

IV 200 2024 789
ISD/IMD/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. März 2025

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Oktober 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1975 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im August 2023 unter Hinweis auf "Psoriasis-Arthritis, Fatigue Syndrom, Long-Covid Syndrom und Weitere" bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen; namentlich veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C._____ (MEDAS; Gutachten vom 30. Juni 2024 [act. II 71.1-71.9]). Mit Vorbescheid vom 18. Juli 2024 (act. II 73) stellte sie die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 20 % in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 76, 78, 80) und Einholen einer diesbezüglichen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 15. Oktober 2024 (act. II 82) verfügte die IVB am 22. Oktober 2024 (act. II 84) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 25. November 2024 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 22. Oktober 2024 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt korrekt abzuklären und auf dieser Basis den Rentenanspruch erneut zu prüfen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2025 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 22. Oktober 2024 (act. II 84). 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 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). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.1.1 Im Bericht des Spitals D. _____ vom 28. März 2023 (act. II 5) betreffend die Hospitalisation vom 20. bis 28. März 2023 wurden u.a. die folgenden Diagnosen gestellt:

1. Chronische Leistungsintoleranz unklarer Ätiologie, DD Chronic Fatigue Syndrom, Somatisierungsstörung, Long-Covid-Syndrom, Fibromyalgie/ Chronic Widespread Pain, i.R. Diagnose 2
2. Psoriasis-Arthritis, ED 12/2005
3. Zentrale Sensibilisierung
4. Hyporegenerative normochrome normozytäre Anämie, DD Methotrexat-induziert
5. ADHS.

Bei Exazerbation der chronischen Schmerzen, der Müdigkeit und des Schwindels bei bekannter langjähriger Psoriasis-Arthritis sei es zu einer notfallmässigen hausärztlichen Zuweisung gekommen. Anamnestisch, klinisch und laborchemisch hätten sich keine Hinweise auf ein akutes Geschehen gezeigt. Am ehesten sei von einem postviralen Zustandsbild auszugehen. Bei fehlender Feststellung einer somatischen Ätiologie sei eine psychosomatische Rehabilitation als indiziert angesehen worden. Der Patient sei ab dem 29. März 2023 für vier Wochen 50 % arbeitsfähig.

3.1.2 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E. _____ vom 1. September 2023 (act. II 32/3 ff.) bezüglich stationärer Behandlung vom 25. Juli bis zum 21. August 2023 wurden ein sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10: R52.2), ein Central Sensitivity Syndrom i.S. eines postviralen Fatiguesyndroms, eine Psoriasis-Arthropathie (ICD-10: L40.5†; M07.0-M07.3*, M09.0-*) und eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0; bereits im Kindesalter diagnostiziert; unter Medikation) diagnostiziert. Der Patient sei zur muskuloskelettalen Rehabilitation mit chronischem Schmerz und einer psychosozialen Belastungssituation zugewiesen worden. Er sei erfolgreich in das multimodale Therapieprogramm integriert worden. Neben einer Verbesserung der Alltagsfunktionalität mit Steigerung der körperlichen Belastbarkeit sei im Verlauf des Aufenthalts auch eine Stimmungsstabilisierung und ein etwas verbesserter bzw. aktiverer Umgang mit der Schmerzstörung erreicht worden. Für den Zeitraum vom 25. Juli bis zum 1. September 2023 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

3.1.3 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 17. November 2023 (act. II 49) wurde festgehalten, der Patient bewältige seinen Alltag mit hohem Aufwand. Durch das Aufmerksamkeitsdefizit benötige er für seine Arbeit mehr Einsatz als die Durchschnittsbevölkerung. Dadurch entstehe ein

hoher Stresslevel. Die Freizeit genüge nicht, um adäquat zu regenerieren. Dies verstärke die Schmerzen und die Fatigue. Ein Arbeitspensum von 100 % werde als nicht realisierbar angesehen.

3.1.4 Dr. med. G._____, Fachärztin für Anästhesiologie, gab im Bericht vom 5. Januar 2024 (act. II 53) an, die Prognose sei gut, aber sie halte eine Anstellung von 100 % für nicht realistisch. Der Patient benötige Zeit für Therapien. Ein Teilpensum sei realistisch und umsetzbar. Funktionseinschränkungen bestünden aufgrund der Fatigue und der Schmerzen.

3.1.5 Lic. phil. H._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, hielt im Bericht vom 15. Januar 2024 (act. II 54) fest, es bestehe eine stark eingeschränkte psychische und physische Belastbarkeit, eine sehr schnelle Ermüdbarkeit und Erschöpfung, die auf der Grundlage einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur zu starkem Vermeidungsverhalten mit immer gleichen Abläufen und starker Fokussierung auf Schmerzen und auf somatische Diagnosen führe. Es bestünden eine leichte depressive Symptomatik mit Selbstzweifel, Hoffnungslosigkeit, latenter passiver Wut, Antriebsverminderung sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme (act. II 54/6 Ziff. 2.4). Eine Arbeitstätigkeit von 100 % sei eher ungünstig, 50 - 60 % wäre gut (act. II 54/7 Ziff. 2.7). Der aktuelle Job als Mechaniker sei befriedigend und nicht anstrengend. Der Patient möchte ihn behalten. Der Arbeitgeber sei verständnisvoll und Gespräche fänden statt (act. II 54/7 Ziff. 3.1 f.).

3.1.6 Im interdisziplinären Gutachten vom 30. Juni 2024 (act. II 71.1-71.9) diagnostizierten die MEDAS-Gutachter das Folgende (act. II 71.1/5 Ziff. 4.3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Long-Covid Syndrom

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Psoriasisarthritis (ED 2005; ICD-10: M07.39)
 - Aktuell klinisch und labormässig keine Entzündungsaktivität und keine kutane Psoriasis
- Fibromyalgie-Syndrom (Synonym Chronic Widespread Pain Syndrom; ICD-10: M79.70)
- Cam-Impingement-Situation Hüftgelenke bds (ICD-10: M24.15) mit

- chirurgischer Hüftluxation links 12/2010 mit Zurücktrimmen vom Pfannenrand, Labrumrefixation sowie Taillenkorrektur und OSME 10/2011
- chirurgischer Hüftluxation rechts 01/2015 mit OSME 04/2015
- ADHS (ICD-10: F90), behandelt mit Elvanse 60 mg täglich
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp
- Mit Ausnahme insgesamt leicht unterdurchschnittlicher Leistungen in verbal-mnestischen Teilbereichen alters- und ausbildungsentsprechende kognitive Leistungsfähigkeit bei eigenanamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit.

In internistischer Hinsicht stellte Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 71.2/9 Ziff. 6.3). Es bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit (act. II 71.2/10 Ziff. 8).

Aus dem von Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, verfassten rheumatologischen Teilgutachten geht hervor, dass der Versicherte angegeben habe, an Schmerzen und Entzündungen an verschiedenen Gelenken, Sehnen und Schleimbeuteln und zudem unter einer ausgeprägten Müdigkeit zu leiden (act. II 71.3/3 Ziff. 3.1). In der Zusammenschau der Aktenlage, der vom Versicherten vorgebrachten Beschwerden sowie der klinischen wie auch der Labor- und bildgebenden Befunde könne zum jetzigen Zeitpunkt bei gesicherter Diagnose einer Psoriasisarthritis keine Entzündungsaktivität unter der laufenden Behandlung festgestellt werden. Im Vordergrund der Beschwerden stehe ein Fibromyalgie-Syndrom, das zum jetzigen Zeitpunkt weit wahrscheinlicher als primär denn als sekundär zu interpretieren sei, wobei diesbezüglich nur auf Wahrscheinlichkeiten abgestützt werden könne, da keine harten Fakten/Befunde vorlägen. Insbesondere zeigten die MRI-Aufnahmen mit Kontrastmittel keine Enthesitiden im Rahmen einer Spondylarthritis und unter der Therapie sei weder klinisch noch im Labor noch bildgebend eine Entzündungsaktivität nachweisbar (act. II 71.3/22 f. Ziff. 6.1). Es fänden sich Hinweise für Verfälschungstendenzen und tendenziöse Haltungen bzw. Inkonsistenzen/Diskrepanzen. Dies mache aber mehr den Eindruck von Verdeutlichungstendenzen als einer Aggravation oder gar Simulation (act. II 71.3/24 Ziff. 6.2). Aufgrund der entzündlich-rheumatischen Erkrankung qualifiziere der Versicherte einzig nicht für körperliche Schwerarbeiten. Aktuell könnten von rheumatologischer Seite her bezüglich der angestammten Tätigkeit keine Einschränkungen gestützt auf die organisch-

strukturelle Befundebene begründet werden (act. II 71.3/25 f. Ziff. 7.2); in der aktuellen Tätigkeit bestehe damit eine vollständige Arbeitsfähigkeit (act. II 71.3/26 Ziff. 8).

Dr. med. K._____, Facharzt für Neurologie, und dipl. Arzt L._____, Facharzt für Neurologie, führten im neurologischen Teilgutachten aus, betreffend die angegebenen kognitiven Störungen mit kognitiver und körperlicher Fatigue und Konzentrationsstörungen nach der Covid-Infektion könne ein Long Covid-Syndrom in Betracht gezogen werden. Die Ätiologie der berichteten Kopfschmerzen sei unklar. In Betracht kämen neben einer medikamentösen Nebenwirkung des Methylphenidats ein Spannungskopfschmerz oder auch eine Mischform. Diese würden anamnestisch durch die Einnahme von Novalgin gut kuptiert. Durch die Spannungskopfschmerzen liege aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Betreffend die angegebenen Schmerzen im Gesäss links fänden sich keine Hinweise auf eine Radikulopathie. Klinisch fänden sich ebenfalls keine Anzeichen einer Polyneuropathie (act. II 71.4/8 f. Ziff. 7.1). Limitierend seien die körperliche und kognitive Fatigue sowie die Konzentrationsstörungen, welche vermehrt Pausen erforderlich machten. Unter der Voraussetzung einer angepassten Tätigkeit mit leichter körperlicher Belastung und der Möglichkeit, regelmässig Pausen einzulegen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration erforderten, sollten vermieden werden, da die Konzentrationsstörungen im Rahmen eines Long Covid-Syndroms noch limitierend seien. Eine vollständige Ausschöpfung der kognitiven Ressourcen könne zur Verstärkung der psychischen Belastung führen (act. II 71.4/10 Ziff. 8).

Im Fachgutachten Neuropsychologie hielt lic. phil. M._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, fest, mit Ausnahme insgesamt leicht unterdurchschnittlicher Leistungen in verbal-mnestischen Teilbereichen bestehe eine alters- und ausbildungsentsprechende kognitive Leistungsfähigkeit bei eigenanamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit (act. II 71.5/10 Ziff. 6.3). Die aktuelle Tätigkeit sei angepasst. Entsprechend wirkten sich die leicht verminderten sprachlichen Gedächtnisleistungen in leistungsmässiger Hinsicht nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus (act. II 71.5/12 Ziff. 8).

Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im psychiatrischen Teilgutachten an, es ergäben sich keine psychiatrischen Gründe, die es der versicherten Person auf der Persönlichkeitsebene verwehren würden, trotz Beschwerden eine bestimmte Tätigkeit auszuüben, und keine Gründe, die mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergingen (act. II 71.6/12 Ziff. 4.3.2.2). Die beklagten Funktionsbeeinträchtigungen liessen sich nicht gestützt auf eine psychiatrische Erkrankung befriedigend erklären (act. II 71.6/15 6.2). Es liege keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die ADHS (ICD-10: F90) habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 71.6/17 Ziff. 6.3.1, /25 Ziff. 8.1.1).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die MEDAS-Gutachter fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, die einer optimal dem Leiden angepassten Tätigkeit entspreche, sei eine Anwesenheit von 8.4 Stunden pro Tag zumutbar. Limitierend seien die körperliche und kognitive Fatigue sowie die Konzentrationsstörungen, welche vermehrte Pausen erforderlich machen würden. Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration erforderten, sollten vermieden werden, da die Konzentrationsstörungen im Rahmen des Long Covid-Syndroms noch einschränkend seien. Eine vollständige Ausschöpfung der kognitiven Ressourcen könne zu einer psychischen Belastung führen, wobei aktuell keine psychiatrisch relevante Belastungssituation im Sinne von Krankheit beschrieben werden könne. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 20 %. Die erwähnten Einschränkungen bestünden seit der Corona-Infektion (anamnestisch seit ca. zwei Jahren [act. II 71.1/6 f. Ziff. 4.6 f.]).

3.1.7 Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fasste im Bericht vom 24. September 2024 (act. II 80/1 ff.) die Krankheitsgeschichte zusammen und hielt fest, die Schilderungen des Patienten seien in allen Details authentisch und stimmten mit einem schweren Long Covid-Syndrom vollständig überein. Die zunehmende Isolation sei passend zur Diagnose und der damit verbundenen Erschöpfungssituation. Darüber hinaus gab der behandelnde Arzt eine Therapieempfehlung ab.

3.1.8 Der RAD-Arzt Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 15. Oktober 2024 (act. II 82) fest, die von Dr. med. O._____ unterstrichene bzw. verdeutlichte Diagnose Long

Covid-Syndrom sei von den MEDAS-Gutachtern erkannt und als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Aus dem Bericht des behandelnden Arztes ergäben sich keine Aspekte, die im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung nicht berücksichtigt worden wären.

3.2

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 Beweismwürdigung 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).

3.3 Das MEDAS-Gutachten vom 30. Juni 2024 (act. II 71.1-71.9) 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, Rheumatologie, Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeits-

fähigkeit nachvollziehbar begründet. Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird, führt zu keinem anderen Ergebnis.

3.3.1 Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 4 ff. Art. 2) sind zwischen den einzelnen Teilgutachten und der stattgehabten beweisrechtlich gewichtigen interdisziplinären Konsensbeurteilung (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224) keine massgebenden Widersprüche ersichtlich. Dies gilt namentlich auch für die erhobenen Angaben zur alltäglichen Lebensführung und den Sozialkontakten, welche auf den gegenüber den einzelnen Gutachtern getätigten Aussagen des Beschwerdeführers beruhen (act. II 71.2/5, 71.6/6, /18 und /23; vgl. Beschwerde, S. 11). Ebenso wurden die vom Beschwerdeführer geltend gemachten und in den einzelnen Teilgutachten erhobenen Beschwerdeangaben, insbesondere die Ermüdbarkeit bzw. Fatigue (vgl. dazu act. II 71.2/8 f. Ziff. 6,1 f., 71.3/3 ff. Ziff. 3.2, /9 Ziff. 3.2 und /20 ff. Ziff. 6.1, 71.4/4 Ziff. 3.2 und /8 f. Ziff. 7.1, 71.5/4 f. Ziff. 3.2, 71.6/5 f. Ziff. 3.2 ff.), integral gewürdigt, wobei die Gutachter überzeugend begründet aufgrund eines aus interdisziplinärer Sicht – in diesbezüglicher Übereinstimmung mit den medizinischen Akten (vgl. etwa act. II 5, 80/1) – diagnostizierten Long Covid-Syndroms eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierten (act. II 71.5 Ziff. 4.3 und /6 f. Ziff. 4.6 f.). Hierin ist sodann kein die Beweiskraft der gutachterlichen Abklärungen und Schlussfolgerungen mindernder Widerspruch zu den diagnostischen Überlegungen des neurologischen Gutachters zu erkennen (vgl. Beschwerde, S. 4 f. Art. 2), welcher betreffend die angegebenen kognitiven Störungen mit kognitiver und körperlicher Fatigue und Konzentrationsstörungen nach der Covid-Infektion ein Long Covid-Syndrom lediglich als in Betracht zu ziehen beurteilte, dieses allerdings als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte (act. II 71.4/8 Ziff. 6.3 f.). Ohnehin ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs gemäss der Rechtsprechung nicht die (genaue) Diagnose massgebend, sondern vielmehr, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliegt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_121/2023 vom 15. September 2023 E. 4.2 mit Hinweisen). Dabei war sämtlichen Gutachtern die aktenkundige Diagnose eines Long Covid-Syndroms bekannt, wobei nicht zu beanstanden ist, dass sie sich im Rahmen der jeweiligen Teilgutachten lediglich soweit relevant

für ihr Fachgebiet mit dem fraglichen Long Covid-Syndrom auseinandersetzen, während in der Konsensbeurteilung von allen beteiligten Gutachtern als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Long Covid-Syndrom festgehalten wurde (act. II 71.1/5 Ziff. 4.3). So vermochten einzelne Gutachter auf ihrem Fachgebiet entweder keine befriedigende Erklärung für die angegebenen Beschwerden zu finden (vgl. act. II 71.6/14 f.) oder sie subsumierten die objektivierbare Leistungsminderung im Rahmen anderer Krankheitsbilder (mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), etwa chronische Leistungsintoleranz (act. II 71.2/9 Ziff. 6.3) oder Fibromyalgie (act. II 71.3/24 Ziff. 6.3). Dies ist nachvollziehbar, zumal es sich beim Long (oder Post) Covid-Syndrom um eine Ausschluss-Diagnose handelt (vgl. JÜRIG GUGGISBERG/LENA LIECHTI/TABEA KADERLI/TABEA KELLER/MARC HÖGLINGER, Auswirkungen von Long-Covid auf die Invalidenversicherung, in Bundesamt für Sozialversicherungen BSV [Hrsg.], Beiträge zur Sozialen Sicherheit, 2025, Forschungsbericht 02/2025, S. 12 f. Ziff. 3.3 f.; Deutsches Ärzteblatt 4/2023 vom 27. Januar 2023 S. 48 ff. [<https://www.aerzteblatt.de/archiv/229207/Post-COVID-Syndrom>]; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., S1-Leitlinie Long/Post-Covid – Living Guideline, S. 34, 39 und 45 [<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027>]; MANUELA FUNKE-CHAMBOUR/LAURENCE FELDMEYER/ROBERT HOEPNER/UYEN HUYNH-DO/BRITTA MAURER/EMRUSH REXHAJ/THOMAS GEISER, Das Long-COVID-Syndrom – ein neues Krankheitsbild nach COVID-19-Infekt, S. 379 [https://boris.unibe.ch/156768/1/Funke_The_Long_Covid_Syndrom.pdf]) und diese diagnostischen Würdigungen denn auch im Rahmen der Konsensbeurteilung entsprechend diskutiert und bereinigt wurden (act. II 71.1/8 Ziff. 5).

3.3.2 Die interdisziplinäre gutachterliche Beurteilung der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % erfolgte anhand der im Rahmen der Begutachtung objektivier- bzw. plausibilisierbaren Befunde (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297), wobei der Umstand, dass die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers bzw. der sich darauf stützenden Einschätzung von Dr. med. O. _____ (act. II 80, Akten des Beschwerdeführers [act. I] 2)

abweicht, keine Zweifel am MEDAS-Gutachten zu wecken vermag. Die medizinische Folgenabschätzung weist denn auch eine hohe Variabilität auf und die Gutachter verfügen bei der Festsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit über einen beachtlichen Ermessensspielraum (vgl. etwa BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.3). Die Beurteilung der zumutbaren Leistungsfähigkeit erfolgte sodann in Kenntnis der neuropsychologischen Befunde (act. II 71.5/7 ff. Ziff. 4.3; zur Bedeutung neuropsychologischer Abklärungen vgl. etwa Urteil des BGer vom 16. April 2021, 8C_11/2021, E. 4.2), die sich im Wesentlichen mit den Beurteilungen auf dem psychiatrischen bzw. neurologischen Fachgebiet decken. Die am neurologischen Teilgutachten geübte Kritik hinsichtlich einer fehlenden Begründung für die attestierte Leistungseinschränkung von 20 % (act. II 71.4/10 Ziff. 8; Beschwerde, S. 9 Art. 3 Rz. 2.1) zielt insoweit ins Leere. Nicht zuletzt nahmen die Gutachter bei der Bemessung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Abwägung bezüglich der Gefahr einer Überlastung bei voller Ausschöpfung der Ressourcen vor (vgl. act. II 71.1/7 Ziff. 4.7). Entgegen der Kritik des behandelnden Arztes Dr. med. O._____ in den Berichten vom 24. September und vom 20. November 2024 (act. I 2, 4; act. II 80/1 ff.) erfolgte die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit damit insbesondere auch unter Berücksichtigung der mit einem Long Covid-Syndrom (oftmals) einhergehenden Belastungsintoleranz bzw. der Gefahr einer "post exertional malaise" (PEM).

3.3.3 Den medizinischen Akten, insbesondere den Berichten des behandelnden Arztes Dr. med. O._____ vom 24. September bzw. vom 20. November 2024 (act. I 2, 4; act. II 80/1 ff.), sind keine wichtigen neuen Aspekte zu entnehmen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder im Gutachten ungewürdigt geblieben wären, weshalb allein aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Folgeabschätzung das MEDAS-Gutachten nicht in Frage zu stellen ist (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Hierauf wies auch der RAD-Arzt Dr. med. P._____ in der Stellungnahme vom 15. Oktober 2024 (act. II 82) zutreffend hin. Gleiches gilt für die umfangreiche Dokumentation des Beschwerdeführers vom 1. September 2024 (act. II 80/8 ff.) betreffend Schmerzbild, zumal diese von Dr. med. O._____ unkritisch übernommen (vgl. act. I 2/2) rein subjektiven Beschwerdeangaben ohne entspre-

chende fachärztliche Objektivierung bzw. Plausibilisierung keinen rechtsgenügenden Nachweis einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit zu erbringen vermögen (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

3.3.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Abklärungen (Beschwerde, S. 12 f. Art. 4 bzw. S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2) sind daher 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).

3.4 Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 30. Juni 2024 (act. II 71.1-71.9) ist erstellt, dass sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer mit der aktuellen Tätigkeit vergleichbaren angepassten Tätigkeit seit der Corona-Infektion im Jahr 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorliegt (vgl. act. II 71.1/6 f. Ziff. 4.6 f.). Damit bestand weder im Zeitpunkt des aufgrund der Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2023 (act. II 1) frühestmöglichen Rentenbeginns per Februar 2024 (Art. 29 Abs. 1 IVG) noch zu einem späteren Zeitpunkt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2024 (act. II 84) eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres (sogenanntes Wartejahr; vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) respektive eine darüber hinausdauernde ebenso hohe Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG), weshalb ein Rentenanspruch bereits aus diesem Grund entfällt. Im Übrigen würde auch unter der Prämisse des erfüllten Wartejahres bei einem der Arbeitsunfähigkeit entsprechenden Invaliditätsgrad von 20 % kein Rentenanspruch resultieren (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG e contrario; vgl. auch E. 2.3 hiervor). Diesbezüglich kann auf den zu keinen Bemerkungen Anlass gebenden Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden (act. II 84/1). Der Beschwerdeführer hat damit keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Oktober 2024 (act. II 84) ist folglich abzuweisen.

4.

4.1 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.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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