einer weiteren Stellungnahme vom 5. Juni 2020 (act. II 193) hielt der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ sodann fest, es könne ab 16. April 2020 auf das vom Suva-Kreisarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 21. April 2020 (act. II 187.6) formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden. Was für die Zeit davor gilt, lässt sich dem Bericht nicht entnehmen und bleibt demnach ebenso unklar. Keine Klärung bringt diesbezüglich auch die Aktennotiz von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 28. September 2020 (act. II 205 S. 1), worin der RAD-Arzt gestützt auf die Ver-

fügung der Suva vom 21. September 2020 (act. II 204 S. 2 ff.) davon ausgehend, der Beschwerdeführer könne seine angestammte Tätigkeit "wieder" vollumfänglich ausüben.

Was schliesslich den weiteren Verlauf anbelangt, so folgt aus den medizinischen Berichten (vgl. E. 4.3 vorne), dass der Beschwerdeführer bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2024 (act. II 290) mehr oder weniger durchgehend – wenngleich in unterschiedlicher Intensität – über neuropathische Beschwerden klagte. Deren invalidenversicherungsrechtliche Relevanz bleibt gestützt auf die vorliegenden Berichte jedoch im Wesentlichen im Dunkeln. Dennoch unterliess es die Beschwerdegegnerin entgegen der Empfehlung des Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_\_, eine gutachterliche Reevaluation des neurologischen Status vorzunehmen (act. II 150.5 S. 35), so dass seit der letzten verwaltungsexternen Begutachtung über fünf Jahre vergangen sind. Entsprechend hat eine Aktualisierung zu erfolgen. Indessen ist zu berücksichtigen, dass der Cannabiskonsum für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einen wesentlichen Störeffekt darstellt (act. II 150 S. 36), weshalb die Behauptung des Beschwerdeführers, inzwischen keinen Cannabis mehr zu konsumieren (act. II 287 S. 3), vorgängig zu verifizieren sein wird.

**4.6.4** Demnach kann auf das im Rahmen der polydisziplinären C.\_\_\_\_\_-Begutachtung verfasste neurologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ (act. II 150.5) nicht abgestellt werden. Indem die darin getroffenen Einschätzungen bestimmend für die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung des C.\_\_\_\_\_-Gutachtens (act. II 150.2) waren, kann auch auf diese nicht abgestellt werden. Entsprechend basiert die in der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2024 getroffene Annahme einer seit der Neuanmeldung im Februar 2017 durchgehend bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in neurologischer Hinsicht auf keinem rechtsgenügenden Entscheidfundament. Der Sachverhalt bedarf folglich weiterer Abklärung (Art. 43 ATSG): Zunächst wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, ob der Beschwerdeführer die bereits mit VGE 200 2021 150 als notwendig und zumutbar beurteilte Cannabis-Abstinenz beachtet. Je nach Ergebnis wird sie dies nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Hinblick auf den Leistungsanspruch zu berücksichtigen

haben. Dabei hat die Beschwerdegegnerin eine verwaltungsexterne neurologische Begutachtung (Art. 44 ATSG) zu veranlassen. Schliesslich wird sie neu über den Rentenanspruch zu verfügen haben.

**4.7** Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 22. April 2024 aufzuheben und die Sache – entsprechend dem Eventualantrag des Beschwerdeführers – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

## **5.2**

**5.2.1** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

**5.2.2** Mit Kostennote vom 24. Juni 2024 hat Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 5'700.-- (19 Stunden à Fr. 300.--), Auslagen von Fr. 41.-- und die Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 465.--, gesamthaft somit einen Aufwand von Fr. 6'206.-- geltend gemacht. Dieser Aufwand ist unter den gegebenen Umständen übersetzt: Zwar bildete die Rentenfrage bisher nicht Beurteilungsgegenstand und erweisen sich die Akten als eher umfangreich. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Rechtsvertreter den Beschwerdeführer schon seit dem Verfahren IV 200 2021 150 (act. II 237) vertritt und entsprechend über vertiefte Kenntnisse der wesentlichen Akten und massgeblichen Fragen verfügte. Unter Berücksichtigung dieser Umstände sowie mit Blick auf vergleichbare Fälle ist eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 5'000.-- (inklusive Auslagen und MWST) gerade noch gerechtfertigt.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. April 2024 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 geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'000.-- (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern

- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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