

IV 200 2024 648
ISD/IMD/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Januar 2025

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. August 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1972 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 2015 unter Hinweis auf eine schwere Depression sowie Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 12). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen; namentlich veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C._____ (C._____; Gutachten vom 17. Februar 2017 [act. II 93.1-93.9]). Mit Verfügung vom 1. Juni 2017 (act. II 109) verneinte sie einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 29 %. Auf ein weiteres Gesuch vom November 2018 (act. II 137) trat die IVB mit Verfügung vom 13. Juni 2019 (act. II 150) mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Sachverhaltsänderung nicht ein.

Im August 2023 (act. II 166) ersuchte der Versicherte die IVB unter Hinweis auf eine gesundheitliche Verschlechterung erneut um Zusprache von IV-Leistungen. Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und beauftragte die Begutachtungsstelle D._____ (MEDAS) mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten. Gestützt auf deren Gutachten vom 10. April 2024 (act. II 202.1-202.9) stellte sie mit Vorbescheid vom 17. Mai 2024 (act. II 204) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 36 % in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 208, 210) verfügte die IVB am 23. August 2024 (act. II 212) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 20. September 2024 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. August 2024 ist aufzuheben und die Akten sind zwecks vollständiger Erhebung des

medizinisch relevanten Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zur Neu Beurteilung zurückzuweisen.

2. Die Beschwerdegegnerin ist anzuweisen, bezüglich dem psychischen/psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, und daraus ableitend bezüglich dessen Leistungsfähigkeit, vorgängig dem Erlass einer verfahrensabschliessenden Verfügung ein Gutachten aus dem Fachbereich Psychiatrie anzuordnen.
3. Eventualiter ist vorgängig dem Erlass einer verfahrensabschliessenden Verfügung die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu evaluieren.
4. Subeventualiter ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers auf mindestens 44 % festzusetzen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2024 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 23. August 2024 (act. II 212). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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.

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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3

2.3.1 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 Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149V 177 E. 4.7 S. 184). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177)

2.3.2 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 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).

2.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, son-

dern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

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

2.3.5 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. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom August 2023 (act. II 166) eingetreten ist und den Rentenanspruch mit der angefochtenen Verfügung vom 23. August 2024 (act. II 212) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 1. Juni 2017 (act. II 109) und der angefochtenen Verfügung vom 23. August 2024 (act. II 212; E. 2.3.4 hiervor) eine Veränderung in den tatsächlichen Ver-

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

3.2 In medizinischer Hinsicht erging die Verfügung vom 1. Juni 2017 (act. II 109) gestützt auf das Gutachten der C._____ vom 17. Februar 2017 (act. II 93.1-93.9). Darin diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches linksbetontes lumbovertebrales Syndrom, bei nachgewiesener Bandscheibendegeneration/Protrusion, ohne Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik und eine schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F25.9; act. II 93.1/11 lit. D.). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... in der ... sei als aufgehoben anzusehen, da das Anforderungsprofil in dieser Tätigkeit das Belastungsprofil des Versicherten übersteige. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei um 30 % eingeschränkt. Der Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Vorbeuge) und solche unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe oder Zug sollten vermieden werden. Geeignet seien überwiegend sachorientierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit und ohne besonderen Zeitdruck. Aufgrund der Disposition zu paranoiden Befürchtungen sollte der Versicherte eher für sich allein arbeiten können. Es sollte wenig Abstimmungsbedarf mit Vorgesetzten oder Kollegen bestehen (act. II 93.1/12 f. lit. D.).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 1. Juni 2017 (act. II 109) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Am 19. Oktober 2018 (act. II 141/4 ff.) berichtete die Klinik E._____ über die stationäre Behandlung vom 14. September bis zum 18. Oktober 2018. Diagnostiziert wurden eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit undifferenzierten akustischen Halluzinationen (ICD-10: F32.3), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.4) und eine Discopathie L4/5 mit Bandscheibenprotrusion und möglicher recessaler Stenose L4/5 links bei Zustand nach translaminärer epiduraler Steroidinstallation L4/5 (insgesamt fünf Mal). Der Patient habe sehr aktiv und motiviert an den Therapien teilge-

nommen. Insgesamt habe er vom stationären Aufenthalt profitieren können. Er verlasse die Klinik in einem verbesserten körperlichen und seelischen Zustand. Es habe eine erhebliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Als Mitarbeiter in der ... bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Ansonsten werde auf das Gutachten vom 17. Februar 2017 verwiesen.

3.3.2 Vom 12. Juni bis zum 29. Juli 2019 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Stationären Psychiatrie der Klinik F._____. Dem diesbezüglichen Austrittsbericht vom 22. August 2019 (act. II 174/12 ff.) ist zu entnehmen, dass die Zuweisung zur Behandlung aufgrund einer depressiven Symptomatik und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfolgt sei. Nach einer vollstationären integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei der Austritt in einem gut stabilisierten psychischen Zustand erfolgt.

Aus dem Bericht derselben Klinik vom 26. Februar 2020 (act. II 174/7 ff.) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer vom 30. September 2019 bis zum 7. Februar 2020 im Rahmen einer Nachsorgebehandlung nach stationärer psychiatrischer Behandlung in einer teilstationären Behandlung befunden habe. Die depressive und die Schmerzsymptomatik hätten durch die dreimonatige Behandlung nicht nennenswert verbessert werden können. Allerdings habe der Beschwerdeführer von der Tagesstruktur und dem Aktivitätenangebot profitieren können. Es sei ihm gelungen, gewisse festgefahrene Denkmuster aufzulösen; er habe bei Behandlungsabschluss eine gewisse kognitive Flexibilität bzgl. dichotomen Denken (Empfinden positiver Emotionen trotz Schmerzen) sowie klar weniger Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung durch das Erarbeiten eines realistischen Behandlungsplans in der Zukunft gezeigt.

Aufgrund einer depressiven Entwicklung befand sich der Beschwerdeführer vom 12. Januar bis zum 1. März 2022 wiederum in stationärer Behandlung. Im diesbezüglichen Bericht der Stationären Psychiatrie der Klinik F._____. vom 14. März 2022 (act. II 174/4 ff.) wurde festgehalten, bei Eintritt habe eine depressive Grundstimmung bestanden. Der Patient sei hoffnungs-, freud- und antriebslos sowie mimikarm gewesen und habe trau-

rig und enttäuscht gewirkt. Der Austritt sei in einem gut stabilisierten psychischen Zustand in gegenseitigem Einverständnis erfolgt.

3.3.3 Dr. med. G._____, Facharzt für Anästhesiologie, hielt im Bericht vom 12. Juni 2023 (act. II 174/2 f.) fest, momentan beklage der Patient tieflumbale Rückenschmerzen und krampfartige Beschwerden in der Wade links, wobei die Lumbalgie führend sei. Die im März 2023 durchgeführten diagnostischen Blockaden im Sinne einer diagnostischen Nervenwurzelblockade L4 und L5 links (01.03.2023 [vgl. dazu act. II 182/12 f.]) und Ramus med. Blockade L3, L4 und L5 beidseits (08.03.2023 [vgl. dazu act. II 182/10 f.]) hätten sich als positiv erwiesen.

3.3.4 Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 25. September 2023 (act. II 175/1 ff.) aus psychiatrischer Sicht das Folgende: Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80). Gestützt auf Verlaufsbeobachtungen und die aktuellen Befunde sei feststellbar, dass es in der Zeitspanne von Juni 2017 bis zum aktuellen Zeitpunkt zu einer Verschlechterung der globalen gesundheitlichen Situation gekommen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei feststellbar, dass der Patient anhaltend mittelgradig bis schwer depressiv sei. Trotz multimodalen schmerztherapeutischen Ansätzen in ambulanten, halbstationären und stationären Behandlungen sei es nicht zur erhofften Zustandsbesserung gekommen. Der Patient sei seit Juni 2017 als zu 100 % arbeitsunfähig auf dem ersten Arbeitsmarkt anzusehen.

3.3.5 Im interdisziplinären Gutachten vom 10. April 2024 (act. II 202.1-202.9) diagnostizierten die MEDAS-Gutachter das Folgende (act. II 202.1/10 Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.15) mit/bei
 - Neurologisch: Radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 links
 - MRI LWS 02.12.2021: Befundverschlechterung gegenüber 2016. Zunehmende diskoligamentäre Rezessusstenose links bei L4/5 aufgrund

- neu entstandener, nach kaudal umgeschlagener Diskusextrusion mit konsekutiver Kompression der linken Nervenwurzel L5
- MRI LWS 13.12.2022: Bei chronischer Fehlhaltung der LWS mit Achsabweichung nach links findet sich nun ein Riss im Anulus fibrosus der Bandscheibe L4/5 subligamentär mit Ausbildung einer fokalen gedeckten Hernie, welche nach kaudal und rezessal links luxiert ist. Es besteht eine Wurzeltaschenkompression von L5 links.

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches HWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen (ICD-10: M54.2)
- Hallux valgus (ICD-10: M20.1)
- Senk-Spreizfuss beidseits (ICD-10: M21.67)
- Schwanenhalsdeformität Dig. III der linken Hand (ICD-10: M20.0)
- Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: E14.90) mit/bei
 - unter Metformin normwertiger HbA1c mit 5.2 %
- Vitamin D Mangel (ICD-10: E55.9)
- Restless legs Syndrom (ICD-10: G25.81)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

In internistischer Hinsicht führte Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, für den Exploranden seien eindeutig seine Gesundheitseinschränkungen auf orthopädischem und auf psychiatrischem Fachgebiet im Vordergrund stehend gewesen (act. II 202.3/17 Ziff. 6.2). Weder in der Vergangenheit noch aktuell seien Gesundheitsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf allgemein-internistischem Fachgebiet festzustellen gewesen (act. II 202.3/19 f. Ziff. 8.1.4 und Ziff. 8.2.5).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt med. pract. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, es sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (act. II 202.4/27 Ziff. 6.3.1). Im Vordergrund des klinischen Bildes stehe eine anhaltende Schmerzstörung. Eine andere Diagnose lasse sich nicht stellen. Weder bestehe eine depressive Episode noch eine schizoaffektive Störung (act. II 202.4/27 f. Ziff. 6.4). Die vorgebrachten Symptome wirkten aggraviert (act. II 202.4/30 Ziff. 7.1.1). Die Arbeitsfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 100 % (act. II 202.4/31 Ziff. 8.2.4). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der letzten Verfügung nicht wesentlich verändert (act. II 202.4/32 Ziff. 8.4).

Aus dem von Dipl. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, verfassten orthopädischen Teilgutachten geht hervor, dass der Explorand Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) beklage (act. II 202.5/5 Ziff. 3.2.1). In der Untersuchung hätten sich einige Inkonsistenzen gezeigt, ebenso gäben die Ergebnisse der Laboruntersuchung Hinweise auf Inkonsistenzen. Diese sprächen dafür, dass die angegebenen Schmerzen nicht in dem Masse belastend sein könnten, wie vom Versicherten behauptet (act. II 202.5/16 f. Ziff. 6.2). Es sei durchaus möglich und aufgrund der Bildgebungen nachvollziehbar, dass Schmerzen im Bereich der LWS bestanden hätten und in einem gewissen Ausmass noch bestünden. Aufgrund der Inkonsistenzen könne allerdings die hohe Schmerzintensität nicht nachvollzogen werden. Das in den Akten und vom Versicherten angegebene HWS-Syndrom habe in der klinischen Untersuchung bezüglich der angeblichen Beeinträchtigung nicht nachvollzogen werden können, zumal die Funktion der HWS während der Anamneseerhebung völlig unproblematisch erschienen sei. Allenfalls sei eine segmentale Funktionsstörung anzunehmen, die – abgesehen von Physiotherapie (segmentale Stabilisation) – keiner weiteren Therapie bedürfe (act. II 202.5/17 f. Ziff. 6.4). Aus orthopädischer Sicht sei von einer Aggravation auszugehen (act. II 202.5/19 Ziff. 7.1.1). In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Optimal wäre eine wechselbelastende, leichte körperliche Tätigkeit ohne Heben und Tragen schwerer Lasten. Die Möglichkeit von flexiblen Pausen sollte gegeben sein. Ausgeschlossen seien repetitives Drehen des Kopfes und des Rumpfes, längeres oder repetitives Überkopfarbeiten, längeres Gehen oder Stehen und Arbeiten auf unebenem Grund oder auf Leitern/Gerüsten (act. II 202.5/21 f. Ziff. 7.4.1 ff.).

PD Dr. med. L. _____, Facharzt für Neurologie, führte im neurologischen Teilgutachten aus, der Explorand beklage lumbale Rückenschmerzen, verkrampfte Waden mit stechenden, teils elektrisierenden und schmerzhaften Missempfindungen und eine Schwäche des linken Beins (act. II 202.6/8 Ziff. 3.2.1). Die gemachten Angaben, insbesondere was das Ausmass des Schmerzsyndroms und der resultierenden Einschränkungen betreffe, seien teilweise inkonsistent und wenig plausibel. Die massiven subjektiven Beschwerden liessen sich im Neurostatus nur unzureichend

nachvollziehen (act. II 202.6/16 Ziff. 6.2), es ergäben sich Hinweise für eine Aggravation, aber nicht für eine Simulation. Trotz dieser Aggravation bestehe kein Zweifel am Vorliegen einer radikulären Schmerz- und sensiblen Ausfallsymptomatik L5 links (act. II 202.6/18 Ziff. 7.1.1). Die MRI-Untersuchungen (2016, 2021, 2022) zeigten einen zur klinischen Symptomatik passenden, im zeitlichen Verlauf zunehmenden Befund. Die Arbeitstätigkeit als ... sei als ungeeignet anzusehen (act. II 202.6/17 Ziff. 6.4). Eine optimal angepasste Tätigkeit müsste nur körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten beinhalten. In einer entsprechenden Tätigkeit sei eine Anwesenheit von sieben Stunden zumutbar. Aufgrund der chronischen radikulären Schmerzsymptomatik bestehe eine Leistungseinschränkung von 15 %; die Arbeitsfähigkeit betrage 70 %. Diese Angaben gälten durchgehend seit 2016 (act. II 202.6/20 Ziff. 8.2.1 ff.).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die MEDAS-Gutachter fest, aus psychiatrischer und aus allgemein-internistischer Sicht seien keine Gesundheitsstörungen mit relevanten funktionellen Auswirkungen für die Arbeitsfähigkeit festzustellen gewesen. Trotz der Inkonsistenzen und dem Verdacht auf Aggravation seien aus orthopädischer und aus neurologischer Sicht aufgrund des chronischen lumboradikulären Schmerzsyndroms qualitative Leistungsbeeinträchtigungen abzuleiten. Bei lumbaler Radikulopathie seien prinzipiell keine körperlich schweren Arbeiten möglich. Mittelschwere Arbeiten sollten allenfalls kurzfristig abverlangt werden. Nicht möglich seien Arbeiten in Zwangshaltungen und Arbeiten, die ein repetitives Drehen des Kopfes und des Rumpfes erforderten sowie längere oder repetitive Überkopfarbeiten. Nicht möglich seien längeres Gehen oder Stehen. Aus Sicherheitsgründen könne nicht auf unebenem Untergrund und auch nicht mit Absturzgefahr gearbeitet werden, also nicht auf Leitern, Gerüsten, Podesten, etc. Weiterhin möglich seien körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten (act. II 202.1/11 Ziff. 4.3.3). Soweit retrospektiv beurteilbar, bestehe das genannte Leistungsprofil im Wesentlichen seit dem Zeitpunkt der letzten Verfügung. Während der Hospitalisation aufgrund der Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet habe zwischenzeitlich formal eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Bei mutmasslich zunehmenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, dokumentiert auch in den MRI-Untersuchungen, habe sich der Gesundheitszustand

wahrscheinlich etwas verschlechtert. Durch das neu objektivierbare sensible Defizit im Rahmen der L5-Radikulopathie werde sich jedoch die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit nicht nennenswert verändert haben (act. II 202.1/13 Ziff. 4.5, /15 Ziff. 4.9). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei nicht mehr leidensgerecht, dabei bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 202.1/13 f. Ziff. 4.6.1 ff.). Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei zu ca. 7 Stunden täglich zumutbar, dabei bestehe aufgrund der chronischen radikulären Schmerzsymptomatik eine Leistungseinschränkung von 15 % (act. II 202.1/14 Ziff. 4.7.1 ff.). Verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Juni 2017 hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht nicht wesentlich verändert (act. II 202.1/15 Ziff. 4.9).

3.4

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

3.4.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision – bzw. im Kontext einer Neuanschuldung – erstellten

Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 39, 9C_244/2017 E. 4.2 und 4.2.1).

3.5 Das MEDAS-Gutachten vom 10. April 2024 (act. II 202.1-202.9) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis. Die Gutachter haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf eigene Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und insbesondere zum vorliegend relevanten Beweisthema einer revisionsrechtlich relevanten Gesundheitsverschlechterung (vgl. E. 3.4.2 hiervor) nachvollziehbar begründet. Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird, führt zu keinem anderen Ergebnis:

3.5.1 Der Beschwerdeführer kritisiert zunächst das neurologische Teilgutachten und erachtet die Festlegung einer Leistungseinschränkung von (lediglich) 15 % (bei einer Anwesenheitszeit von täglich sieben Stunden) in einer leidensangepassten Tätigkeit als weder nachvollziehbar begründet noch als überzeugend (Beschwerde, S. 3 f. Rz. 9 ff.). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die medizinische Folgenabschätzung an sich eine hohe Variabilität aufweist und die Gutachter bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit über einen beachtlichen Ermessensspielraum verfügen (vgl. etwa BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195; Urteil des BGer 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.3). Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens begründete PD Dr. med. L. _____ die von ihm attestierte, seit 2016 in diesem Ausmass bestehende Arbeitsfähigkeit gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung des Beschwerdeführers, in Kenntnis der bildgebenden Befunde und in Auseinandersetzung mit den subjektiven Angaben sowie dem anlässlich der Exploration demonstrierten (aggravierenden [vgl. act. II 202.6/18 Ziff. 7.1.1]) Verhalten. Die Beurteilung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit erfolgte sodann zutreffend lediglich aufgrund der hinreichend objektivierbaren bzw. plausibilisierbaren Befunde (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Dies überzeugt und

steht in keinem ersichtlichen Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten. Die gutachterlich beschriebene Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit entspricht denn auch derjenigen, welche im C._____ - Gutachten vom 17. Februar 2017 festgehalten wurde (70 % [act. II 93.1/12]) bzw. auch ungefähr der während eines Arbeitstrainings bei der M._____ im dritten Quartal 2017 demonstrierten Leistung (vgl. act. II 123/2). Unter diesen Umständen bestand – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 f. Rz. 31 ff. bzw. S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3) – kein Anlass für die zusätzliche Überprüfung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; vgl. dazu statt vieler Urteil des BGer 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.3). Weiter legte der neurologische Gutachter überzeugend begründet dar, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) zwar bildgebend ein zur klinischen Symptomatik passender, im zeitlichen Verlauf zunehmender Befund festzustellen ist (vgl. act. II 202.6/17 Ziff. 6.4), dies indes keine wesentliche Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hat, sondern in Übereinstimmung mit dem C._____ -Gutachten vom 17. Februar 2017 die vormalige Tätigkeit als ... seit 2016 nicht mehr zumutbar ist (act. II 93.1/13; 202.6/19 Ziff. 8.1.1 und 8.1.4), während in einer angepassten Tätigkeit ebenfalls bereits seit 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % besteht (act. II 93.1/13; 202.6/20 Ziff. 8.2.4). Insoweit ist auf dem neurologischen Fachgebiet keine erhebliche Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten.

3.5.2 Des Weiteren erachtet der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten als nicht verwertbar, da es sich weder nachvollziehbar mit den abweichenden Beurteilungen des behandelnden Facharztes Dr. med. H._____ (verstorben am TT.MM 2024) noch der behandelnden Kliniken auseinandersetzt (Beschwerde, S. 4 ff. Rz. 14 ff.). Diese Rüge zielt ins Leere. Med. pract. J._____ legte einlässlich sowie nachvollziehbar begründet dar, dass in psychiatrischer Hinsicht seit der Verfügung vom 1. Juni 2017 (act. II 109) keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sowie keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen ist (act. II 202.4/30 ff. [insb. Ziff. 8.4]). Diese im Vergleich zum im Rahmen des C._____ -Gutachtens erstellten psychiatrischen Teilgutachten vom 20. Januar 2017 (act. II 93.6) geänderte

Diagnostik (vgl. act. II 93.1/11 lit. D. und 93.6/6 Ziff. 4 [schizoaffektive Störung] bzw. 202.4/27 Ziff. 6.3) vermag keine anspruchrelevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts zu begründen (vgl. E. 2.3.3 hier- vor). Massgebend ist denn ohnehin nicht die (genaue) psychiatrische Dia- gnose, sondern vielmehr, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchti- gung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegt (vgl. etwa BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 54 f.), wobei gemäss überzeugender Darstellung der psychiatri- schen Gutachterin weiterhin keine anspruchsbegründende Arbeitsunfähig- keit in psychiatrischer Hinsicht vorliegt.

Unabhängig davon, ob die erstmals im Beschwerdeverfahren geltend gemachte Voreingenommenheit der psychiatrischen Gutachterin (vgl. Beschwerde S. 6 f. Rz. 26 f.; demgegenüber act. II 210/4 f. Rz. 12 ff.) als verspätet vorgebracht zu qualifizieren wäre (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 132 V 93 E. 7.4.2 S. 112; SVR 2019 IV Nr. 85 S. 279, 8C_41/2019 E. 4.2), ist dem Beschwerdeführer darin nicht zu folgen. Eine von der Selbsteinschätzung bzw. den behandelnden Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität der Expertin rechtsprechungsgemäss nicht in Frage zu stellen, vielmehr ist es eine der Pflichten eines Gutachters, sich mit dem Aktenmaterial und den Untersuchungsbefunden kritisch auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Ebenso ist nicht auf eine fehlende Objektivität zu schliessen, wenn die psychiatrische Gutachterin trotz unauffälligem Test mittels Symptomerfassungsbogen (SRSI; vgl. act. II 202.4/23 f. Ziff. 4.3.2.3) in gesamthafter Würdigung der klinischen Befunde, der subjektiven Angaben und des bisherigen therapeutischen Verlaufs die Beschwerdeangaben – wie auch im Rahmen anderer Teilgutachten geschehen (vgl. act. II 202.5/15 ff. Ziff. 6.2 und /19 Ziff. 7.1.1, 202.6/16 Ziff. 6.2 und /18 Ziff. 7.1.1) – als zumindest teilweise inkonsistent bzw. aggraviert beschrieb (act. II 202.4/26 f. Ziff. 6.2), während sie eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit weder aufgrund der erhobenen Symptomatik noch aufgrund anderweitiger Umstände (Konsistenz, Behandlung, etc.) zu objektivieren bzw. plausibilisieren vermochte.

Den übrigen medizinischen Akten, insbesondere der abweichenden Beurteilung des (vormals) behandelnden Psychiaters Dr. med. H. _____ (vgl. Bericht vom 25. September 2023 [act. II 175/1 ff.]) und den Berichten der Klinik E. _____ bzw. der Klinik F. _____ zu den wiederholten (halb-)stationären Behandlungen des Beschwerdeführers (act. II 141/4 ff., 174/4 ff., /7 ff., /12 ff.) sind keine Aspekte zu entnehmen, aufgrund derer sich ein Abweichen vom psychiatrischen Teilgutachten aufdrängen würde (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3) oder eine zwischenzeitlich massgebende längerdauernde Veränderung der medizinischen Befundlage mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich (vgl. dazu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3) erstellt erscheinen liessen (vgl. Urteil des BGer 8C_247/2022 vom 24. März 2022 E. 3.3.2). Die stationären Aufenthalte in der Klinik E. _____ (vom 14. September bis 18. Oktober 2018; act. II 141/4 ff.) und in der stationären Psychiatrie der Klinik F. _____ vom 12. Juni bis 29. Juli 2019 (act. II 174/12) und erneut vom 12. Januar bis 1. März 2022 (act. II 174/4 ff.), jeweils aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode (vgl. act. II 202.4/25 f.), erbrachten jeweils innert relativ kurzer Zeit eine gute Stabilisierung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes, womit nicht von einer längerdauernden (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. Ebenso vermag die formal zwar länger als drei Monate andauernde, jedoch lediglich tagesklinische Behandlung des Beschwerdeführers vom 30. September 2019 bis 7. Februar 2020 durch die Klinik F. _____ (act. II 174/7 ff.) keine längerdauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zu begründen. Die psychiatrische Sachverständige legte denn auch in Kenntnis dieser Behandlungen (vgl. act. II 202.4/25 f.), in Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte (vgl. dazu auch Urteil des BGer 9C_256/2020 vom 10. Juni 2020 E. 3.2.2) sowie unter Berücksichtigung der beobachteten Inkonsistenzen zusammenfassend überzeugend fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand im vorliegenden Beurteilungszeitraum seit Juni 2017 nicht massgebend verändert hat (act. II 202.4/32 Ziff. 8.4).

3.5.3 Auf dem allgemein-internistischen Fachgebiet wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 202.3/17 Ziff. 6.3.1) und in der Folge sowohl eine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 202.3/18 Ziff. 7.1) als auch eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes verneint (act. II 202.3/19 Ziff. 8.1.4). Dies überzeugt ohne Weiteres. Dasselbe gilt für die Beurteilung von Dipl. med. K. _____, wonach aus orthopädischer Sicht in einer optimal angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit besteht (act. II 202.5/21 Ziff. 7.4.1), womit insofern eine massgebende gesundheitliche Verschlechterung ebenfalls zu verneinen ist.

3.5.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Abklärungen, namentlich in psychiatrischer Hinsicht (Beschwerde S. 7 f. Rz. 29 bzw. S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2), sind nicht erforderlich, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass im hier zu beurteilenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten keine massgebliche Veränderung der medizinischen Verhältnisse vorliegt (vgl. act. II 202.1-202.9), die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.4 hiervor). Ebenso wenig ist in erwerblicher Hinsicht eine revisionsrechtlich relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht. Folglich ist kein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) durchzuführen (vgl. E. 2.3.5 hiervor; Urteil des BGer 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 7).

4.

Nach dem Dargelegten ist die am 23. August 2024 (act. II 212) verfügte Verneinung eines Rentenanspruchs nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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.

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.