

200 21 275 IV  
SCP/BRO/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 27. Juli 2021**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Brunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. März 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juni 2006 unter Hinweis auf chronische Kopfschmerzen und eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach Vornahme erwerblicher und medizinischer Abklärungen samt Einholung eines psychiatrischen sowie neurologischen Gutachtens (AB 39 f.) gewährte die IVB dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 43) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 41) mit Verfügung vom 6. September 2007 (AB 45) einen Rentenanspruch. Diese Verfügung blieb unangetroffen.

Im September 2019 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 54), wobei er auf eine „Fehloperation“, zunehmende kaum aushaltbare Schmerzen in der rechten Leiste und in der Lendenregion sowie begleitende psychische Folgeprobleme (Depression, Angst, Schmerzen, Schlaflosigkeit etc.) hinwies (AB 54 S. 6 Ziff. 6.1). In der Folge tätigte die IVB erneut medizinische und erwerbliche Abklärungen; insbesondere veranlasste sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 78 S. 4 f.) eine polydisziplinäre Begutachtung bei der C.\_\_\_\_\_ GmbH (MEDAS; Gutachten vom 1. Dezember 2020; AB 98.1 ff.). Gestützt darauf verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 99, 101) mit Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) bei einem Invaliditätsgrad von 19 % einen Rentenanspruch.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_ AG, mit Eingabe vom 16. April 2021 Beschwerde. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung vom 05.03.2021 sei aufzuheben.
2. Herrn A.\_\_\_\_\_ seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

3. Eventualiter sei das Verfahren zur Durchführung der erforderlichen Abklärungen und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 1. Juni 2021 ging eine unaufgeforderte Eingabe des Beschwerdeführers beim Gericht ein. Mit Schlussbemerkungen vom 2. respektive vom 16. Juli 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Am 19., 20. sowie 23. Juli 2021 gingen drei durch den Beschwerdeführer unterzeichnete Eingaben und weitere Unterlagen beim Gericht ein. Diese Eingaben liess der Beschwerdeführer in Kopie auch der Beschwerdegegnerin zukommen, wie sich aus der Weiterleitung vom 26. Juli 2021 ergibt.

### **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 grundsätzlich einzutreten (vgl. jedoch E. 1.2 hiernach).

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Nicht Teil des Anfechtungsobjekts bilden berufliche Massnahmen. Soweit der Beschwerdeführer solche beantragt (Beschwerde S. 7 Ziff. II lit. C), ist darauf vorliegend nicht einzutreten (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164).

**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** Der Beschwerdeführer macht vorab in formeller Hinsicht eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend (Beschwerde S. 4 Ziff. II lit. C). Er bringt sinngemäss vor, weil er zum Zeitpunkt seiner Einwände anwaltlich nicht vertreten gewesen sei, hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund seines Hinweises, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, weitere Abklärungen vornehmen müssen. Es sei offensichtlich, dass er seine Rechte nicht selber abschliessend wahrnehmen können. Demnach wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, bei den behandelnden Ärzten nochmals nachzufragen.

**2.2** Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Der in Art. 29 Abs. 2 BV garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt dem Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise beizubringen, mit solchen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Dem Mitwirkungsrecht entspricht die Pflicht der

Behörden, die Argumente und Verfahrensanträge der Parteien entgegenzunehmen und zu prüfen, sowie die ihr rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1 S. 127; SVR 2016 BVG Nr. 6 S. 23 6.1.1).

**2.3** Der vom Beschwerdeführer in seinen Einwänden vom 2. Februar 2021 (AB 101 S. 1) in Aussicht gestellte Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_, welcher eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes belegen sollte, wurde bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) – und auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren – vom Beschwerdeführer nicht nachgereicht. Der Beschwerdeführer präsentierte sich bereits anlässlich der Begutachtung vom 19. Oktober 2020 als vollumfänglich nicht mehr arbeitsfähig (AB 98.4 S. 3 Ziff. 3.2.6), womit die Beschwerdegegnerin, nachdem der Beschwerdeführer keine neuen Arztberichte eingereicht hatte, zu Recht in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) davon ausgehen durfte, dass sich mit Bezug auf das Beweisthema der Arbeitsfähigkeit keine neuen Erkenntnisse ergeben werden. Im Übrigen ist auch den jüngsten Berichten der behandelnden Ärzte (act. I 3 ff.; act. IA 3 ff.) keine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu entnehmen. Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 14. Juni 2021 (act. IA 7) explizit aus, die vom Beschwerdeführer nach wie vor beschriebenen Schmerzen schienen sich im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2019 nicht wesentlich ausgeweitet zu haben (act. IA 7 S. 1). Soweit sich der Beschwerdeführer auf seine rechtliche Unerfahrenheit beruft, ist überdies darauf hinzuweisen, dass es dem Versicherten offenbar bekannt war, dass er die von ihm behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustandes mittels Arztberichts zu belegen hatte, stellte er doch den Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ in Aussicht.

Die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs erweist sich damit als unbegründet.

### 3.

**3.1** 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).

**3.2** 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).

**3.3** 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 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.

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, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

**3.4** 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).

### **3.5**

**3.5.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**3.5.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt,

um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**3.5.3** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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

**3.5.5** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**3.6** 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 ha-

ben. 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ferner kann die Frage, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 6. September 2007 (AB 45) und der hier angefochtenen Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) in gesundheitlicher Hinsicht ein Revisionsgrund eingetreten ist (vgl. E. 3.5.3 f. hiervor), ohne Weiteres bejaht werden. Denn mindestens im Bereich der rheumatologischen Befundlage (vgl. E. 4.2.1 und E. 4.2.10 hiernach) ist eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Folglich ist der Rentenanspruch vorliegend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 3.5.5 hiervor).

**4.2** Bezüglich des medizinischen Sachverhalts sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (AB 103) in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**4.2.1** Aufgrund bestehender Schmerzen in beiden Ellenbogen und Unterarmen sowie zervikocephalen und lumbosakralen Beschwerden wurde der Beschwerdeführer Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, zugewiesen. In seinem Bericht vom 19. Dezember 2012 (AB 62 S. 49 f.) stellte dieser folgende Diagnosen (AB 62 S. 49):

- Epicondylalgia humeri lateralis bds
- Panvertebrales, zerviko-cephal-/thorakalbetontes Schmerzsyndrom
  - Degenerative Veränderungen

- Myofasziale Komponente
- Muskuläre Dysbalance
  - St. n. HWS-Trauma 1996

Differentialdiagnostisch ergäben sich keine Hinweise für eine Systemaffektion oder ein radikuläres Reizsyndrom. Die Beschwerden seien mechanisch-statistisch bedingt (AB 62 S. 50).

**4.2.2** Wegen Hodenschmerzen nach stumpfem Hodentrauma am 7. September 2016 (AB 73.32) wurde der Beschwerdeführer auf dem Notfall des Spitals F.\_\_\_\_\_ vorstellig. Im Bericht vom 11. September 2016 (AB 62 S. 44 ff.) stellten die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (AB 62 S. 44):

- Hodenschmerzen rechts nach stumpfem Hodentrauma
  - Begleitepididymitis rechts
- V. a. asymptomatische Leistenhernie inguinal rechts
  - DD Schmerzen im Rahmen des Traumas
- Nebendiagnose: Erektile Dysfunktion

**4.2.3** Infolge persistierender Leistenschmerzen rechts (AB 62 S. 25) erfolgte am 27. Juni 2018 eine Leistenhernienoperation. Im Operationsbericht vom 2. Juli 2018 (AB 62 S. 21 f.) stellten die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (AB 62 S. 21):

1. Symptomatische Inguinalhernie rechts
2. Penicillin- und Metamizol-Allergie
3. St. n. stumpfem Hodentrauma mit Begleitepididymitis rechts 09/2016
4. St. n. laparoskopischer Cholezystektomie
5. Verdacht auf Refluxösophagitis
6. Angioödem mit Lippenanschwellung und Dyspnoe 10 Std. nach Diclofenac-Einnahme
  - im Hauttest keine Sensibilisierung

**4.2.4** Am 15. Juli 2018 wurde der Beschwerdeführer auf der Notfallstation des Spitals G.\_\_\_\_\_ vorstellig. Im Bericht vom 15. Juli 2018 (AB 62 S. 53) hielten die Ärzte fest, der Patient berichte über Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden, epigastrische Schmerzen und Schmerzen inguinal im Bereich des Operationsgebietes nach TAPP rechts vor gut zwei Wochen. Alle Beschwerden hätten nach der Operation begonnen (AB 62 S. 53). Die Ärzte legten sodann dar, aufgrund der Diskrepanz der Klinik und Anamnese sowie der diffusen Oligosymptomatik (Spannungskopfschmer-

zen, Reflux, Miktionsbeschwerden) sei am ehesten an eine reaktive depressive Episode nach Arbeitsplatzverlust zu denken (AB 62 S. 54).

**4.2.5** Im Bericht vom 11. Oktober 2018 (AB 62 S. 16 f.) hielten der Operateur Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, sowie Dres. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, und J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, fest, der Patient berichte über weiterhin bestehende rechtsseitige Schmerzen im Bereich der Leistenregion, welche vor allem nach Aufstehen und nach längeren stehenden Tätigkeiten sowie beim Heben schwerer Lasten aufträten und vom Hoden bis in die rechte Flanke ausstrahlten. Eine erneute Vorwölbung im Inguinalbereich könne nicht festgestellt werden. Hierzu legten die Ärzte dar, die Schmerzsymptomatik könnte von einer Nervenirritation nach TAPP auf der rechten Seite im Juni herrühren (AB 62 S. 17).

**4.2.6** Nach weiteren klinischen, bildgebenden und labordiagnostischen Untersuchungen (AB 62 S. 13 f. und S. 18 ff.) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, in seinem Bericht vom 16. Oktober 2018 (AB 62 S. 12) fest, sämtliche Befunde seien absolut beruhigend. Es gebe keine pathologischen Befunde, welche die Schmerzen erklären könnten.

**4.2.7** Aufgrund psychischer Probleme ist der Beschwerdeführer seit Juli 2018 bei Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrischer Behandlung. In seinem Bericht vom 2. Februar 2019 (AB 62 S. 10 f.) diagnostizierte dieser eine Angst- und Panikstörung (ICD-10 F41.9, F41.0) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; AB 62 S. 11). Der Patient sehe sich seit der Verabreichung von Novalgin im Spital F.\_\_\_\_\_ im Juni 2018, trotz Wissen über seine Unverträglichkeit, endgültig und tiefgreifend in seinen Charaktereigenschaften und seiner Leistungsfähigkeit verändert. Er habe einen völligen Vertrauensverlust dem Spital und den Ärzten gegenüber erlitten. Der Patient führe seine Angst und Panikstörung sowie die vom Hausarzt anerkannte Depression auf dieses Ereignis zurück (AB 62 S. 10 unten). Unter Berücksichtigung der autoanamnestischen Angaben des Patienten dürfte die erlebte heftige allergische Reaktion nach Verabreichung von Novalgin im Spital F.\_\_\_\_\_ Ende Juni 2018 als auslösender Faktor für den Krankheitsausbruch, zumindest in der zu Beginn der Behandlung präsentierten Ausprägung, angenommen werden, wobei der psychi-

sche/psychopathologische Zustand des Patienten vor Juni 2018 nicht mit absoluter Sicherheit beurteilt werden könne. Gestützt auf die autoanamnestischen Angaben im Rahmen der psychiatrischen Exploration lasse sich mit hoher Wahrscheinlichkeit vermuten, dass der Patient vor dem Vorfall im Spital F.\_\_\_\_\_ Ende Juni 2018 nie unter einem so hohen Leidensdruck wie seither gelitten habe (AB 62 S. 11).

**4.2.8** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2019 (AB 76 S. 2 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt (AB 76 S. 2):

1. Chronische Schmerzen inguinal rechts mit/bei
  - St. n. Laparotomie Leistenhernie (TAPP) rechts am 27.06.2018
2. Novalgin-Allergie
  - Allergische Reaktion Typ 1 nach Gell und Coombs, Stad. III nach versehentlicher Novalgin-Gabe 27.06.2018
  - Adrenalin 1 mg i.m., Tavegyl 2 mg und Solu-Medrol 125 mg i.v.
3. Penicillin-Allergie
4. Nebendiagnosen
  - 1) St. n. laparoskopischer Cholezystektomie
  - 2) St. n. stumpfem Hodentrauma mit Begleit-Epididymitis rechts 09/2016
  - 3) Verdacht auf Refluxösophagitis

In der schmerztherapeutischen Beurteilung wurde dargelegt, die vom Patienten geschilderten Beschwerden in der Leiste rechts würden als sekundäre chronische Schmerzen interpretiert, die nach einer laparoskopischen Leistenhernienoperation mit Netzimplantation rechts am 27. Juni 2018 aufgetreten seien und die mit gemischt neuropathisch-nozizeptivem Charakter imponierten. Der niedrige Algopeg-Score ergebe keine Hinweise auf eine zentrale Schmerzsensibilisierung. Die Alltagsbelastung sei mittlerweile als erheblich einzustufen und spiegle sich auch im erhöhten Beeinträchtigungsscore wider. Die erhöhten Werte des Katastrophisierungsscores wiesen auf mittlerweile insuffiziente Coping-Strategien zur Schmerzbewältigung hin. Bei erhöhtem Beck-Depression-Inventory (Fast Screen) gäbe es zudem Hinweise auf eine mittelschwere Depression (AB 76 S. 2). In der psychosomatischen Beurteilung wird sodann festgehalten, der Patient habe im Anschluss an eine Leistenhernienoperation rechts im Juni 2018 ein in Bezug auf Stärke zunehmendes, therapieresistentes und sich mittlerweile zum Unterbauch rechts sowie auch in die Lendenregion rechts ausweitendes chronisches Schmerzsyndrom, wahrscheinlich primär neuropathischer Genese, entwickelt. Die Schmerzen seien äusserst gering moduliert und

vielfältige Interventionen sowie Medikamente hätten zu keiner Besserung geführt. Der Patient sei dabei offensichtlich verzweifelt und verstehe nicht, weshalb ihm die Ärzteschaft nicht helfen könne. Auffällig sei, dass eine grosse, im Verlauf des Gespräches immer heftiger und vorwurfsvoller nach Aussen getragene Kränkung gezeigt werde, verbunden mit einer ebenso emotional aufgeladenen Anklage und Unzufriedenheit. Hier zeige sich wohl die Frustration, die durch die Chronizität der Schmerzen und das Leiden bedingt sei, aber wohl auch eine Art Lebenskränkung, befeuert von grosser Enttäuschung. Diese Grundstimmung dürfte sich wiederum auf das Schmerzempfinden negativ auswirken (AB 76 S. 2 unten und S. 3 oben).

**4.2.9** Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Februar 2020 (AB 68) ein massives Schmerzsyndrom in der rechten Leiste nach der Leistenhernienoperation (Juni 2018) sowie eine Anpassungsstörung mit langer depressiver Reaktion, mindestens mittel- bis schwergradige Ausprägung (unter Berücksichtigung der Ausprägung müsse die depressive Störung als eigenständige Krankheit betrachtet werden) seit Juni 2018 (ICD-10 F32.2; AB 68 S. 3 Ziff. 2.5). Der Patient sei seit dem 24. Juli 2018 bis auf Weiteres voll arbeitsunfähig (AB 68 S. 2 Ziff. 1.3) und die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei ausgesprochen ungünstig (AB 68 S. 4 Ziff. 2.7).

**4.2.10** Im polydisziplinären Gutachten vom 1. Dezember 2020 (AB 98.1 ff.) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 89.1 S. 8 Ziff. 4.2 lit. a):

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
2. Intermittierendes thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8)
  - ausgeprägte Wirbelsäulenfehlhaltung mit deutlich betonter langgezogener thorakaler Kyphose, konsekutiv HWS- sowie Schultergürtelprotraktionsfehlhaltung
  - radiomorphologisch im 2012 Nachweis von Spondylarthrosen der unteren HWS sowie Spondylosen und Spondylarthrosen zwischen L5-S1
  - Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen

Zudem stellen die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 98.1 S. 8 f. Ziff. 4.2 lit. b):

1. Chronisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2)
2. Persistierende Leistenschmerzen/Hodenschmerzen rechts mit/bei (ICD-10 R10.3)
  - Zustand nach stumpfem Hodentrauma mit Begleitepididymitis 09/2016 (ICD-10 N45.9)
  - Status nach Laparotomie Leistenhernie am 27.06.2018 rechts
  - Schmerzsyndrom weder urologisch, neurologisch noch rheumatologisch erklärbar
  - konventionell radiologisch im Becken-Übersichtsbild vom 19.10.2020 keine Hinweise für eine beginnende Coxarthrose rechts
3. Hochgradiger Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
  - bis anhin keine medikamentöse Behandlung
4. Präadipositas (ICD-10 E66)
  - BMI 29 kg/m<sup>2</sup>
5. Polyallergien (ICD-10 Z88)
  - Metamizol, Diclofenac, Penicillin, Paracetamol

In der bisherigen Tätigkeit als .../... bestehe seit Juni 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.6). Idealerweise sollte der Explo- rand eine wechselbelastende berufliche Tätigkeit ausüben können. Ver- mieden werden sollten monotone, stereotype Rotationsbewegungen der BWS und LWS sowie Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder - rückhalteposition. Weder in Bezug auf manuelle berufliche Tätigkeiten noch in Bezug auf die Gehfähigkeit bestünden Einbussen, sodass grundsätzlich vielfältige berufliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft vorstellbar seien. Das Heben und Tragen von Lasten sollte auf maximal 15 bis selten 20 kg bis zur Taille und auf maximal 10 bis selten 15 kg über der Taille limitiert werden (AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.7.1). In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe bei einer möglichen Präsenz von sieben bis acht Stunden am Tag und einem leicht erhöhten Pausenbedarf eine 80%ige Arbeits- und Leis- tungsfähigkeit (AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.7.2 ff.). Zur Begründung der Arbeits- fähigkeit hielten die Experten fest, die aus psychiatrischer und rheumatolo- gischer Sicht postulierten Einschränkungen (20%ige [AB 98.4 S. 7 Ziff. 8.1.3] bzw. 10%ige [AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.2.3] Arbeitsunfähigkeit) ergänzten sich und seien daher nicht zu addieren, denn es könnten die gleichen Zeit- abschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden (AB 98.1 S. 11 Ziff. 4.8).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Oktober 2020 (AB 98.4) stellte med. pract. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10

F45.4; AB 98.4 S. 5 Ziff. 6.1). Der Explorand befinde sich zwar in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, welche alle zwei bis vier Wochen stattfinde, eine suffiziente psychopharmakologische Behandlung mit einer schmerzdistanzierenden Komponente finde jedoch nicht statt. Diesbezüglich sei erwähnenswert, dass nur eine geringe Compliance bezüglich einer Medikamenteneinnahme bestehe. Aufgrund der Massivität der geschilderten Beschwerden und der Fokussierung darauf sei von einer weiteren Chronifizierung der Schmerzstörung auszugehen (AB 98.4 S. 6 Ziff. 7.2). In der Untersuchung hätten sich erhebliche Tendenzen zur Aggravation und Verdeutlichung von Beschwerden gefunden. Der Explorand schildere sich als massiv eingeschränkt und fühle sich unfähig, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Es bestünden erhebliche selbstlimitierende Tendenzen mit einer negativistisch und pessimistisch geprägten Grundhaltung (AB 98.4 S. 6 Ziff. 7.3.1). Aus psychiatrischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit angepasst. Bei einer möglichen Anwesenheit von täglich acht Stunden bestehe eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Einschränkung sei damit zu begründen, dass der Explorand gedanklich vollkommen auf die Schmerzsymptomatik in der Leiste fokussiert sei und eine äusserst selbstlimitierende und pessimistische Grundhaltung habe (AB 98.4 S. 7 Ziff. 8.1 f.).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 19. Oktober 2020 (AB 98.5) legte Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, dar, beim Exploranden bestehe eine erhebliche Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung und bereits acht Jahre zuvor sei eine leicht ausgeprägte degenerative zervikale und lumbale Veränderung der Achsenkette dokumentiert worden. Für die chronifizierten und komplett therapieresistenten inguinalen Beschwerden rechts bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates kein somatisches Korrelat (AB 98.5 S. 7 Ziff. 7.4). Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 70%ige ganztätig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.1.3). Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeit bestehe eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.2.4).

Sodann führte der urologische Gutachter aus, anamnestisch bestünden Hoden-, Leisten- und Unterbauchschmerzen rechts. Die sonographischen Untersuchungsbefunde sowie der Urinstatus seien jedoch unauffällig. Auch bei der klinischen Untersuchung seien die Schmerzen in der Leiste rechts und am Nebenhodenkopf rechts wenig wegweisend, so könne ein deutlicher Druck mit dem Ultraschallkopf auf den rechten Hoden ausgeübt werden. Die angegebenen Schmerzen könnten vorhanden sein, jedoch habe kein korrelierender Untersuchungsbefund gefunden werden können. Obwohl der Explorand berichtet habe, er könne sich nicht bücken, habe das Entkleiden in der Untersuchung im freistehenden Raum ohne Abstützung auch in gebückter Haltung flüssig stattgefunden (AB 98.7 S. 5 Ziff. 7.4). Aus urologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (AB 98.7 S. 6 Ziff. 8.1.2).

Im neurologischen Teilgutachten vom 19. Oktober 2020 (AB 98.6) hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fest, bei der klinischen Untersuchung habe sich keine Hyperpathie oder gar Allodynie gefunden. Die Region könne problemlos berührt werden, lediglich bei Druck gebe der Explorand Schmerzen an. Bei Fehlen eines neurologischen Ausfalls könne der Schmerz somit nicht als neuropathisch gewertet werden, auch wenn entsprechende Komplikationen mit Verletzung lokaler Nerven im Zusammenhang mit Leistenhernienoperationen nicht so selten seien. Hierfür wäre aber die Ausstrahlung nach oben nicht segmental bis zu den Rippen ungewöhnlich. Aus neurologischer Sicht könnten die Schmerzen des Beschwerdeführers nicht zugeordnet werden (AB 98.6 S. 6 Ziff. 7.1). Konsistenz und Plausibilität seien insofern gegeben, als keine Anhaltspunkte für eine Aggravation vorlägen. Es bestehe aber eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden, den Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den klinisch objektivierbaren Befunden. Es sei von einer Schmerzfehlerverarbeitung auszugehen (AB 98.6 S. 7 Ziff. 7.3.1). Aus neurologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit (AB 98.6 S. 7 Ziff. 8.1).

Letztlich führte der internistische Gutachter aus, das inguinale Schmerzsyndrom sei aus internistischer Sicht nicht erklärbar. Im Übrigen würden weder die vorhandene arterielle Hypertonie, die Präadipositas noch die

Polyallergien die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (AB 98.3 S. 4 Ziff. 6.2 und S. 5 Ziff. 7.4).

**4.3** Nach Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 103) liess der Beschwerdeführer folgende Stellungnahme und Berichte einholen:

**4.3.1** Der Beschwerdeführer stellte sich am 26. März und am 9. April 2021 zur ambulanten Schmerzsprechstunde bei Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, vor (act. IA 5 S. 1, 6 S. 1). Beim ersten Termin erfolgte eine Infiltration der Nervi ilioinguinalis und iliohypogastricus (act. IA 5 S. 2).

Dr. med. P.\_\_\_\_\_ legte in seinem Bericht vom 9. April 2021 (act. IA 6) dar, nach der Infiltration der Nervi ilioinguinalis und iliohypogastricus rechts sei es, soweit sprachlich beurteilbar, zu einer prolongierten Wirkung des Lokalanästhetikums mit Linderung der Schmerzen gekommen, wobei eine genaue Quantifizierung nicht möglich sei. Diese Wirkung spreche für eine gewisse nozizeptive Quelle im Versorgungsgebiet dieser Nerven. Eine chirurgische Zweitmeinung sei indiziert und sei auch fürs Verständnis des Patienten wichtig. Nichtsdestotrotz bestehe eine schwere psychosomatische und psychosoziale Belastungssituation und der Patient brauche wohl dringend eine psychosomatische Betreuung und Unterstützung (act. IA 6 S. 1).

**4.3.2** In einer von der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers zum MEDAS-Gutachten (AB 98.1 ff.) eingeholten Stellungnahme vom 10. Mai 2021 (act. I 3) stellte der Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (act. I 3 S. 1 Ziff. 1):

- Massives Schmerzsyndrom in der rechten Leiste bei St. n. Leistenhernienoperation (Juni 2018); differentialdiagnostisch anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Mindestens mittelgradige depressive Störung anhaltenden Charakters

Zudem führte er aus, die von den Gutachtern postulierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % (vgl. AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.7.4) entbehre jeglicher Realität. Unter Berücksichtigung der Schmerzen sowie der funktionellen Einschränkungen müsse die Arbeitsunfähigkeit des Patienten als wesentlich höher angesehen werden. Diese Beurteilung beruhe auch auf einem unternommenen

Arbeitsversuch. Der Patient habe es beim Arbeitsversuch in einem ...unternehmen höchstens drei Stunden am Tag aushalten können (act. I 3 S. 1 Ziff. 2). Arbeiten, die mit der körperlichen Anstrengung insbesondere der Oberschenkel- und Beckenmuskulatur verbunden seien sowie mit Belastungen wie Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg über längere Zeit als zwei bis drei Stunden täglich, würden als durchaus ausgeschlossen erachtet. Die Schmerzen erhöhten die bereits durch die depressive Symptomatik bedingte Vulnerabilität deutlich. Die entsprechend reduzierte psychische Belastbarkeit führe zu zunehmendem Verlust von Arbeitstempo und Ausdauervermögen. Dadurch werde das zeitliche Limit von zwei bis drei Stunden täglich ergänzend erklärt (act. I 3 S. 1 f. Ziff. 3). Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht werde im Gutachten (vgl. AB 98.1 ff.) eine Würdigung der depressiven Symptome, die zweifelsohne bestünden, vermisst. Der aktuelle psychopathologische Befund zeige im Vergleich zu demjenigen im IV-Bericht vom 28. Februar 2020 (vgl. AB 68) höchstens eine geringfügige Besserung, wobei der Patient starke innere Spannungen präsentiere, die im emotional-affektiven Bereich durch deutliche Angst, gravierende Niedergeschlagenheit, Rat- und Hoffnungslosigkeit und im kognitiven Bereich durch deutliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite sowie perspektiven- und ausweglose Denkeinengungen geprägt seien. Wenn auch die depressive Symptomatik eher im Hintergrund der Schmerzbeschwerden stünden und sehr wahrscheinlich durch die persistierenden Schmerzen (mit)verursacht würden, müsse sie angesichts des Verlaufs als selbstständige psychische Störung angesehen werden (act. I 3 S. 2 Ziff. 4).

**4.3.3** Am 12. Mai 2021 unterzog sich der Beschwerdeführer einer weiteren Operation (diagnostische Laparoskopie, partielle Netzresektion inguinal rechts, peritonealer Verschluss). Im undatierten Operations- und Austrittsbericht (Hospitalisation vom 12. bis 14. Mai 2021; act. I 4) führte Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, aus, der Patient habe angegeben, dass nach der Netzimplantation die Beweglichkeit der rechten Leiste deutlich schlechter geworden sei. Er könne sich nicht mehr vornüberbeugen und auch das Abhocken bereite ihm Mühe. Weiter führt der Operateur aus, beide Bewegungen seien mit einer Dehnung des Musculus iliopsoas verbunden. Die Netzanteile könnten selten eine mechanische Irritation auslösen. Er habe dem Patienten im Vorfeld der Operation mitgeteilt, dass eine

Laparoskopie die letzte diagnostische Massnahme sei, um Veränderungen im Bereich des Netzlagers zu diagnostizieren, welche sich einer Bildgebung entzögen. Der Patient habe sich diese Massnahme gewünscht (act. I 4).

Im Bericht vom 7. Juli 2021 (act. IA 3) legte der Operateur unter anderem dar, aus Sicht der Leistenchirurgie sei der Patient seit dem 9. Juni 2021 wieder voll belastbar. Dies sei zwar annehmbar, aufgrund seiner chronischen Schmerzen jedoch wohl nicht möglich (act. IA 3).

**4.3.4** Oberarzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte in einem Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2021 (act. I 5) aus, der Patient sei am 1. Juni 2021 nochmals psychiatrisch/psychosomatisch untersucht und befragt worden (act. I 5 S. 1). Es sei davon auszugehen, dass beim Patienten ein Mischbild einerseits eines nozizeptiv/neuropathischen Schmerzbildes und andererseits einer psychischen Reaktion im Sinne einer depressiven Entwicklung und einer Stressreaktion vorliege. Dies würde auch den seelischen Zustand erklären. Zudem sei anzunehmen, dass eine gewisse Vorbelastung im Sinne von Risikofaktoren (Migration, schlechte Integration bei mässiger Sprachkompetenz, Ausüben-Müssen von meist unqualifizierten und sehr anstrengenden körperlichen Tätigkeiten) vorliege. In diese Richtung würden auch die chronischen Kopfschmerzen weisen (act. I 5 S. 2).

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

**4.4.1** 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).

**4.4.2** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**4.4.3** Wenngleich die angefochtene Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), sind insbesondere die seither verfassten Arztberichte in die Beurteilung miteinzubeziehen, sofern sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

**4.5** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 1. Dezember 2020 (AB 98.1 ff.). Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 4.4.1 f. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zu-

kommt und sich die eventualiter beantragten weiteren Abklärungen (Beschwerde S. 6 Ziff. II lit. C) erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4]). Die Beurteilungen der Gutachter sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen – inklusive Labor- und Röntgenuntersuchungen (AB 98.1 S. 5 Ziff. 2.2) – und wurden in Kenntnis der Vorakten (AB 98.2) sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten – soweit erforderlich – in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

**4.5.1** In Bezug auf die beklagte Schmerzsymptomatik in der Lendenregion und im Kopf stehen die Schlussfolgerungen des internistischen und urologischen Gutachters in Übereinstimmung mit denjenigen der behandelnden Spezialärzte. Keiner der behandelnden Ärzte konnte ein organisches Korrelat für die nach der Leistenhernienoperation vom 27. Juni 2018 (AB 62 S. 21) beklagten Beschwerden finden und Dr. med. K. \_\_\_\_\_ legte dar, sämtliche Blut-, Urin sowie Ultraschallbefunde seien absolut beruhigend. Es gebe keine pathologischen Befunde, welche die Schmerzen erklären könnten (AB 62 S. 12). Daran ändert die neuerliche Operation vom 12. Mai 2021 (act. I 4) nichts. Die Laparoskopie erfolgte zu diagnostischen Zwecken und die partielle Netzresektion, weil Netzanteile selten eine mechanische Irritation auslösen können. Ein organisches Korrelat, welches das Ausmass der beklagten Schmerzen erklären könnte, wurde weder im entsprechenden Operations- und Austrittsbericht (act. I 4) noch im Bericht des Operateurs vom 10. Mai 2021 (act. I 3) genannt. Im Übrigen ist der Beschwerdeführer aus Sicht der Leistenchirurgie seit dem 9. Juni 2021 wieder voll belastbar (act. IA 3).

Die Beurteilung des neurologischen Experten, wonach der Schmerz bei Fehlen eines neurologischen Ausfalls nicht primär neurogen sei, überzeugt ebenfalls. Insbesondere berücksichtigte er auch, dass Komplikationen mit Verletzungen lokaler Nerven im Zusammenhang mit Leistenhernienoperationen nicht selten sind (AB 98.6 S. 6 Ziff. 7.1). Soweit insbesondere

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine teilweise neuropathische Genese der Schmerzen ins Feld führte (AB 76 S. 3; act. I 5 S. 2), ist darauf hinzuweisen, dass es sich dabei einerseits um eine fachfremde und andererseits lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt, bei der sich die Untersuchungsergebnisse einer Erkrankung bloss vermuten lassen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 406).

**4.5.2** Kongruent zu der vorgenannten Einschätzung (vgl. E. 4.4.1 hiervor) konnte auch der rheumatologische Experte die inguinalen Schmerzen rechts rheumatisch-somatisch nicht erklären (AB 98.5 S. 5 Ziff. 6.2). Allerdings fanden sich in der rheumatologischen Untersuchung eine erhebliche Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung sowie bereits vor Jahren dokumentierte (vgl. AB 62 S. 49 f.) leicht ausgeprägte degenerative zervikale und lumbale Veränderungen am Achsenskelett (AB 98.5 S. 7 Ziff. 7.4). Aufgrund dieser Befunde sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit lediglich 70 % arbeitsfähig (AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.1.3). Idealerweise sollte er eine wechselbelastende berufliche Tätigkeit durchführen können. Vermieden werden sollten monotone stereotype Rotationsbewegungen der BWS und LWS sowie Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Einbussen in Bezug auf manuelle berufliche Tätigkeiten oder in Bezug auf die Gehfähigkeit bestünden nicht. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille sollte auf maximal 15 bis selten 20 kg und jenes über der Taille auf maximal 10 bis selten 15 kg limitiert werden (AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.2.1). In einer solchen Tätigkeit bestehe eine um 10 % reduzierte Leistungsfähigkeit zur Gewährung von Arbeitspausen (AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.2.3). Diese Beurteilung ist aufgrund des leicht ausgeprägten degenerativen Befundes an der Wirbelsäule nachvollziehbar und überzeugt. Eine höhere Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund des intermittierenden thorakolumbovertebralen Schmerzsyndroms wird von keinem der behandelnden Ärzte postuliert.

**4.5.3** Der psychiatrische Experte med. pract. M.\_\_\_\_\_ legte nach sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) erfüllt sind (AB

98.4 S. 5 Ziff. 6.1 und Ziff. 6.3; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233 f.). Zu erwähnen ist, dass auch im psychiatrischen Gutachten vom 15. Mai 2007 (AB 40) in Zusammenhang mit den damals beklagten Kopfschmerzen der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Sinne von psychogenen Kopfschmerzen genannt wurde (AB 40 S. 11; vgl. dazu auch E. 4.3.4 in fine hiervor [act. I 5 S. 2]). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. II lit. C) setzte sich med. pract. M. \_\_\_\_\_ mit der durch den behandelnden Psychiater Dr. med. L. \_\_\_\_\_ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1; AB 62 S. 11) auseinander und legte dar, im Rahmen der Untersuchung hätten keine Anhaltspunkte für eine *mittel-* oder gar *schwergradige* depressive Symptomatik bestanden (AB 98.4 S. 6 Ziff. 7.3.3). Die depressiven Symptome (die Stimmungslage zeigte sich streckenweise angespannt und teilweise in einer subdepressiven Weise herabgesetzt [AB 98.4 S. 4 Ziff. 4.3]) würden im Wesentlichen durch die psychosozialen Belastungen (unzureichende soziale Integration, unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache, keine Arbeitsstelle, schwierige finanzielle Situation [AB 98.4 S. 5 Ziff. 6.3]) ausgelöst und unterhalten. Dass der Gutachter diese Symptome im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung und nicht als eigenständige, von den psychosozialen Belastungsfaktoren verselbstständigte psychische Störung im Sinne einer depressiven Episode aufführte, überzeugte, erfolgten doch die Angaben des Beschwerdeführers zur Stimmungslage in offenkundiger Aggravation (AB 98.4 S. 6 Ziff. 7.3.1).

Ebenso überzeugt die aus Anamnese, Befund und Diagnose getroffene Einschätzung, wonach es dem Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht möglich sei, in seiner bisherigen Tätigkeit als ... und ..., welche eine angepasste Tätigkeit darstelle, acht Stunden am Tag anwesend zu sein, wobei seit der Operation im Juni 2018 (vgl. AB 62 S. 21 f.) eine 20%ige Leistungseinschränkung bestehe (AB 98.4 S. 7 f. Ziff. 8.1 f.). Soweit der Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsunfähigkeit aus den Berichten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (AB 62 S. 10 f., 68; act. I 3) abzuleiten versucht, kann dem nicht gefolgt werden, stellte doch dieser weitgehend unbesehen auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers ab, ohne zu berücksichtigen,

dass diese offensichtlich auf Aggravations- respektive Verdeutlichungstendenzen beruhen (AB 98.4 S. 6 Ziff. 7.3.1). Soweit Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. Mai 2021 (act. I 3) zudem die psychiatrische Beurteilung mit Bezug auf die ursprünglich angestammte Tätigkeit als ... in der ...- und ...branche kritisiert, ist dies im Übrigen bereits deshalb nicht zu hören, weil es sich hierbei bereits aus rheumatologischer Sicht nicht um eine optimal angepasste Tätigkeit handelt (vgl. AB 98.5 S. 7 f. Ziff. 8.1 f.).

**4.5.4** Letztlich überzeugt auch die interdisziplinäre Beurteilung, wonach in der bisherigen Tätigkeit seit Juni 2018 eine 70%ige (AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.6) und in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.7) bestehe. Schlüssig ist insbesondere, dass sich die psychiatrischen und rheumatologischen Einschränkungen nicht addieren, sondern ergänzen, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden können (AB 98.1 S. 11 Ziff. 4.8).

**4.6** Nach dem Dargelegten besteht gemäss dem beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 1. Dezember 2020 (AB 98.1 ff.) seit Juni 2018 in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.6) und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 80 % (idealerweise sollte der Beschwerdeführer eine wechselbelastende berufliche Tätigkeit durchführen können; vermieden werden sollten monotone, stereotype Rotationsbewegungen der BWS und LWS sowie Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder rückhalteposition und das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille sollte auf maximal 15 bis selten 20 kg sowie jenes über der Taille auf maximal 10 bis selten 15 kg limitiert werden [AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.7]).

Ob der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AB 98.4 S. 7 Ziff. 8.1 f.) – wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht (AB 103 S. 1; Beschwerdeantwort S. 4 f. Ziff. 15 ff.) – aus rechtlicher Sicht nicht zu folgen ist und demnach einzig die rheumatologischen Einschränkungen massgeblich sind, braucht mit Blick auf das Ergebnis – so oder anders resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 5.2 hiernach) – nicht geprüft zu werden. Da aus der Indikatorenprüfung ausserdem keine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren kann (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. September

2018, 8C\_241/2018, E. 7.5.2), ist eine solche vorliegend entbehrlich. Die in dieser Hinsicht erhobene Rüge (Beschwerde S. 5 Ziff. II lit. C) geht demnach an der Sache vorbei.

## **5.**

Der Status mit Erwerbstätigkeit von 100 % (vgl. AB 103 S. 1) ergibt sich aus den Akten und ist unbestritten, so dass der Invaliditätsgrad gestützt auf die festgestellte Arbeitsunfähigkeit anhand eines Einkommensvergleichs (vgl. E. 3.4 hiervor) zu ermitteln ist.

### **5.1**

**5.1.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

**5.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

**5.2** Hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens stellte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) für beide Vergleichseinkommen auf denselben Tabellenlohn gemäss den LSE ab (vgl. E. 5.1.1 f.) und berücksichtigte einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % (AB 103 S. 2). Das Abstellen auf denselben Tabellenlohn blieb vom Beschwerdeführer unbestritten und ist nicht zu beanstanden. Soweit der Beschwerdeführer aufgrund seines erhöhten Pausenbedarfs, seiner Schmerzen, seines Alters und seiner Herkunft jedoch einen höheren als den gewährten leidensbedingten Abzug geltend macht (Beschwerde S. 6 f. Ziff. II lit. C), kann ihm nicht gefolgt werden. Zum einen wurde der invaliditätsbedingten Leistungsfähigkeit bereits im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen. Zum anderen sind die geltend gemachten zusätzlichen Abzüge fürs Alter und die Herkunft nicht zu beachten, da die invaliditätsfremden Gesichtspunkte auch bei der Festsetzung des – ebenfalls statistisch erhobenen – Valideneinkommens

zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5).

Wird bei der Ermittlung des Invaliden- und Valideneinkommens auf denselben Tabellenlohn abgestellt, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Aufgrund des Ergebnisses kann – wie gesagt (vgl. E. 4.6 in fine hiervor) – offenbleiben, ob der Invaliditätsgrad vorliegend 19 % ( $100 \times 0.9$  [nur rheumatologische Einschränkung; AB 98.5 S. 8 Ziff. 8.2.3 f.]  $\times 0.9$  [leidensbedingter Abzug von 10 %; AB 103 S. 2]) oder 20 % ( $100 \times 0.8$  [Einschränkung gemäss MEDAS-Gutachten; AB 98.1 S. 10 Ziff. 4.7.4]) beträgt, besteht doch beim Abstellen auf das MEDAS-Gutachten kein Anlass mehr für einen Abzug vom Tabellenlohn, weil damit sämtliche persönlichen Umstände ihre vollumfängliche Berücksichtigung finden. Demnach besteht so oder anders ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (vgl. E. 3.3 hiervor).

**5.3** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 5. März 2021 (AB 103) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist demnach als unbegründet abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **6.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g

ATSG [Umkehrschluss]. Die Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
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):
  - B. \_\_\_\_\_ AG z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.