IV 200 2024 734
MAK/ZID/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. August 2026

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A._____
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 27. September 2024

Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene und zuletzt als ... in einem ... tätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2014 unter Hinweis auf Beschwerden in der linken Hand trotz mehrfacher operativer Versorgung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 14). Im Zuge der von der IVB veranlassten beruflichen Abklärung (vom 30. März bis 29. Juni 2015; act. II 28) erlitt er am 16. Juni 2015 linksseitige Hand- und Schulterverletzungen (act. II 45.5, 45.4/15, 45.1/20, 63.56/5), worauf das anschliessende Arbeitstraining (act. II 34) per 23. September 2015 abgebrochen wurde (act. II 39). In der Folge wurde er mehrfach an der linken Schulter (act. II 45.4/13, 60), aber auch an der Halswirbelsäule (HWS; act. II 72.28, 72.13/2 f., 72.11, 133/2 f.) operativ versorgt. Daneben wurde der Versicherte vom 12. August 2016 bis 31. Januar 2018 in einer kognitiven Verhaltenstherapie bei einem Psychologen (act. II 63.53, 66/2, 134, 182.55) und vom 1. Juni bis 13. September 2018 in einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting bei einem Psychiater behandelt (act. II 136/2).

Nach erfolgten Operationen gewährte die IVB Eingliederungs- resp. Integrationsmassnahmen (Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung [AMA] vom 16. April bis 11. Mai 2018 [act. II 98] und Aufbautraining vom 20. August bis 18. November 2018, welches infolge Krankschreibung [vgl. act. II 118 f., 120/12] per 26. September 2018 abgebrochen wurde [act. II 120]). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 139/15) veranlasste die IVB eine psychiatrisch-orthopädische Begutachtung durch die MEDAS C._____ (Expertise vom 13. Mai 2019 [act. II 153.1]), worauf sie vorübergehend Arbeitsvermittlung gewährte (act. II 155, 164, 195, 200). Mit Vorbescheid vom 6. März 2020 stellte sie die Ausrichtung befristeter ganzer Renten vom 1. Oktober 2015 bis 30. Juni 2016, vom 1. Dezember 2016 bis 30. Juni 2017 sowie vom 1. November 2017 bis 31. Mai 2018 in Aussicht (act. II 163). Auf Einwand des Versicher-

ten hin (act. II 165, 172) holte die IVB eine Stellungnahme der Gutachter vom 22. Juni 2020 ein (act. II 178).

Während des laufenden Vorbescheidverfahrens erlitt der Versicherte im Oktober 2020 einen Herzinfarkt, was eine entsprechende Intervention und Rehabilitation zur Folge hatte (act. II 188, 194/2 ff., 199/3 ff.). Aufgrund der Multimorbidität sowie eines zwischenzeitlichen Suizidversuchs mit Alkoholintoxikation am 4. Juni 2021 (act. II 205, 208/2 ff., 219) und anschliessender zunächst hausärztlicher (act. II 213, 216) und ab 15. September 2021 (vgl. act. II 216/3 Ziff. 9) fachpsychiatrischer Behandlung (act. II 229) veranlasste der RAD (act. II 234 ff.) eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (Expertise der MEDAS D._____ [heute: MEDAS D._____ in Liquidation {vgl. Schweizerisches Handelsamtsblatt vom TT. November 2023, Tagesregister-Nr. ... vom TT. November 2023}] vom 13. Dezember 2022 [act. II 256.1]). Mit (neuem) Vorbescheid vom 31. Mai 2023 stellte die IVB die Ausrichtung befristeter ganzer Renten vom 1. Oktober 2015 bis 30. Juni 2016, vom 1. Dezember 2016 bis 30. Juni 2017, vom 1. November 2017 bis 31. Mai 2018 sowie zusätzlich (aufgrund des Herzinfarkts) vom 1. Januar bis 31. Mai 2021 in Aussicht (act. II 257). Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 262; vgl. auch act. II 268) und erfolgter Qualitätskontrolle des polydisziplinären Gutachtens durch den RAD (act. II 274/2) reichte der Versicherte am 30. Mai 2024 weitere medizinische Berichte ein (act. II 276), wozu der RAD am 25. Juli 2024 Stellung nahm (act. II 288/12 ff.). Die IVB gewährte Integrationsmassnahmen (Aufbautraining vom 5. August bis 31. Oktober 2024 [act. II 291] und vertiefte Abklärung der beruflichen Möglichkeiten vom 1. November 2024 bis 31. Januar 2025 [act. II 302]). Am 27. September 2024 verfügte die IVB betreffend Rente wie vorbescheidweise in Aussicht gestellt (act. II 300).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 31. Oktober 2024 Beschwerde erheben und beantragen, in teilweiser Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Einholung eines verwaltungsexternen polydisziplinären Gutachtens unter Einbezug der medizinischen Fachrichtungen Allgemeine Inneren Medizin, Chirurgische Orthopädie, Neurologie, Kardiologie und Psychiatrie über seine Rentenansprüche in den Perioden Juni bis September 2015, Juli bis November 2016, Juli bis Oktober 2017, Juni 2018 bis Dezember 2020 und ab Juni 2021 neu verfüge, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen

über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. September 2024 (act. II 300). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 99, 9C_431/2018 E. 3.2; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist der generelle Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV zu prüfen, unter Einschluss der für die Zeiten vom 1. Oktober 2015 bis 30. Juni 2016, 1. Dezember 2016 bis 30. Juni 2017, 1. November 2017 bis 31. Mai 2018 und 1. Januar bis 31. Mai 2021 zugesprochenen ganzen Renten.

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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] und des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbe-

standes Geltung haben (BGE 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 27. September 2024 (act. II 300), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der (potentiellen) Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 3.4.3.3 nachfolgend), weshalb grundsätzlich und vorbehältlich eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nach dem 31. Dezember 2021 (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 lit. b Abs. 1 bezüglich Anpassung laufender Renten für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben) die Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen: vgl. BGE 151 V 264 E. 6.2 S. 266, 151 V 137 E. 4.3 S. 140, 151 V 186 E. 4.1 S. 189, 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6).

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

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine

Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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

2.5 Um den Invaliditätsgradrad 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).

3.

3.1 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Gemäss Berichten der Spital E._____ und des Spitals F._____ stürzte der Beschwerdeführer am 7. Mai 2006 beim Fussballspiel auf den linken Arm und erlitt dabei eine Galeazzi-Fraktur links, welche

mit einer Plattenosteosynthese versorgt wurde (Berichte vom 23. Juni und 11. Juli 2006 [act. II 20.3/68 und /70]). Bei persistierenden Handgelenksschmerzen links erfolgten am 18. Februar 2008 die Entfernung des Implantats und des Ulnastyloids mit Refixation des triangulären fibrokartilaginären Komplexes (TFC) und temporärer Transfixation mit Kirschnerdraht, am 31. März 2008 die Entfernung des Kirschnerdrahtes, am 16. Mai 2008 bei Insuffizienzfraktur eine erneute Plattenosteosynthese, am 23. Juli 2009 eine Teilmetallentfernung und am 18. Januar 2013 die Entfernung des Osteosynthesematerials (Operationsberichte vom 19. Februar, 1. April und 16. Mai 2008 sowie vom 23. Juli 2009 und 21. Januar 2013 [act. II 20.3/61, /58, /48, /34 und /25]). Am 13. November 2013 nahm PD Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, zusätzlich eine Verkürzung der Ulna mit Refixation des TFC (triangulären fibrokartilaginären Komplexes) vor (Bericht vom 13. November 2013 [act. II 20.3/16]). In diesem Zusammenhang attestierte PD Dr. med. G._____ eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit vom 13. November 2013 bis 31. März 2014 (act. II 20.3/3).

Der Funktionsorientierten Medizinischen Abklärung (FOMA) durch die AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH; Abklärungsbericht vom 18. Dezember 2014 [act. II 20.2]) zufolge brachten all diese Operationen weder die erwartete Besserung noch eine zufriedenstellende Beweglichkeit und Belastbarkeit (S. 2 Ziff. 2). Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer erheblich verminderten Belastungstoleranz der linken Hand; ausserdem sei auch die Handkoordination der linken Hand limitiert. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer knapp leichten Arbeit (S. 2 f. Ziff. 3) mit zusätzlichem zweistündigem Pausenbedarf pro ganzen Arbeitstag, was einer Arbeitsfähigkeit von 75 % entspreche (S. 4 Ziff. 5.2). Übereinstimmend dazu wurde auch im (zu Handen der Unfallversicherung erstellten) handchirurgischen Gutachten der MEDAS H._____, vom 10. August 2020 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit (infolge zusätzlicher Pausen von insgesamt zwei Stunden pro Tag) in knapp leichten Arbeiten ausgegangen (act. II 186/23 Ziff. 7.3), wobei in Bezug auf die Unfallfolgen der Endzustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sechs Monate nach der letzten Handgelenksoperation links im November 2013 angenommen wurde (act. II 186/22 Ziff. 6.2). In Einklang dazu konnte

der Beschwerdeführer denn auch anlässlich der beruflichen Abklärung ab 30. März 2015 das Pensum von 50 % auf 75 % resp. unter Berücksichtigung der Absenzen auf 65 % steigern (act. II 36/3 und /8).

3.1.2 Im Zuge der von der IVB veranlassten beruflichen Abklärung (vom 30. März bis 29. Juni 2015; act. II 28) erlitt der Beschwerdeführer am 16. Juni 2015 linksseitige Hand- und Schulterverletzungen (act. II 45.5, 45.1/20, 63.56/5). Die Erstbehandlung beim Hausarzt erfolgte am 1. Juli 2015 (act. II 45.4/15 Ziff. 1). Da das zwischenzeitlich durchgeführte Arthro-MRI eine ausgedehnte kraniale und ventrale Labrumläsion links zeigte (vgl. act. II 45.4/9), führte Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 2. Oktober 2015 an der linken Schulter arthroskopisch eine zirkumferenzielle Labrumreparation einschliesslich Bizepstenodese durch (Operationsbericht vom 2. Oktober 2015 [act. II 45.4/13]). Wegen residueller dorsaler Instabilität und Re-Ruptur des dorsalen Labrums (act. II 52/2 Ziff. 3, 54.9) erfolgte am 22. September 2016 eine Re-Arthroskopie (Operationsbericht vom 22. September 2016 [act. II 60]). Der Hausarzt attestierte initial eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 20. Juli 2015 (act. II 45.4/15 Ziff. 8) und dann Dr. med. I._____ wieder ab 2. Oktober 2015 (act. II 45.4/4), welche von ihm resp. vom Hausarzt sukzessive verlängert wurde (act. II 48/2, 54.17, 54.12, 63.55/1, 63.40, 63.33, 63.32/2 f., 63.20, 63.17, 63.3/2 f., 72.64, 72.42, 72.38). Am 14. Juni 2018 beurteilte Dr. med. I._____ die Situation dahingehend, dass es für die linke Schulter keine valablen therapeutischen Optionen mehr gebe und er aufgrund des ungünstigen Verlaufs an der linken Schulter definitiv von einem Schultereingriff rechts absehe; der Beschwerdeführer werde mit den vorhandenen Beschwerden leben müssen (act. II 132/2).

3.1.3 Aufgrund der chronischen Schmerzproblematik nahm der Beschwerdeführer vom 12. August 2016 bis 31. Januar 2018 eine psychologische Therapie bei Dr. phil. J._____, Fachpsychologe für Psychotherapie, auf (vgl. act. II 63.75/2 Ziff. 5, 134/1, 182.55/2 Ziff. 1). Dieser diagnostizierte in den Berichten vom 27. September 2016 und 22. Januar 2018 einerseits eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) am Übergang zu einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) mit vorwiegender Beein-

trächtigung von anderen Gefühlen (u.a. Sorgen, Anspannung, Ärger, Depression) und andererseits Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) infolge von Unfällen und gesundheitlichen Problemen (act. II 63.53/2 f., 182.55/2 Ziff. 2).

3.1.4 Aufgrund zusätzlich rechtsseitig bestehender Zervikobrachialgien und einer im MRI vom 4. Mai 2017 (act. II 72.56) ersichtlichen relativen foraminalen Stenose HWK5/6 rechts sowie einer im Vordergrund stehenden ausgeprägten Myelonkompression bedingt durch Retrospondylophyten und einer breitbasigen subligamentären Diskushernie auf Höhe HWK4/5 mit ausgeprägter rechtsbetonter zervikaler Myelopathie erfolgten am 24. August 2017 mittels Mikrodiskektomie eine transdiskale Dekompression des Myelons sowie eine interkorporelle Cage-Spondylodese (fecit Dr. med. K._____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Neurochirurgie; act. II 72.28, 72.13/2 f., 72.11, 133/2 f.; vgl. auch act. II 72.65/2, 72.43 f.). Infolgedessen wurde der Beschwerdeführer vom Operateur vom 16. Juni bis 26. November 2017 voll arbeitsunfähig geschrieben (act. II 72.33, 72.20 f.), vom Hausarzt dann auch noch am 18. Dezember 2017 (182.58/1). Nach der Konsultation vom 19. Januar 2018 schloss Dr. med. K._____ die Behandlung ab, dies unter Hinweis darauf, dass bei dieser Myelopathie wahrscheinlich ein Teil der Beschwerden langfristig persistieren werde (act. II 133/2 f.).

3.1.5 Vom 1. Juni bis 13. September 2018 war der Beschwerdeführer bei Dr. med. L._____, im Medizinalberuferegister (MedReg; <www.healthreg-public.admin.ch>) ohne Facharzttitel verzeichnet, in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (sechs Gespräche; act. II 111, 135/2, 136/2). Befragt nach den Diagnosen führte der Arzt aus, die sequentielle Traumatisierung infolge Kriegserlebnissen, politischer Diskriminierung sowie mehrfachen Folterungen und Verhaftungen habe zu einer chronifizierten komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43) und (dies auch unter Berücksichtigung der aktuellen sozialen Belastungen sowie des erlebten Unfalls) zu einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1), geführt (act. II 136/2).

3.1.6 Nachdem der Beschwerdeführer während des Aufbautrainings ab 20. August 2018, bei welchem er ein Pensum von 27 % erreichte (act. II 120/9), wegen Schulter- und HWS-Beschwerden zunächst die Klinik M._____ aufgesucht und hierbei ein Arbeitsunfähigkeitsattest vom 11. bis 13. September 2017 erhalten hatte (act. II 128/2 f., 118), stellte er sich am 18. September 2018 Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor (act. II 122/2), der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 30. Oktober 2018 attestierte (act. II 119/2). Seiner im Bericht vom 31. Oktober 2018 geäusserten Meinung zufolge habe eine Abklärung und Behandlung der Zervikobrachialgie Priorität (act. II 126/2 f.).

3.1.7 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Gutachtens der MEDAS C._____ vom 13. Mai 2019 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische ulnar betonte Handgelenksschmerzen links (ICD-10 M25.53), chronische bewegungs- und belastungsabhängige Schulterschmerzen links (ICD-10 M79.61) sowie einen Status nach Dekompression und Spondylodese HWK4/5 bei distal und ossär bedingter Spinalkanalstenose mit Myelopathie (ICD-10 Z98.8/M50.0) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; act. II 153.1/7 f. Ziff. 4.2). Bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden können. Es sei auch aufgefallen, dass das Ausmass der Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Die psychiatrischen Diagnosen bedingten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 153.1/9 Ziff. 4.3). Ergänzend führte der psychiatrische Gutachter im entsprechenden Teilgutachten aus, die behandlerseits erwähnte Diagnose einer komplexen chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden, habe doch der Beschwerdeführer über seine traumatischen Erlebnisse geredet und dabei keine emotionale Abstumpfung und auch keinen Erregungszustand gezeigt. Es sei ihm auch möglich gewesen, während mehrerer Jahre zu arbeiten. Ein rezidivierender Verlauf der Depression mit deutlichen Phasen von Verschlechterung, Verbesse-

rung und symptomfreien Intervallen sei nicht erwiesen, habe doch der Beschwerdeführer selber einen kontinuierlichen Verlauf angegeben (act. II 153.2/6 f. Ziff. 7.3.3).

Bei der orthopädischen Untersuchung hätten sich (nebst Inkonsistenzen) pathologische Befunde am linken Vorderarm sowie an der linken Schulter und daneben auch an der HWS in Form eines postoperativen Zustandes nach zervikaler Spondylodese ergeben. Es müsse entsprechend von einer etwas verminderten Belastungsfähigkeit ausgegangen werden. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit, wobei davon ausgegangen werden könne, dass die Problematik am linken Handgelenk, an der linken Schulter und an der HWS kontinuierlich zu einer Verminderung der körperlichen Belastungsfähigkeit geführt hätten. Spätestens ab dem Zeitpunkt der beiden Operationen an der linken Schulter könne von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im ... ausgegangen werden bzw. spätestens seit dem Unfall im Juli (recte: Juni) 2015. Es bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (Leistungseinschränkung von 20 % bei erhöhtem Pausenbedarf) für körperlich leichte Tätigkeiten mit zwischenzeitlichen Positionswechseln bei denen eine Hebe- und Traglimite links von 2 kg nicht überschritten werde, keine Zwangshaltungen des Kopfes vorkämen und repetitive Überkopfbewegungen sowie monotone Bewegungen von Vorderarm und Handgelenk links vermieden würden. Eine adaptierte Tätigkeit dürfte auch in der Vergangenheit im Grundsatz wahrscheinlich immer möglich gewesen sein. Im Zusammenhang mit den durchgeführten Operationen sei es zu vorübergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gekommen, wobei der Arbeitsausfall jeweils höchstens sechs Monate betragen habe (act. II 153.1/8 ff. Ziff. 4.3 und 4.6 ff.).

3.1.8 Am 25. Oktober 2020 stellte sich der Versicherte wegen akuter Thoraxschmerzen notfallmässig im Spital F._____ vor, wobei sich Zeichen eines anterioren ST-Hebungsinfarkts zeigten und der akute Verschluss der mittleren Herzkranzarterie (RIVA) erfolgreich rekanalisiert und die zugrundeliegende Stenose durch Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents und mehrfache Nachdilata-tionen behoben werden konnten (Bericht vom 29. Oktober 2020 [act. II 188]). Im anschliessenden ambulanten kardi-

alen Präventions- und Rehabilitationsprogramm für Patienten mit ventrikulärer Dysfunktion zeigte sich der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert (Bericht vom 12. November 2020 [act. II 194/2 ff.]). Bei Abschluss des Rehabilitationsprogramms am 23. Februar 2021 fand sich kein Anhalt für eine Progression der koronaren Herzkrankheit (Bericht vom 25. Februar 2021 [act. II 199/3 ff.]).

3.1.9 Am 4. Juni 2021 wurde der Beschwerdeführer nach multiplen, in suizidaler Absicht selbst zugefügten Schnittwunden dorsal am linken Unterarm in alkoholisiertem Zustand dem Spital F._____ zugewiesen; nach der Wundversorgung wurde er gleichentags in die Klinik O._____ verlegt (Berichte vom 4. Juni 2021 [act. II 205, 208/2 ff.]), wo er einen Tag hospitalisiert war (act. II 211). Dabei verneinte er eine suizidale Absicht; diagnostiziert wurden seitens der Klinik O._____ psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2; Bericht vom 26. Oktober 2021 [act. II 219]) und vom Hausarzt eine rezidivierende depressive Störung mit/bei möglicher Borderline-Persönlichkeitsstruktur (Bericht vom 25. September 2021 [act. II 216/1 Ziff. 2]). Weiter hielt der Hausarzt fest, im Rahmen der Schmerzsymptomatik sei es zunehmend zur Entwicklung von depressiven Symptomen gekommen, zudem bestünden ein übermässiger Alkoholkonsum und Ängste seit dem Ereignis vom 4. Juni 2021 (act. II 216/3 Ziff. 10). Der nachbehandelnde Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. Januar 2022 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychische und Verhaltungsstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), eine unverarbeitete posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Aktuell und wohl auch in Zukunft sei von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. II 229).

3.1.10 Die Gutachter der MEDAS D._____ diagnostizierten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 13. Dezember 2022 mit qualitativer Einschränkung der Belastbarkeit einen Herzinfarkt im Oktober 2020, eine Mikrodiskektomie, transdiskale dorsale Dekompression des Myelons sowie interkorporelle Cage-Spondylodese am 24. August 2017 HWK4/5 rechts mit leichtgradiger residueller cervicaler Myelopathie mit

Sensibilitätsstörung der oberen Extremitäten und leichtgradiger Ataxie, eine leichtgradige sensomotorische Affektion der Nervenwurzel L5 links ohne namhaftes neuropathisches Schmerzsyndrom, mehrfache Handgelenksoperationen links ohne namhafte nervale Residuen, eine bildmorphologische bilaterale linksbetonte Omarthrose mit geringer Einschränkung der aktiven Beweglichkeit, bildmorphologische geringe degenerative Veränderungen im linken Handgelenk bei Status nach multiplen handchirurgischen Interventionen ohne aktuell namhafte Funktionseinschränkung sowie ein Diskus-Interponat HWK4/5 ohne namhaften orthopädisch-neurologischen Störungsbefund; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei u.a. eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) mit möglichem assoziiertem schädlichem Alkoholkonsum (act. II 256.1/24 f. Ziff. 4.3). Die Gutachter führten aus, die somatischen und psychiatrischen Befunde seien leichtgradig ausgeprägt und könnten das Ausmass der reklamierten Beeinträchtigung nicht ausreichend erklären (act. II 256.1/23 Ziff. 4.2). Die bisherige Tätigkeit sei vollschichtig mit einem auf 50 % reduzierten Rendement möglich, dies spätestens seit dem chirurgischen Vorgutachten. Darin sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, was sich rückblickend nicht bestätigen lasse, da die Referenztätigkeit nicht als körperlich überwiegend schwer einzuschätzen sei (act. II 256.1/25 Ziff. 4.6). Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen seien vollschichtig ohne Leistungsminderung zumutbar, dies auch rückblickend (act. II 256.1/26 Ziff. 4.7). Die bisherige somatische gutachterliche Einschätzung lasse sich nur bedingt teilen, da die hiesigen Befunde unter Berücksichtigung der Inkonsistenzen v.a. in angepassten Tätigkeiten keine namhafte Minderung der Belastbarkeit begründen könnten. Psychiatrisch sei unverändert keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Die nach dem Vorgutachten erstellten psychiatrischen Bewertungen erschienen diagnostisch nicht ausreichend schlüssig und der jetzige psychiatrische Befund weise keine namhafte behinderungsrelevante affektive Störung aus, eine dauerhafte psychiatrisch bedingte Minderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich also auch rückblickend nicht attestieren (act. II 256.1/27 Ziff. 4.9).

Präzisierend wurde im allgemeininternistischen Teilgutachten festgehalten, nach dem Herzinfarkt vom 26. Oktober 2020 habe eine wenige Monate

andauernde vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in allen Tätigkeiten und in der Folge eine kardial bedingte qualitative dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dahingehend bestanden, dass körperlich überwiegend schwere Arbeiten (wozu die angestammte Tätigkeit aber nicht zu zählen sei) ausschieden (act. II 256.3/38 ff. Ziff. 8.2 und 8.4). Aus neurologischer Sicht resultiere keine namhafte Beeinträchtigung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im ...; Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an den Gleichgewichtssinn und mit Absturzgefahr seien wegen der leichten Ataxie ungeeignet, ebenso Tätigkeiten mit hohen feinmotorischen Anforderungen. Für eine alkoholische Polyneuropathie oder eine alkoholische encephale Schädigung bestehe kein Anhalt (act. II 256.4/35 Ziff. 6.1). Auf psychiatrischem Fachgebiet seien aufgrund des gemäss der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) erhobenen Befundes nur geringe Auffälligkeiten zu objektivieren, weshalb gemäss ICD-10-Kriterien allenfalls von einer leichtgradig depressiven Episode auszugehen sei. Die behandlerseits gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei aus gutachterlicher Sicht nicht plausibel, liesse doch ein etwa 20-jähriges symptomfreies Intervall diese Diagnose nicht zu. Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit sei bei der vom Beschwerdeführer angegebenen Trinkmenge grundsätzlich möglich, allerdings sei anlässlich einer toxikologischen Untersuchung im Dezember 2021 kein regelmässiger oder übermässiger Alkoholkonsum nachgewiesen worden und auch aktuell sei der alkoholspezifische CDT-Wert (Kohlenhydrat-defizientes Transferrin) unauffällig. Die rezente Bewertung der Arbeitsfähigkeit durch den Behandler lasse sich mithin nicht bestätigen, zumindest nicht mehr fortschreiben. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor, werde diese Diagnose doch gemäss den ICD-10-Regeln nicht gestellt, wenn eine affektive Störung (hier ICD-10 F32.0) vorliege, da Schmerzen in der affektiven Störung aufgingen. Die diagnostischen Kriterien für eine Panikstörung seien ebenfalls nicht erfüllt (act. II 256.6/34 f. und 39 f. Ziff. 6.1).

3.1.11 Im Ergebnis zur Qualitätskontrolle durch den RAD vom 24. November 2023 informierte Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, darüber, dass die interdisziplinäre versicherungsmedizinische Prüfung des Gutachtens der MEDAS D._____ anhand des Prüfrasters der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der

medizinischen Begutachtung (EKQMB) zum Thema Gutachten der MEDAS D._____ sowie der in Rz. 3134 des vom BSV herausgegebenen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) ausgeführten inhaltlichen Kriterien keine gravierenden Mängel gezeigt habe. Auf die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen im Gutachten zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit könne insofern abgestellt werden (act. II 274/2).

3.1.12 Hinsichtlich der nachgereichten Berichte der behandelnden Ärzte mit im Wesentlichen gleichgebliebenen Diagnosen (act. II 276/3 ff.) verneinte der RAD am 25. Juli 2024 neue relevante Erkenntnisse. Bereits vor den Begutachtungen sei die depressive Symptomatik durch die psychiatrisch behandelnden Fachpersonen als mittelgradig dargestellt worden, was einer Überprüfung durch die Gutachter nicht standgehalten habe. Ähnlich verhalte es sich in Bezug auf die Alkoholproblematik; mit einer entsprechenden Abstinenz, die dem Beschwerdeführer zumutbar sei, könne eine deutliche Verbesserung der Psychopathologie erreicht werden. Bei bekannter koronarer Herzkrankheit werde die Situation als kardiopulmonal kompensiert bzw. ohne Beschwerden beschrieben und die Herzinsuffizienzmedikation sei angepasst und umgestellt worden. Somit spreche auch in dieser Hinsicht nichts gegen eine leichte Wechseltätigkeit (act. II 288/14).

3.2 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).

3.2.1 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).

3.2.2 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 E. 2.2).

3.2.3 Im Rahmen einer Qualitätsüberprüfung der Sachverständigenbeurteilungen der MEDAS D._____ durch die EKQMB (vgl. Art. 7p der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]) wurden 32 zufällig ausgewählte poly- und bidisziplinäre Gutachten aus den Jahren 2022 und 2023 analysiert. Angesichts der zahlreichen festgestellten Mängel und Defizite in den analysierten Gutachten sowie der Nichteinhaltung der Vorgaben des BSV und anderer relevanter Standards (Überprüfungsbericht der EKQMB vom 7. November 2023 [fortan Überprüfungsbericht EKQMB; abrufbar unter <www.ekqmb.admin.ch>]) empfahl die Kommission dem BSV, die Auftragsvergabe an die Gutachterstelle MEDAS D._____ zu beenden (Empfehlung der EKQMB vom 4. Oktober 2023 [abrufbar unter <www.ekqmb.admin.ch>, Rubrik: ...]). Mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 (abrufbar unter <www.bsv.admin.ch>) informierte das BSV darüber, dass die IV keine medizinischen Gutachten mehr an die MEDAS D._____ vergebe. In Bezug auf bereits vorliegende Gutachten wurden die IV-Stellen seitens des BSV angewiesen, diese einer (erneuten) Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliege. Gemäss der diesbezüglich ergangenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind bei den Gutachten der MEDAS

D._____ an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und ist die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen. 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).

3.3 Entsprechend der Anweisung des BSV (vgl. E. 3.2.3 hiervor) hat der RAD die Expertise der MEDAS D._____ vom 13. Dezember 2022 (act. II 256.1) samt Teilgutachten (act. II 256.3 – 256.6) anhand der Kriterien von Rz. 3134 KSVI sowie des von der EKQMB empfohlenen Prüfungsrasters (Anhang 3 des Überprüfungsberichts) interdisziplinär evaluiert und die gutachterlichen Schlussfolgerungen gebilligt (vgl. E. 3.1.11 hiervor). Dieses Prüfungsergebnis befreit das Gericht indes nicht von einer sorgfältigen und umfassenden medizinischen Beweiswürdigung, zumal sich die negative Feststellung des RAD lediglich auf "gravierende" Mängel bezieht und die kurze Stellungnahme – entsprechend der Vorgabe von Rz. 3136 KSVI – keine näheren Erläuterungen enthält und schon insofern (formell) fehlerhaft ist, als nicht alle an der Begutachtung beteiligten Fachdisziplinen (Neurologie wird nicht erwähnt) genannt werden.

3.4 Gemäss der Gesamtbeurteilung der Gutachter der MEDAS D._____ vom 13. Dezember 2022 (act. II 256.1/28 Ziff. 5) besteht in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % (act. II 256.1/25 Ziff. 4.6) und in einer angepassten (körperlich leichten, wechselbelastenden) Tätigkeit (ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen) – auch rückblickend – eine solche von 100 % (act. II 256.1/26 Ziff. 4.7). Entsprechend dem in E. 3.2.3 hiervor Dargelegten sind an deren Einschätzung strenge Anforderungen zu stellen und für die Notwendigkeit einer neuen Begutachtung bzw. eines Gerichtsgutachtens genügen bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit.

3.4.1 Zunächst fällt auf, dass im Kapitel 4 "Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)" des Gutachtens der MEDAS D._____ vom 13. Dezember 2022 unter Ziff. 4.1 ausführlich eine Zusammenfassung

der auftraggebenden Beschwerdegegnerin wiedergegeben wurde (act. II 256.1/5 ff.). Es folgten unkommentierte Zusammenfassungen der Einschätzungen der Behandler und der Vorgutachter (act. II 256.1/7 ff.). Die eigentlichen interdisziplinären Feststellungen der Experten der MEDAS D._____, welche für die Nachvollziehbarkeit der interdisziplinären Gesamtbeurteilung von zentraler Bedeutung wären, sind in der Folge sehr rudimentär und oberflächlich ausgefallen. Die Gutachter erklärten lediglich, dass die hiesigen Befunde die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296), wonach sich dieser als arbeitsunfähig sehe, nicht ausreichend stützten, da die orthopädischen Gesundheitsstörungen zwar eine qualitative Einschränkung der Belastbarkeit begründeten, eine angepasste Tätigkeit jedoch zuliessen und sich auch psychiatrisch anhand der hiesigen Befunde keine erhebliche Limitation ergebe. Gleiches gilt in Bezug auf die gutachterlichen Ausführungen in Ziff. 4.2, wonach die Plausibilitätsprüfung keinen namhaft schmerzgeplagten klinischen Eindruck und dabei auch keinen Anhalt für eine konsistente Einschränkung der Mobilität zeige; die somatischen und psychiatrischen Befunde seien leichtgradig ausgeprägt und könnten das Ausmass der reklamierten Beeinträchtigung nicht ausreichend erklären (act. II 256.1/23; vgl. dazu auch Ziff. 3.6 des Überprüfungsberichts). Darüber hinausgehende Ausführungen wurden nicht gemacht, was aber aufgrund des nachfolgend in E. 3.4.3 Ausgeführten durchaus angezeigt gewesen wäre.

3.4.2 Zudem weist auch das vorliegende Gutachten viele im Überprüfungsbericht EKQMB grundsätzlich bemängelte Unzulänglichkeiten der Gutachten dieser Gutachterstelle auf: So wurde die Anamnese in allen Teilgutachten durch schriftliche Selbstauskünfte der versicherten Person in deutscher Sprache dokumentiert (act. II 256.3, 256.4, 256.5 und 256.6 je S. 7 ff.), obschon die Begutachtung selber im Beisein eines Dolmetschers erfolgte (vgl. act. II 256.3, 256.4, 256.5 und 256.6 je S. 2 Ziff. 1.1) und folglich unklar bleibt, ob die Fragebögen mit Hilfe von anderen Personen oder gar von anderen Personen als dem Versicherten bearbeitet wurden. Ergänzt werden diese Selbstauskünfte durch handschriftliche, oft schwer lesbare und meist sehr knapp gehaltene Notizen der Gutachter in den Anamnese-Fragebögen, wobei deren Aufbau für alle Disziplinen identisch ist, ohne fachspezifische Aspekte (vgl. act. II 256.3, 256.4, 256.5 und 256.6 je

S. 18 ff.). Zwar finden sich in den Teilgutachten kurze schriftliche Zusammenfassungen der Anamnese, wobei explizit auf die Selbstauskünfte und die Tonaufzeichnungen verwiesen wird (act. II 256.3, 256.4, 256.5 und 256.6 je S. 6 und 28 bzw. 29 Ziff. 3). Wie von der EKQMB dargelegt, widerspricht dieses Vorgehen den Anforderungen an die medizinische Dokumentation sowohl im Rahmen der Behandlung als auch im Rahmen der Begutachtung, da so die erhobene Anamnese nicht aus dem schriftlichen Gutachtensbericht nachvollzogen werden kann (vgl. dazu Ziff. 3.3 des Überprüfungsberichts EKQMB). Bezüglich der psychiatrischen Befunderhebung nach AMDP wird im psychiatrischen Teilgutachten darauf hingewiesen, dass für die subjektiven Teile des AMDP-Befundes die Tonaufzeichnung gelten und in dem im Gutachten schriftlich präsentierten Befund nur die als objektiv/untersucherdefiniert kodierten AMDP-Variablen dargestellt würden (act. II 256.6/30 Ziff. 4). Laut EKQMB widerspricht ein solches Vorgehen grundlegendem Lehrbuchwissen in der Psychiatrie (vgl. dazu Ziff. 3.4 des Überprüfungsberichts EKQMB).

3.4.3 Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens der MEDAS D._____ weckt weiter die von Seiten der Experten attestierte Arbeitsfähigkeit bzw. deren zeitlicher Verlauf. Auch wenn die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365), ist diese dennoch überzeugend zu begründen. Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer in einer angepassten (körperlich leichten, wechselbelastenden) Tätigkeit – auch rückblickend – zu 100 % arbeitsfähig (act. II 256.1/26 Ziff. 4.7).

3.4.3.1 Unberücksichtigt geblieben sind hierbei die vorübergehenden Veränderungen infolge der operativen Eingriffe (Schulter, Diskushernie) und des Herzinfarkts. Einzig im allgemeininternistischen Teilgutachten findet sich der Hinweis, dass nach dem Herzinfarkt vom 26. Oktober 2020 eine wenige Monate andauernde vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in allen Tätigkeiten bestanden habe (act. II 256.3/38 ff. Ziff. 8.2 und 8.4). Die Beschwerdegegnerin ist diesbezüglich von sich aus vom Gutachten abgewichen und hat nach den stattgehabten Operationen an der Schulter (Oktober 2015 [act. II 45.4/13] und September 2016 [act. II 60]) und an der

Bandscheibe (August 2017 [act. II 72.28/3 f.]) je sechsmonatige Arbeitsunfähigkeiten und nach dem Herzinfarkt (Oktober 2020 [act. II 188]) eine rund fünfmonatige Arbeitsunfähigkeit bejaht (act. II 300/5 [wobei in Bezug auf Letzteres fälschlicherweise von einer "vorübergehende[n] Erwerbsunfähigkeit von vier Monaten" die Rede ist). Offensichtlich stützte sie sich in Bezug auf Ersteres auf die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachter der MEDAS C._____ (act. II 153.1/10 Ziff. 4.7.5; vgl. dazu auch den Vorbescheid vom 6. März 2020 [act. II 163]) und in Bezug auf Letzteres auf die Dauer der Hospitalisation (25. bis 29. Oktober 2020; vgl. act. II 188/2) sowie die folgende Rekonvaleszenz und Rehabilitation (bis 23. Februar 2021; vgl. act. II 199/3; vgl. dazu auch die Ausführungen im Vorbescheid vom 31. Mai 2023 [act. II 257]).

3.4.3.2 Die von den Gutachtern der MEDAS D._____ attestierte ununterbrochene vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit steht überdies in Widerspruch zu sämtlichen Vorgutachten. Allein schon aufgrund der verminderten Belastbarkeit der linken Hand gingen die Experten der AEH (FOMA-Abklärungsbericht vom 18. Dezember 2014 [act. II 20.2/4 Ziff. 5.2]) und der MEDAS H._____ (handchirurgisches Gutachten vom 10. August 2020 [act. II 186/22 Ziff. 6.2) von einer bloss 75%igen Arbeitsfähigkeit (infolge zusätzlicher Pausen von insgesamt zwei Stunden pro Tag) in knapp leichten Arbeiten aus. Die Gutachter der MEDAS C._____ würdigten sowohl die pathologischen Befunde als auch festgestellte Inkonsistenzen und legten die Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten auf 80 % fest (act. II 153.1/8 ff. Ziff. 4.3 und 4.7). Diese bisherige somatische gutachterliche Einschätzung teilten die Gutachter der MEDAS D._____ nur bedingt, dies mit der Begründung, aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der Inkonsistenzen v.a. in angepassten Tätigkeiten könne keine namhafte Minderung der Belastbarkeit begründet werden (act. II 256.1/27 Ziff. 4.9). Da indessen schon die Vorgutachter Inkonsistenzen festgestellt und den Befund erhoben haben, wäre von den Gutachtern der MEDAS D._____ zu erwarten gewesen, dass sie ihre abweichende Einschätzung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit detailliert und nachvollziehbar begründen, was indessen nicht erfolgt ist.

3.4.3.3 Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit ist einstweilen festzuhalten, dass der Orthopäde bzw. Handchirurg PD Dr. med. G._____ im Zusammenhang mit der Verkürzung der Ulna mit Refixation des TFC eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit vom 13. November 2013 bis 31. März 2014 attestierte (act. II 20.3/3). Auf orthopädischem Fachgebiet erfolgte dann erneut eine Krankschreibung vom 2. Oktober 2015 bis 4. Januar 2016 durch Dr. med. I._____ aufgrund der (ersten) Schulterarthroskopie vom 2. Oktober 2015 (act. II 45.4/4), welche von ihm resp. vom Hausarzt sukzessive verlängert wurde (act. II 48/2, 54.17, 54.12, 63.55/1, 63.40, 63.33, 63.32/2 f., 63.20, 63.17, 63.3/2 f., 72.64, 72.42, 72.38), wobei der Hausarzt zusätzlich ein Arbeitsunfähigkeitsattest schon für die Zeit vom 2. bis 20. Juli 2015 ausstellte (act. II 45.4/15 Ziff. 8). Wegen der Diskushernie und der damit einhergehenden Operation vom 24. August 2017 attestierte der Operateur Dr. med. K._____ eine Arbeitsunfähigkeit vom 16. Juni bis 26. November 2017 (act. II 72.33, 72.20 f.). Die Gutachter der MEDAS C._____ folgerten, dass die Problematik am linken Handgelenk, an der linken Schulter und an der HWS kontinuierlich zu einer Verminderung der körperlichen Belastungsfähigkeit geführt habe, weshalb in der angestammten Tätigkeit spätestens ab dem Zeitpunkt der beiden Operationen an der linken Schulter bzw. spätestens seit dem Unfall im Juli (recte: Juni) 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und angepasst durchgehend eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % mit vorübergehenden vollständigen Einschränkungen im Zusammenhang mit den durchgeführte Operationen während jeweils höchstens sechs Monaten bestanden habe bzw. bestehe (act. II 153.1/9 f. Ziff. 4.6 f.).

3.4.4 Nach dem Dargelegten bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Gesamtbeurteilung der MEDAS D._____ vom 13. Dezember 2022, weshalb gestützt darauf eine abschliessende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers weder in der angestammten Tätigkeit (während des Wartejahres) noch in einer angepassten Tätigkeit möglich ist. Daran vermag das Ergebnis der Qualitätskontrolle durch den RAD vom 24. November 2023 (act. II 274/2) nichts zu ändern, wonach sich keine gravierenden Mängel gezeigt hätten. Ausser dem blossen Hinweis auf das ange-

wendete Prüfraster der EKQMB und Rz. 3134 KSVI (vgl. E. 3.2.3 hiervor) fehlt hierfür jegliche Begründung.

Auch die weiteren Gutachten und Berichte der behandelnden Ärzte und Fachpersonen bilden keine genügende Basis für eine Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers. Erstere befassen sich in somatischer Hinsicht ausschliesslich mit der Hand- oder zusätzlich mit der Schulter- und Bandscheibenproblematik, nicht aber auch mit dem später eingetretenen Herzinfarkt. Dabei geben sie in Bezug auf den Verlauf der durch die Handproblematik sich ergebenden Einschränkungen kein konsistentes Bild ab. Schliesslich fehlt es aber auch an einer detaillierten (und vorliegend entscheidenden; vgl. E. 3.4.3.3 hiervor) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit während des Wartejahres. Die Berichte der behandelnden Ärzte und Fachpersonen sind allesamt nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten erfolgt und haben sich folglich auch nicht mit diesen auseinandergesetzt, abgesehen davon, dass sie sich teilweise gar nicht zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äussern. Zudem ist rechtsprechungsgemäss bei unklaren Verhältnissen – wie dies hier der Fall ist – bzw. sich widersprechenden ärztlichen Berichten grundsätzlich nicht allein gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte zu entscheiden, sondern als objektive Beurteilungsgrundlage in der Regel ein medizinisches Gutachten einzuholen (Entscheid des BGer 9C_577/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 3.3.1).

3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zumindest geringe Zweifel im Sinne der einschlägigen Rechtsprechung (vgl. E. 3.2.3 hiervor) an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens der MEDAS D._____ vom 13. Dezember 2022 (act. II 256.1) gegeben sind bzw. die vorhandenen medizinischen Akten keine hinreichend zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bilden. Weder die zugesprochenen befristeten Renten noch das Verneinen des Rentenanspruchs betreffend die übrige Zeit stützen sich auf einen hinreichend abgeklärten Sachverhalt.

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Veranlassung einer neuen polydisziplinären Begutachtung (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Aufgrund des Umstands, dass der vertretene Beschwerdeführer einen

Antrag auf Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin stellt (Beschwerde, S. 2 Ziff. 2), erübrigt es sich, ihn im Sinne von BGE 137 V 314 auf eine mögliche Schlechterstellung hinzuweisen und ihm Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde zu gewähren. Der genannte Antrag hat auch zur Folge, dass die Rechtsprechung von BGE 137 V 210 der Rückweisung nicht entgegensteht, zumal bei einer Gutachtensanordnung durch das Gericht der Beschwerdeführerin eine Instanz verloren ginge, was durch die Beweiserhebung im Verwaltungsverfahren vermieden wird.

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 27. September 2024 (act. II 300) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

5.

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

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

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit-

sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Parteientschädigung ist gestützt auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 23. Januar 2025 auf Fr. 3'170.55 (Honorar von Fr. 2'902.50 [10.75 Stunden à Fr. 270.--], zzgl. Auslagen von Fr. 30.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 237.55 [8.1 % von Fr. 2'933.--]) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. September 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 vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'170.55 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
   - Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers
   - IV-Stelle Bern
   - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin: 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.