

200 19 625 IV  
SCJ/GET/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. November 2019**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Juni 2019



## Sachverhalt:

### A.

Der ... geborene und zuletzt als ... erwerbstätige A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde am ... 2014 auf einer ... von einem Gabelstapler angefahren, wobei er sich eine Thoraxkontusion zuzog (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 19.177; 19.148 S. 2). Im Juni 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit dem Unfall bestehende, diverse körperliche sowie psychische Beschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 1). Die IVB holte die Akten der C.\_\_\_\_\_ ein – welcher die Leistungen unter Hinweis auf die fehlende Adäquanz zwischen dem Unfall und den organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden mit Verfügung vom 6. März 2018 (act. II 79 S. 2 f.) per selben Datums eingestellt hatte –, klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab und zog Berichte der behandelnden Ärzte bei. In der Folge veranlasste sie beim D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 30. April 2019 [act. II 125.1 – 125.8]). Mit Vorbescheid vom 6. Mai 2019 (act. II 126) stellte die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 10% die Abweisung eines Rentenanspruchs in Aussicht, was sie – nachdem der Versicherte dagegen hatte Einwand erheben lassen (act. II 132) – mit Verfügung vom 21. Juni 2019 (act. II 133) bestätigte.

### B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, substituiert durch Rechtsanwältin Dr. iur. E.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 21. August 2019 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2019 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer, soweit rechtens, eine Invalidenrente seit wann rechtens zu gewähren.
2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2019 aufzuheben und über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdefüh-

ners nach neu durchgeführtem Vorbescheidverfahren neu zu befinden.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

### **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 21. Juni 2019 (act. II 133). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente der IV.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**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 sind (lit. c). Gemäss Art. 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.

**2.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2019 (act. II 133; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Am ... 2014 wurde der Beschwerdeführer von einem rückwärts im Schrittempo fahrenden Gabelstapler angefahren und zu Fall gebracht (act. II 19.119 S. 4). Die gleichentags im Spital F. \_\_\_\_\_ durchgeführten Untersuchungen ergaben bei diagnostizierter Thoraxkontusion keine Hinweise auf strukturelle Läsionen (vgl. act. II 19.61 S. 7; 19.148 S. 2 f.; 19.157 S. 1; Beschwerde, S. 3). Im April und August/September 2015 erfolgten stationäre Aufenthalte in den psychiatrischen Diensten G. \_\_\_\_\_ (act. II 19.67 S. 2 ff.; 19.93), zuletzt wegen psychischer Dekompensation (act. II 19.92). Ferner ergab eine bildgebende Untersuchung im August 2015 einen „Befund gut vereinbar mit Cholesteatom beidseits rechts grösser als links“ (act. II 19.106); nach Durchführung eines operativen Eingriffs wurde im Rahmen einer otologischen Untersuchung im April 2016 eine persistierende gemischte Schwerhörigkeit und Zunahme der Innenohrschwerhörigkeit auf der rechten operierten Seite festgestellt (act. II 19.66 S. 2).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 3. April 2016 (act. II 19.73 S. 5 – 7) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 5):

1. Cervikobrachialgie links
2. Akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend narzisstischen und querulato-  
rischen Zügen

- Status nach psychischer Dekompensation mit Suizidgedanken DD: Agitierte Depression 04/2015
  - Status nach akuter Suizidalität 08/2015
  - Psychosoziale Belastung bei Vereinsamung, Versicherungsproblematik, körperlicher Versehrtheit nach Unfall ... 2014
  - Schlaflosigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen, Hyposensibilität rechts an Kopf
3. Status nach Arbeitsunfall ...2014
- Sensibilitätsstörung gesamte rechte Körperhälfte
4. Bilaterales Cholesteatom mit mittel- bis hochgradiger Schwerhörigkeit
- beidseits schalleitungsbetont bis 1.5 kHz, darüber Hochtoninnenohrabfall rechts ausgeprägter als links
  - Operationsindikation gegeben

In der Beurteilung wurde festgehalten, klinisch habe sich eine Hyposensibilität der gesamten rechten Körperhälfte sowie ein links abgeschwächter Handschluss bei ansonsten intakter Sensomotorik und Kraft sowie ein paravertebraler Muskelhartspann links im Halsbereich finden lassen. Ein Meningismus habe sich nicht feststellen lassen. Im restlichen internistischen Status habe kein Infektfokus eruiert werden können und laboranalytisch hätten keine erhöhten Entzündungswerte vorgelegen, ebenso wenig im Urin. Ferner habe eine Röntgenuntersuchung der HWS keine Auffälligkeiten gezeigt. Ein MRI des Gehirns habe eine Arachnoidalzyste in der hinteren Schädelgrube als benigner Nebenbefund sowie Hinweise auf eine mögliche chronische Mastoiditis, im Übrigen jedoch keine intrakranielle Blutung, Ischämie oder Raumforderung ergeben (S. 7).

**3.1.3** Im auf den Akten basierenden, zu Handen der C. \_\_\_\_\_ erstellten Bericht vom 2. Juni 2016 (act. II 19.60) hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Agenturärztlicher Dienst, fest, die Hypothese einer Persönlichkeitsstörung könne im Moment weder bestätigt noch verneint werden. Das Bild des psychischen Zustandes nach dem Unfall erinnere zuerst einmal an eine Anpassungsstörung, da ein auslösendes Ereignis vorhanden gewesen sei. Die Ausprägung und Intensität der geschilderten affektiven Symptomatik übertreffe aber diejenige, welche bei einer Anpassungsstörung normalerweise vorhanden sei, nämlich die einer leichten depressiven Störung. Die Schwere der geschilderten Zustände habe eher einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode entsprechen. Der Charakter des Unfallereignisses selbst sei der eines leichten körperlichen Traumas, bei welchem sich zu keinem Zeitpunkt eine weiter-

gehende Gefährdung erkennen lasse, so dass eine psychotraumatische Reaktion auf das Ereignis selbst unwahrscheinlich sei. Bedeutsam seien hingegen die psychosozialen Umstände. Der Beschwerdeführer habe allein und im Zelt gewohnt als er verunfallt sei, und er sei lediglich als Temporärarbeiter angestellt gewesen, d.h. er habe keinerlei Gewissheit auf eine längerdauernde Beschäftigung und damit Aussicht auf eine Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung gehabt. Das dürfte nach dem Unfall zu einer tiefgreifenden Verunsicherung geführt haben. Sehr rasch sei dann eine Hörstörung hinzugekommen, was einen weiteren, verunsichernden und den Verlauf negativ beeinflussenden Faktor dargestellt habe. Weitere Einflussfaktoren dürften in der mangelnden Kenntnis der deutschen Sprache und der schweizerischen Kultur gelegen haben, welche die Gefühle der Abhängigkeit und die Einsamkeit des Beschwerdeführers weiter verstärkt hätten (S. 13 f.).

**3.1.4** Am ... 2017 erfolgte bei diagnostiziertem Cholesteatom rechts eine Mastoidektomie mit Tragusknorpel-Tympano-Ossikuloplastik rechts (act. II 51 S. 8).

**3.1.5** Das am 7. August 2017 vom Beschwerdeführer wegen starker Kopfschmerzen konsultierte Spital J. \_\_\_\_\_ hielt im gleichentags verfassten Bericht (act. II 51 S. 5 – 7) fest, klinisch hätten sich keine sensomotorischen Pathologien gezeigt. Laborchemisch seien die Entzündungsparameter normwertig gewesen, eine zerebrale Bildgebung (CT und MRI) sei bereits im Mai 2017 erfolgt und unauffällig gewesen. In der Kopfschmerzsprechstunde hätten sich keine neurologischen Pathologien finden lassen. Es sei eine zeitnahe Vorstellung in der Psychosomatik empfohlen worden. Da die Beschwerden unverändert zu den Vorsymptomen seien und eine umfassende Abklärung bereits erfolgt und ohne somatische Ergebnisse geblieben sei, seien die Schmerzen als vorbekannt und am ehesten psychosomatisch interpretiert worden (S. 7).

**3.1.6** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 21. August 2017 (act. II 47) wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 1):

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Status nach Arbeitsunfall (ICD-10 F45.41), bestehend seit 11/2014.

Bilaterales Cholesteatom mit mittel- bis hochgradiger Schwerhörigkeit. Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit vorwiegend narzisstischen und querulatorischen Komponenten (ICD-10 F61).

Zervikobrachialgie links, anamnestisch seit dem Unfall vom ... 2014 bestehend, Beweglichkeit der HWS in alle Richtungen 1/3 bis 1/2 eingeschränkt, dolenter Hartspann zervikal und paravertebral links und im Musculus trapezius links, ausgeprägte Schlafstörungen infolge der Schmerzen, nicht segmentale Hypästhesie im Bereich des linken Armes.

Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit ... 2014 100%. Der Beschwerdeführer habe massive Konzentrations- und Auffassungsschwierigkeiten wegen der Schmerzen, Stressintoleranz, stark vermindertes Durchhaltevermögen und sei in psychischer Hinsicht sehr labil. Aktuell sei er im psychiatrischen Dienst G.\_\_\_\_\_ stationär in Behandlung (S. 3).

**3.1.7** Im zu Händen der C.\_\_\_\_\_ erstellten Bericht vom 22. August 2017 (act. II 82 S. 1 – 4) hielt PD Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fest, die Sensibilitätsstörung mit strikte mittiger Begrenzung könne organisch nicht erklärt werden (S. 3). Der hinkende Gang in kleinen Schritten, die vornübergebeugte und zur Seite geneigte Haltung und die Ptose beidseits seien während der Untersuchung in ihrer Ausprägung sehr variabel und suggestibel gewesen und es habe sich auch eine Ablenkbarkeit dieser Symptome gezeigt. Dies spreche für eine funktionelle Genese. Mit Sicherheit erlebe der Beschwerdeführer seine finanziell und juristisch prekäre Situation als existentiell bedrohlich und seine Erkrankung als von aussen durch den Unfall zugefügt (S. 3 f.).

**3.1.8** Vom 14. März bis 20. April 2017 (act. II 64 S. 12 f.) sowie vom 7. August bis 12. September 2017 (act. II 64 S. 9 – 11) erfolgten weitere stationäre Behandlungen im psychiatrischen Dienst G.\_\_\_\_\_. Im Bericht vom 18. September 2017 (act. II 64 S. 9 – 11) wurden (in psychiatrischer Hinsicht) die folgenden Diagnosen gestellt (S. 9):

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD10 F45.40)
  - Aktuell akute Suizidalität aufgrund wahrgenommener Unaushaltbarkeit der Schmerzen
  - Chronische Kopf- sowie Schulter-Nacken-Schmerzen rechtsbetont seit Arbeitsunfall 2014
2. Mittelgradige depressive Episode mit akuter Suizidalität (ICD-10 F32.1)
3. Kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) mit narzisstischen und querulatorischen Anteilen

Die Angst vor einer Ausschaffung nach ... oder ... sei geblieben. Dies habe eine motivierte Therapie der somatoformen Schmerzstörung erschwert. Der Beschwerdeführer verlange im Verlauf der Behandlung oft, dass die chronischen Schmerzen erklärt werden müssten und er sei nach wie vor überzeugt, dass die Schmerzen direkt von der Schulter und den Eingriffen im Bereich des rechten Ohrs und den beiden diesbezüglichen Reoperationen her kämen (S. 10).

Im (an die Beschwerdegegnerin gerichteten) Bericht des psychiatrischen Dienstes G. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2017 (act. II 64 S. 2 – 8) wurden die folgenden Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt (S. 2):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
  - Bei Eintritt in den psychiatrischen Dienst G. \_\_\_\_\_ am 7. August 2017 schwere depressive Episode mit Suizidgedanken
  - im Rahmen der depressiven Störung chronische Kopf- sowie Schulter-Nackenschmerzen rechtsbetont seit Arbeitsunfall 2014
2. Kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) mit narzisstischen und querulatorischen Anteilen

Ein Asylgesuch sei abgelehnt worden und es würde zur Ausschaffung nach Italien kommen, wenn sich sein Gesundheitszustand wesentlich besserte (S. 3). Seit April 2015 sei der Beschwerdeführer im psychiatrischen Dienst G. \_\_\_\_\_ fünf Mal stationär behandelt worden, da er depressiv und suizidal gewesen sei. Zu Beginn sei eine depressive Reaktion auf den Unfall und die Unfallfolgen diagnostiziert worden. Bei späteren Aufenthalten sei die Arbeitsdiagnose einer Schmerzstörung ins Zentrum gerückt. Aus heutiger Sicht sei eine primär depressive Störung mit wiederkehrenden depressiven Episoden am wahrscheinlichsten, wobei die Schmerzen im Rahmen der depressiven Störung angesehen werden müssten. Die Episoden einer rezidivierenden depressiven Störung könnten grundsätzlich bei gegebener Behandlungsmotivation behandelt werden. Aufgrund der weiterhin bestehenden Stressfaktoren wie Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Situation der ganzen Familie sowie abgelehnter Asylentscheid, sei die Prognose eher ungünstig (S. 4). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (S. 5).

**3.1.9** Im Bericht des Spitals H.\_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 (act. II 76 S. 2 ff.) wurde festgehalten, der Gesundheitszustand sei stationär. Aktuell stehe eine mittelgradige bis teilweise schwere depressive Symptomatik im Vordergrund (S. 2).

**3.1.10** Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, Zentrum L.\_\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 11. September 2018 (act. II 91 S. 1 – 3) die folgenden Diagnosen fest:

Schmerzverarbeitungsstörung bei:

Zustand nach Arbeitsunfall ... 2014 mit/bei:

- wahrscheinlichem Whiplashtrauma links mit gleichzeitiger Contusio Cerebri links
- zervikozepalem und zervikobrachialem Schmerzsyndrom links betont
- Hemihypästhesie rechts mit tonisch klonischen Muskelzuckungen vor allem im rechten Arm
- Neuropathie der Nn.occipitales majores und minores sowie der retroauriculären Nerven beidseits
- Zustand nach mehrmaligen Ohroperationen wegen rezidivierender Mastoiditiden beidseits mit konsekutiver Hörminderung links mehr als rechts
- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion nach Unfall
- rezidivierend auftretenden psychischen Dekompensationen mit konsekutiver Selbstgefährdung
- psychosozialer Isolation mit Existenz- und Abschiebungsängsten

Die geschilderten retroauriculären und zervikozephalen Beschwerden seien erst richtig zum Ausbruch gekommen nach den operativen Eingriffen an beiden Ohren. Der Beschwerdeführer perseveriere auf den Unfall als Ursache der heutigen Beschwerden (S. 2). Auf Grund der aktuellen Situation sei er keiner Therapie zuführbar, die entsprechend die psychischen wie auch die körperlichen Probleme adäquat behandeln könne. Der Beschwerdeführer sei „absolut arbeitsunfähig“ (S. 3).

Mit weiterem Bericht vom 22. Januar 2019 (act. II 121 S. 4 – 7) diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zusätzlich eine ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung (S. 4). Vor allem diese sowie die nicht gelöste psychosoziale Situation und die latente Suizidalität ständen im Vordergrund. Anatomische Korrelate für die Hypästhesie rechts und die Schmerzen zervikozephal und -brachial links hätten weder in der Bildgebung noch in der klinischen Untersuchung gefunden werden können (S. 6).

**3.1.11** Im polydisziplinären, auf einer allgemeininternistischen, orthopädischen, neurologischen, otorhinolaryngologischen und psychiatrischen Un-

tersuchung basierenden Gutachten der MEDAS vom 30. April 2019 (act. II 125.1 – 125.8) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 125.1 S. 7 f.):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)
- Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59)
- Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung, sonstige näher bezeichnete Probleme verbunden mit der sozialen Umgebung (ICD-10 Z60.8)

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Cervikobrachiales Schmerzsyndrom links bei
  - Status nach Arbeitsunfall mit Kontusion linke Körperseite am ... 2014
  - moderaten degenerativen HWS-Veränderungen
- Schmerzsyndrom im Bereich von linkem Arm, Kopf und rechtem Bein, nicht neurogen
- Funktionelle neurologische Störungen
- Status nach Arbeitsunfall mit unter anderem Commotio cerebri am ... 2014
- Arterielle Hypertonie
- An Taubheit grenzende Innenohrschwerhörigkeit rechts mit komplettem Schallleitungsblock bei Status nach Cholesteatom-Operation rechts 11/2015
- Status nach Revisionsoperation des rechten Ohrs bei Cholesteatom-Rezidiv 07/2017
- Leicht- bis mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit links bei Status nach chronischer Otitis media perforata links seit Kindesalter und Status nach Cholesteatom-Operation links 2015, Abdecken eines epitympanalen Duralecks links im 10/2016

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, von internistischer Seite lasse sich diagnostisch eine arterielle Hypertonie erwähnen. Aufgrund der Anamnese, der Klinik und der Akten beständen keine Hinweise für manifeste hypertensive Organschäden. Während der internistischen Untersuchung sei das Verhalten des Beschwerdeführers auffällig gewesen, er habe hinkend das Untersuchungszimmer betreten, sich schwer leidend und sehr klagsam gezeigt und habe gleich zu Beginn der Anamnese eine Tablette Dafalgan und Novalgin eingenommen, vor den Augen des Untersuchers (S. 4).

Der orthopädische Untersuchungsbefund sei weitgehend unauffällig gewesen, ausser einer gewissen Muskelatrophie links gegenüber rechts, sämtliche peripheren Gelenke seien allesamt gut beweglich und unauffällig und im spontanen Verhalten auch gut einsetzbar gewesen. Auffällig sei eine gewisse Diskrepanz, indem der Beschwerdeführer bei der expliziten Untersuchung eine deutliche Bewegungseinschränkung der HWS und auch der LWS präsentiert habe, im Spontanverhalten der Kopf jedoch frei getragen worden sei und frei habe bewegt werden können. Auch von orthopädischer Seite sei eine gewisse Verdeutlichungstendenz festgestellt worden (S. 4 f.).

Von neurologischer Seite her sei zusammenfassend von einem Schmerzsyndrom betreffend den Kopf, den linken Arm und das rechte Bein auszugehen. Die Kopfschmerzen könnten am ehesten als chronischer Spannungstyp-Kopfschmerz klassifiziert werden. Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik lägen nicht vor. Insgesamt bestehe aufgrund der Anamnese und der Beobachtungen während der Untersuchung der Verdacht auf das Vorliegen einer Schmerzfehlerverarbeitung, indem eine erhebliche Diskrepanz zwischen angegebenen Beschwerden und objektivierbaren Befunden bestehe. Aus rein neurologischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 5).

Aus ORL-ärztlicher Seite bestehe eine soziale Taubheit rechts nach zweifacher Cholesteatom-Operation mit komplett obturiertem Mittelohr. Auf der linken Seite bestehe eine leicht- bis mittelgradige, kombinierte Schwerhörigkeit nach Status nach Cholesteatom-Operation und Abdeckung eines Duralecks. Aus medizinischer Sicht hätten die Cholesteatome ausbehandelt werden können, was den Verlauf trotz der relevanten Hörminderung als erfolgreich beurteilen lasse (S. 6).

In psychiatrischer Hinsicht bestehe seit dem Unfallereignis vordergründig eine starke Schmerzsymptomatik, insbesondere im linken Arm, im Kopf und weniger belastend auch im rechten Fuss. Diese Schmerzsymptomatik gebe der Beschwerdeführer als Grund an, nicht mehr arbeiten zu können. Aufgrund der Anamnese und der Beobachtungen von Inkonsistenzen während der klinischen Untersuchung und auch aufgrund des unterschiedlichen Verhaltens in beobachteten und unbeobachteten Situationen sei von einer bewusstseinsnahen Übertreibung der körperlichen Symptome auszu-

gehen. Die Situationen, die zu den Hospitalisationen geführt hätten, seien jeweils die Gleichen gewesen: Es habe sich um eine massive psychosoziale Belastung gehandelt, die zu suizidalen Aktionen geführt habe, selbst während einer Hospitalisation. Dies deute auf sehr bewusstseinsnahe Aktionen hin. Diese Aktionen seien einfühlbar, sei der Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Schweiz ja abhängig von seinem Gesundheitszustand (S. 6).

Insgesamt lasse sich aus rein somatischer Sicht keine Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anführen. Aus ORL-Sicht sei der Beschwerdeführer durch die soziale Taubheit rechts von der rechten Seite nicht ansprechbar und erfahre auch ein gewisses Handicap, was das Richtungshören und somit zum Beispiel das Orten von herannahenden Gefahrenquellen betreffe. In seinem Alltag sei er weder subjektiv noch objektiv durch die Hörminderung invalidisierend eingeschränkt. Aus rein psychiatrischen Gründen und unter Ausklammerung der psychosozialen Ursachen, wäre der Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit als zu 80% arbeitsfähig anzusehen. Die Reduktion ergebe sich aus der verminderten Belastbarkeit des Körpers mit einer Einschränkung für die Geschwindigkeit der Arbeitstätigkeit. In einer angepassten leichten körperlichen Tätigkeit (in der Produktion, am Fließband, bei der Abfallsortierung etc.) sei der Beschwerdeführer ohne zeitliche Belastung zu 100% arbeitsfähig (S. 10 f.).

**3.1.12** Dr. med. K.\_\_\_\_\_ wiederholte im Bericht vom 13. August 2019 (act. II 135 S. 1 – 4) die bereits am 11. September 2018 und 22. Januar 2019 gestellten Diagnosen (S. 1). Was aktuell an subjektiven Beschwerden im Vordergrund stehe seien die brennenden Beinschmerzen auf der rechten Seite, die den Beschwerdeführer vor allem in der Nacht vom Schlafen abhielten. Diese Symptomatik sei tagsüber weniger ausgeprägt. Sobald eine gewisse Ablenkung vorhanden sei, seien die Beschwerden doch signifikant weniger ausgeprägt (S. 3). Eine zukünftige Arbeitsfähigkeit könne zum heutigen Zeitpunkt nicht prognostiziert werden. Es bestehe jedoch die Möglichkeit einer schrittweisen Reintegration mit angepasster Tätigkeit. Er – Dr. med. K.\_\_\_\_\_ – könne jedoch keine Arbeit definieren, die für den Beschwerdeführer in Frage käme (S. 4).

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

**3.3** Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 30. April 2019 (act. II 125.1 – 125.8) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Es ist in allen Teilen nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. In psychischer Hinsicht attestierten sie in Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als ... eine

80%ige, hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 125.1 S. 10 f.).

**3.4** Daran ändern sämtliche beschwerdeweise vorgebrachten Einwände nichts:

**3.4.1** Zunächst kritisiert der Beschwerdeführer, es erschliesse sich nicht, warum gemäss den Gutachtern die Innenohrschwerhörigkeit rechts und die leicht- bis mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit links (act. II 125.1 S. 8) nicht zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen solle (Beschwerde, S. 3). Insbesondere erfordere gerade die angestammte und gefahrgeneigte Tätigkeit auf dem ... ein sicheres Hören (S. 4). Es kann offen bleiben, ob mit Blick auf die Ausführungen des HNO-Gutachters (act. II 125.5 S. 5) die (unbestrittene) Schwerhörigkeit des Beschwerdeführers nicht bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte aufgeführt werden müssen. Denn fest steht, dass das Hörvermögen auf dem linken Ohr 73% beträgt, was „für ein sozial fast normales Ohr ausreichend“ (S. 5) sei. Ferner bestreitet der Beschwerdeführer die im HNO-Teilgutachten weiter getroffene Feststellung, wonach das Gehör mittels einer Hörgeräteversorgung optimiert werden könne (S. 5), zu Recht nicht, so dass vom Gehör her jedenfalls in Bezug auf eine den Leiden angepasste Tätigkeit nachvollziehbar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert.

**3.4.2** Ferner greift auch die Kritik des Beschwerdeführers, wonach auf neurologischem Gebiet zwar ein Schmerzsyndrom diagnostiziert, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, ins Leere (Beschwerde, S. 4). So hielt der neurologische Experte ausdrücklich fest, es liege *deskriptiv* ein Schmerzsyndrom betreffend den Kopf, den linken Arm und das rechte Bein vor. Jedoch ergebe sich hierfür aus neurologischer Sicht keine Erklärung, insbesondere fehlten jegliche Hinweise in Richtung einer radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik (act. II 125.4 S. 7). Folgerichtig war in neurologischer Hinsicht auch keine Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen (S. 8). Im Übrigen konnte seit dem Unfall vom ... 2014 auf neurologischem Fachgebiet zu keinem Zeitpunkt ein die geltend gemachten Beschwerden hinreichend erklärendes organisches Korrelat bildgebend objektiviert werden (vgl. E. 3.1.1 f., E. 3.1.5, E. 3.1.7 und 3.1.10 vorne).

**3.4.3** In psychischer Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, es sei nicht nachvollziehbar, warum die Gutachterin – im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten – „nur eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen festgestellt“ habe (Beschwerde, S. 5). Indessen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15S. 44 E. 2.2.1). Solche Aspekte sind hier nicht ersichtlich: Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Mai 2019, 9C\_190/2019, E. 3.1). Der Beschwerdeführer legt nicht dar und es ist nicht ersichtlich, dass die Gutachterin der MEDAS hierbei nicht lege artis vorgegangen wäre. Auch liegen keine fachärztlichen Berichte im Recht, welche (unter Bezugnahme auf das Gutachten) Zweifel an den Schlussfolgerungen der Expertin zu wecken vermöchten. Namentlich handelt es sich bei Dr. med. K.\_\_\_\_\_ um einen Facharzt für Anästhesiologie, womit seine von der Gutachterin abweichenden (diagnostischen) Einschätzungen im Bericht vom 13. August 2019 (act. II 135 S. 1) den Beweiswert der Expertise der MEDAS nicht zu erschüttern vermögen. Die Kritik an der von der Gutachterin gestellten Diagnose erweist somit bereits vor diesem Hintergrund als ungerechtfertigt.

Sodann charakterisiert sich die Diagnose „Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen“ (ICD-10 F68.0) gemäss DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 304, wie folgt: „Körperliche Symptome, vereinbar mit und ursprünglich verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung, Krankheit

oder Behinderung werden wegen des psychischen Zustandes des Betroffenen aggraviert oder halten länger an. Es entwickelt sich ein aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten mit zusätzlichen (und gewöhnlich unspezifischen) Beschwerden nicht körperlichen Ursprungs. Der Patient ist meist durch seine Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt und von möglicherweise berechtigten Sorgen über eine länger dauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen beherrscht. Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlungen und der Untersuchungen oder Enttäuschung über mangelnde persönliche Zuwendung auf den Stationen oder in den Ambulanzen können ebenfalls motivierende Faktoren für die Störung sein. Einige betroffene Personen scheinen auch durch die Möglichkeit, eine finanzielle Entschädigung nach Unfällen oder Verletzungen zu erhalten, motiviert zu sein, aber das Syndrom verschwindet selbst dann nicht, wenn ein Rechtsstreit erfolgreich beendet ist.“ Mit Blick auf die in somatischer Hinsicht allein geringen Folgen des Unfallereignisses vom ... 2014, dem im weiteren Verlauf dokumentierten Verhalten des Beschwerdeführers, der aktenkundig geklagten, meist unspezifischen und organisch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden bei erheblicher Verdeutlichungstendenz (act. II 125.1 S. 4 – 6; vgl. E. 3.4.4 hinten) sowie in Anbetracht des seitens des Beschwerdeführers gegenüber der Gutachterin offen bekundeten Rentenbegehrens (act. II 125.6 S. 7), erweist sich die von der Administrativgutachterin gestellte Diagnose als nachvollziehbar und es ist auch nicht zu beanstanden, dass sie sich nicht ausdrücklich mit jeder der im Verlauf gestellten, davon abweichenden Diagnose auseinandergesetzt hat. Dies umso weniger, als die psychiatrischen Diagnosen im Verlauf seit dem Unfall vom ... 2014 und vor allem im Rahmen der psychiatrischen Hospitalisationen immer wieder geändert wurden (vgl. E. 3.1 vorne), worauf denn auch die Gutachterin der MEDAS hinweist (act. II 125.6 S. 11).

Im Übrigen besteht zwischen der Diagnose und der Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation. Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen (Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C\_851/2018, E. 4.1.4). Dabei ist zu beachten, dass psychosoziale und soziokulturelle Faktoren, soweit sie negative funktionelle Folgen haben, bei der Beurteilung der

Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert bleiben (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Mai 2019, 9C\_740/2018, E. 5.2.1). Der Beschwerdeführer blendet die in den ärztlichen Berichten wiederholt festgestellte und als schwerwiegend qualifizierte psychosoziale Belastungssituation aus – so u.a. der im Beschwerdeverfahren unbestritten gebliebene Umstand, wonach der Beschwerdeführer die Schweiz verlassen müsse, wenn sich sein Gesundheitszustand verbessere (vgl. act. II 64 S. 14; 125.7 S. 3). Das Vorliegen einer – von der Gutachterin als äusserst schwierig bezeichneten und sowohl gemäss ihrer Einschätzung (S. 2) als auch jener des Arztes der C.\_\_\_\_\_ Dr. med. I.\_\_\_\_\_ (act. II 19.60 S. 14) für die psychische Symptomatik grosse Bedeutung zukommenden – psychosozialen Belastungssituation ist denn auch seitens der behandelnden Ärzte wiederholt bestätigt worden (vgl. E. 3.1.2, E. 3.1.8 und E. 3.1.10 vorne; act. II 64 S. 12). Dass Letztere dennoch in Nachachtung des in der Medizin verbreiteten, invalidenversicherungsrechtlich jedoch nicht massgebenden biopsychosozialen Krankheitsmodells (so ausdrücklich act. II 64 S. 10; BGE 143 V 418 E. 6 S. 426) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierten, vermag an den anderweitigen Schlussfolgerungen der Gutachterin der MEDAS ebenso wenig Zweifel zu wecken: Denn wie eingangs dargelegt, ist es nach der Rechtsprechung nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (BGer 9C\_740/2018, E. 5.2.1), was die Gutachterin denn auch ausdrücklich getan und das funktionelle Leistungsvermögen respektive die Arbeitsfähigkeit allein unter dem Blickwinkel des invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitszustandes beurteilt hat (act. II 125.7 S. 4).

**3.4.4** Weiter kritisiert der Beschwerdeführer, die psychiatrische Gutachterin leite aus der Tatsache, wonach sie den Beschwerdeführer nach der Untersuchung rauchend im Park getroffen und dieser einen besseren und weniger leidenden Eindruck gemacht habe, ab, dass er die Beschwerden aggraviere bzw. die Gutachterin von einer Verdeutlichungstendenz ausgehe (Beschwerde, S. 5 und 6).

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass es in erster Linie Sache der psychiatrischen Fachärztin ist, sich zur Frage von Aggravation und ähnlichen Sachverhalten zu äussern (vgl. Entscheid des BGer vom 22. Oktober 2019, 9C\_520/2019, E. 6.2). Die Gutachterin hielt insoweit in der Expertise unter „Befund“ bzw. „Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung“ wörtlich Folgendes fest: „Der Versicherte sitzt zusammengesunken in der Wartezone. Er hat eine Mütze an, ist schlecht rasiert, sehr einfach gekleidet. Er wirkt sehr krank, etwa wie wenn er frisch operiert wäre. Er folgt der Referentin schleppend ins Untersuchungszimmer mit halbgeschlossenen Augen, wobei das rechte Auge mehr geschlossen ist als das linke. Auf Nachfragen, weswegen er denn die Augen nicht öffnen könne, gibt der Versicherte die Kopfschmerzen als Grund an. Als die Referentin am Abend die MEDAS verlässt, befindet sich der Versicherte rauchend im Park der MEDAS. Er wirkt völlig unauffällig, seine Mütze hat er ausgezogen, er bewegt sich normal und auch seine Augen sind normal geöffnet“ (act. II 125.6 S. 8). Diese Feststellungen sind durchaus bemerkenswert, zumal die Gutachterin weiter festhielt, bei den Tests habe der Beschwerdeführer gewirkt, als ob er bewusst falsch antworten würde (S. 10) und es sei aufgrund des untersuchten Medikamentenspiegels davon auszugehen, dass er die in den ärztlichen Berichten genannten Psychopharmaka kaum einnehme (S. 11). Ferner haben sowohl der internistische (act. II 125.2 S. 7) als auch der orthopädische Gutachter (act. II 125.3 S. 8) ausdrücklich auf Verdeutlichungstendenzen hingewiesen. Und auch der neurologische Experte wies – anders als die beschwerdeweisen Vorbringen vermuten liessen (vgl. S. 6) – auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hin (act. II 125.4 S. 7). Diese fachspezifischen Beobachtungen flossen auch in die interdisziplinäre Konsensbeurteilung ein, indem die „deutliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden“ sowie ein „starker Verdacht auf Verdeutlichungstendenz“ (act. II 125.1 S. 9) hervorgehoben wurden. Auch der Neurologe PD Dr. med. M. \_\_\_\_\_ hielt im zu Händen der C. \_\_\_\_\_ erstellten Bericht vom 22. August 2017 (act. II 82 S. 1 – 4) fest, der hinkende Gang in kleinen Schritten, die vornübergebeugte und zur Seite geneigte Haltung und die Ptose beidseits seien während der Untersuchung in ihrer Ausprägung sehr variabel und suggestibel gewesen und es habe sich auch eine Ablenkbarkeit

dieser Symptome gezeigt (S. 3 f.). Soweit der Beschwerdeführer deshalb vorbringt, dieser Arzt habe das Vorliegen einer Simulation verneint (Beschwerde, S. 6), ist dies zwar richtig, jedoch kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn eine solche wurde auch seitens der Gutachter der MEDAS nicht in Erwägung gezogen. Schliesslich wies auch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass bei Vorliegen einer gewissen Ablenkung die Beschwerden „signifikant weniger ausgeprägt“ seien (act. II 135 S. 3). Wenn die Gutachterin der MEDAS deshalb auf eine bewusstseinsnahe Übertreibung der körperlichen Symptome schloss (act. II 125.6 S. 11), so erweist sich dies mit den Feststellungen der übrigen Gutachter, aber auch mit der restlichen Aktenlage als konkordant.

**3.4.5** Dass sodann aufgrund der in der Beschwerde erwähnten „Micro-bleeds“ (vgl. S. 5) in neurologischer Hinsicht keine weiteren Abklärungen vorgenommen wurden, ist nicht zu beanstanden, nachdem in den Akten keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass diesem Befund für die geklagten Beschwerden eine Bedeutung zukommen könnte. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer erwähnten Schulterbeschwerden sowie Zitteranfälle und Lähmungserscheinungen ist entscheidend, dass hierfür trotz wiederholten Abklärungen ein neurologisches (oder anderweitig organisches) Korrelat nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist. Wie schon der Neurologe PD Dr. med. M.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 22. August 2017 (vgl. act. II 82 S. 3 f.), so erachtete auch der neurologische Gutachter der MEDAS die Beschwerden in ihrer Gesamtheit als im Wesentlichen funktionell bedingt (act. II 125.4 S. 7). Die Gutachter haben denn auch auf neurologischem Gebiet keine zusätzlichen Abklärungen für notwendig erachtet (act. II 125.1 S. 11). PD Dr. med. M.\_\_\_\_\_ riet von weiteren Untersuchungen sogar ausdrücklich ab, weil dadurch das somatische Krankheitsverständnis des Beschwerdeführers nur weiter zementiert und einer Genesung im Wege stehen würde (act. II 82 S. 4). Im Übrigen kann auf das in E. 3.4.2 vorne Dargelegte verwiesen werden.

**3.4.6** Im Weiteren – und entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung (Beschwerde, S. 6) – erweist sich die im Gutachten der MEDAS erfolgte Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Lichte der in den Telexpertisen erhobenen Befunde als schlüssig und nachvollziehbar. Dass in

Bezug auf die angestammte Tätigkeit als ... eine 80%ige, für eine den Leiden angepasste, leichte körperliche Tätigkeit jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde (act. II 125.1 S. 10 f.), leuchtet denn auch ein, ist es doch nachvollziehbar, dass sich die von den Gutachtern festgestellte verminderte Belastbarkeit des Körpers (S. 10) in einer leichten Tätigkeit in geringerem Ausmass leistungsmindernd auswirkt als auf dem .... Schliesslich erwiesen sich die geltend gemachten funktionellen Beeinträchtigungen dem Dargelegten zufolge als medizinisch nicht (hinreichend) erklärbar, so dass – entgegen dem Beschwerdeführer – auch das von den Gutachtern formulierte, wenige Einschränkungen beinhaltende Zumutbarkeitsprofil nachvollziehbar und hinreichend begründet ist. Dabei kann mit Blick auf das Ergebnis (vgl. E. 4.3 hinten) offen bleiben, ob die von den Experten allein beispielhaft genannten Tätigkeiten in der Abfallsortierung und am Fließband – wie der Beschwerdeführer moniert (Beschwerde, S. 6 f.) – dem Zumutbarkeitsprofil widersprechen, da auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt so oder anders genügend zumutbare Arbeitsmöglichkeiten bestehen.

**3.5** Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus den Vorbringen des Beschwerdeführers konkrete Indizien (vgl. E. 3.2.2 vorne), welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der MEDAS vom 30. April 2019 sprechen. Der Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt, womit es keiner weiteren Abklärungen bedarf.

**3.6** Gestützt auf das Gutachten der MEDAS besteht sowohl in somatischer wie auch in psychischer Hinsicht in Bezug auf eine den Leiden angepasste leichte körperliche Tätigkeit ohne zeitliche Belastung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 125.1 S. 10 f.). Dies gilt mit Blick auf die im Verlauf im Wesentlichen unverändert gebliebene Natur des geklagten Beschwerdebildes überwiegend wahrscheinlich auch für den Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns per Dezember 2017 (act. II 1 S. 11; Art. 28 Abs. 1 lit. b und 29 Abs. 1 IVG), zumal die Gutachter auch rückwirkend die seitens der behandelnden Ärzte attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigten respektive nachvollziehbar festhielten, dass abgesehen von den hospitalisationsbedingten Unterbrüchen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer an-

gepassten Tätigkeit bereits drei Monate nach dem Unfall zu attestieren sei (act. II 125.1 S. 7). Indem es in psychischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit zu validieren gilt, hat schliesslich auch kein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418 zu erfolgen (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228; Entscheid des BGer vom 5. September 2019, 8C\_270/2019, E. 4.2.3).

Basierend auf diesen Grundlagen ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

#### **4.**

**4.1** Wie in E. 3.6 hiavor dargelegt, liegt der frühest mögliche Rentenbeginn im Dezember 2017. Dabei kann offen bleiben, ob das Wartejahr (vgl. E. 2.2 vorne) mit Blick auf die Einschätzungen der Gutachter der MEDAS zur retrospektiven Entwicklung der Arbeitsfähigkeit (act. II 125.1 S. 7) überhaupt erfüllt ist.

**4.2** Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin hat beide Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) basierend auf den Werten der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt, was im Lichte der höchstrichterlichen Praxis grundsätzlich zulässig (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30 [mit Bezug auf das Valideneinkommen] und BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297 [mit Bezug auf das Invalideneinkommen]) und auch vorliegend nicht zu beanstanden ist.

Hinsichtlich des Valideneinkommens folgt aus den Akten, dass der Beschwerdeführer die vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit als ... erst seit kurzer Zeit inne hatte (act. II 42 S. 2) und es sich überdies um eine temporäre Anstellung handelte. Auch für die Zeit davor sind keine längerdauernden Beschäftigungsverhältnisse aktenkundig (vgl. act. II 14). Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf die fehlende berufliche Ausbildung des Beschwerdeführers (act. II 1 S. 5) legte die Beschwerdegegnerin dem Valideneinkommen – entgegen der beschwerdeweise vertretenen Auffassung (S. 7 f.) – zu Recht den Wert Total von Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, zugrunde.

Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls statistische Werte gemäss LSE zu berücksichtigen, wobei mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.6 vorne) auf dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen abzustellen ist. Aufgrund des breiten Spektrums verbleibender Einsatzmöglichkeiten ist nach allgemeiner Lebenserfahrung davon auszugehen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt genügend Tätigkeiten bietet, welche dem nicht restriktiv formulierten medizinischen Zumutbarkeitsprofil entsprechen.

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (von hier 0%) unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn von angemessenen 10% (act. II 133 S. 1; Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C\_358/2017, E. 2.2), womit der Beschwerdeführer (bei einem Invaliditätsgrad von 10%) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne). An diesem Ergebnis änderte sich auch nichts, wenn mit dem Beschwerdeführer von einem „höheren als nur“ einem 10%igen (Beschwerde, S. 7), jedoch rechtsprechungsgemäss auf maximal 25% beschränkten Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301) ausgegangen würde.

**4.4** Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

## 5.

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin Dr. jur. E. \_\_\_\_\_ 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.