

200 21 280 IV und
200 21 281 IV (2)
KNB/RUM/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. März 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Rufenacht

A. _____
vertreten durch B. _____ AG, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 26. Februar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 14. November 2014 unter Mitwirkung der Krankentaggeldversicherung D._____ AG und unter Hinweis auf Schmerzen im Darm und Bauch bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen [AB] 1, 3.1). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und gewährte am 17. Februar 2015 ein Aufbautraining in der Abklärungsstelle E._____ in ... vom 4. Februar bis 3. Mai 2015 (AB 19). Aufgrund der Schmerzproblematik fühlte sich der Versicherte nicht in der Lage, an der beruflichen Massnahme teilzunehmen, weshalb diese per 28. Februar 2015 bzw. 9. März 2015 abgebrochen wurde (AB 29, 37). In der Folge schloss die IVB die beruflichen Massnahmen am 1. Dezember 2015 ab (AB 46). Im weiteren Verlauf liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (psychiatrisches Gutachten vom 11. Mai 2016 [AB 62.1]) und am 28. Juli 2016 informierte der Versicherte die IVB darüber, dass er einen Herzinfarkt erlitten hatte (AB 67). Bei Dr. med. G._____, Facharzt für Gastroenterologie, Spital H._____, liess die IVB zudem ein gastroenterologisches Gutachten erstellen (Expertise vom 9. März 2017 [AB 85.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 21. Februar 2018 einen Rentenanspruch (AB 95, 103, 106). Eine vom Versicherten am 9. April 2018 dagegen erhobene Beschwerde (AB 114) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. November 2018 gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese erstmals eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasse und anschliessend neu verfüge (VGE IV/2018/264; AB 128).

B.

In der Folge veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS I. _____ (MEDAS; Gutachten vom 2. August 2019 inkl. Teilgutachten [AB 164.1-164.6]). Zudem holte sie bei den psychiatrischen Diensten J. _____ einen Verlaufsbericht vom 16. März 2020 ein (AB 180). Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2020 stellte sie dem Versicherten bei einem IV-Grad von 57 % die Zusprache einer halben Rente ab 1. Mai 2015 in Aussicht (AB 185). Nach erhobenem Einwand (AB 192) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügungen vom 26. Februar 2021 rückwirkend ab dem 1. Mai 2015 eine halbe Rente zu (AB 194/1, 197 f.).

C.

Mit Eingabe vom 16. April 2021 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C. _____, Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügungen vom 26. Februar 2021 seien aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2015 und eine ganze Invalidenrente ab 1. Juni 2017, zu gewähren. Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Rente nach Gesetz, namentlich eine Dreiviertelsrente ab 1. Mai 2015, zu gewähren.

In der Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 Angefochten sind die Verfügungen vom 26. Februar 2021 (AB 197 f.), mit welchen dem Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 1. Mai 2015 eine halbe IV-Rente zugesprochen wurde. Streitig ist der Rentenanspruch. Unangefochten geblieben ist die "externe Verrechnung".

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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Bestimmungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtenen Verfügungen vor dem Inkrafttreten der IVG-Än-

derung vom 19. Juni 2020 datieren (AB 197 f.), ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.3.1 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).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.3.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.4

2.4.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung [vgl. E. 2.1 hiervor]) 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.

2.4.2 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). Der Einkommensvergleich 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; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

2.5 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; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten seit dem VGE IV/2018/264 (AB 128/17) im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 2. August 2019 (AB 161.1) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (AB 161.1/6-8):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Chronische Schmerzen des Abdomens
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41)
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, ohne somatische Symptome (ICD-10: F33.0/1)
4. Valvuläre Kardiopathie mit moderater bzw. mittelschwerer Aortenklappenstenose

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Verdacht auf transitorisch ischämische Attacke 2015
2. Verdacht auf beginnende sensible symmetrische Polyneuropathie der unteren Extremitäten, Genese unklar
3. Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom beidseits
4. Metabolisches Syndrom mit/bei Adipositas Grad I, Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Schlafapnoe ist seit mehreren Jahren bekannt, seit 2013 CPAP Therapie
5. Hyperurikämie unter Urikostatika
6. Primärer und sekundärer Hypogonadismus mit/bei unter Nebido-Substitution
7. Urticaria und Angioödem unklarer Ätiologie 01/2019
8. Prurigo Simplex subacuta an den Unterschenkeln, zusätzlich Kratzexkoriationen nach Insektenstichen
9. Status nach Erysipel am Unterschenkel
10. Koronare hypertensive und neu valvuläre Kardiopathie
11. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Metabolisches Syndrom

Der Beschwerdeführer leide an einem chronischen abdominellen Schmerzsyndrom nach multiplen abdominellen Eingriffen und habe eine erhebliche Schmerzsymptomatik entwickelt. Diese habe die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen begünstigt. Es sei davon auszugehen, dass die zahlreichen Eingriffe zu Verwachsungen und einer Schwächung der Bauchwand-Muskulatur geführt hätten, welche mitursächlich für die Schmerzsymptomatik seien. Komorbid habe sich eine depressive Erkrankung aufgrund der Dauer der Symptomatik entwickelt. Es könne aber auch von einer verminderten Schmerzverarbeitungsfähigkeit aufgrund der Depression ausgegangen werden. Kardiologischerseits sei eine koronare Herzkrankheit und neu eine Aortenklappenstenose diagnostiziert worden. Beide Krankheitsbilder neigten zu progredienter Verschlechterung, so dass die vorliegende kardiologische Begutachtung nur eine gegenwärtige Beurteilung sein könne (AB 161.1/5 f.)

Aus chirurgischer und allgemein-internistischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... (.../...). In einer körperlich leichten, dem Belastungsprofil entsprechend adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einschränkung bestehe aufgrund der verminderten Belastbarkeit des Beschwerdeführers und eines erhöhten Pausenbedarfs für die zahlreichen Toilettengänge mit nachfolgenden Krämpfen. Die Schmerzen und die depressive Symptomatik schränkten ihn in seiner Durchhaltefähigkeit auffallend ein. Kardiologischerseits bestehe aufgrund des in der gegenwärtigen Begutachtung beschriebenen Klappenbefundes eine Einschränkung hinsichtlich schwerer körperlicher Belastung (AB 161.1/8).

Der Beschwerdeführer sei in der Lage, wechselbelastete, körperlich leichte Arbeiten zu verrichten. Ausser Betracht fielen Tätigkeiten in Zwangshaltungen (gebückt, kauend) oder mit hohen Anforderungen an das Gleichgewicht. Es müsse sich um eine geregelte Tätigkeit ohne Zeitdruck handeln, mit der Möglichkeit fester Pausenzeiten und der Benutzung einer Toilette in unmittelbarer Umgebung. Die Leistungsfähigkeit sei durch die chronischen Schmerzen sowie durch die Stuhlgangproblematik und die häufige Benutzung der Toilette beeinträchtigt (AB 161.1/9).

Seit Beginn der abdominellen Problematik im Jahr 2013 bestehe in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. Die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten betrage 25 % (4.25 Stunden pro Tag, Leistungsfähigkeit 50 %). Im 2016 habe die Symptomatik, insbesondere aus psychiatrischer Sicht, eher zugenommen; es ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab etwa Mitte 2017 (der Zeitpunkt könne aufgrund der schleichenden Zunahme der Symptome nicht genau angegeben werden) und nicht bereits ab Mai 2016. Aus somatischer Sicht könne die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ab Oktober 2014 zugrunde gelegt werden. Zusammenfassend bestehe ab Oktober 2014 eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 % und ab 1. Juni 2017 von 25 % (AB 161.1/9 f.).

3.1.2 Im Verlaufsbericht vom 16. März 2020 der psychiatrischen Dienste J._____ wurde ein insgesamt unveränderter psychischer Gesundheitszustand und als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung, mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23), festgehalten. Es bestehe eine starke Belastung durch die seit 2013 vorhandenen Schmerzen und durch die teilweise auftretende Stuhlinkontinenz (beides führe zu einer starken Beeinträchtigung im Alltag). Als Folge der Belastung durch die körperlichen Beschwerden beständen Symptome wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, reduzierter Antrieb, Störungen des Affekts, Schlafstörungen und erhöhte Tagesmüdigkeit. Durch die psychiatrischen Dienste J._____ sei (aus psychiatrischer Sicht) keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Einschränkungen beständen aufgrund der körperlichen Beschwerden. Bezüglich des Zumutbarkeitsprofils solle man sich an die Hausärztin wenden (AB 180/1-6).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben,

warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.3 Das im Nachgang an VGE IV/2018/264 (AB 128) eingeholte Gutachten der MEDAS vom 2. August 2019 (basierend auf den Teilgutachten in chirurgischer, neurologischer, psychiatrischer, internistischer und kardiologischer Hinsicht [AB 161.1-161.6]) erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiervor). Die Feststellungen der Experten beruhen auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und erfolgten in Kenntnis der Vorakten. Die Ausführungen zur Befundlage sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem polydisziplinären Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Zum psychiatrischen Teilgutachten vgl. allerdings E. 3.5.1 nachfolgend.

In Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

3.4

3.4.1 Aufgrund einer rezidivierenden Sigma-Divertikulitis erfolgte im Juni 2013 eine Rektosigmoidresektion mit kompliziertem postoperativem Verlauf und mehreren chirurgischen Folgeeingriffen (AB 161.1/5; vgl. AB 85.1/5 f., 85/14, 58/7). In somatischer Hinsicht hat die internistische Gutachterin

aufgrund des aktenkundigen Krankheitsverlaufs und der Untersuchungsbefunde nachvollziehbar auf eine erschwerte Wundheilung mit rezidivierenden Sekundärinfekten und infizierten Hämatomen hingewiesen. Sie führte überzeugend aus, dass die zahlreichen Eingriffe beim Beschwerdeführer zu abdominellen Verwachsungen geführt haben, was zu Schmerzen führe (AB 161.5/11). Dies wird im chirurgischen Teilgutachten bestätigt (AB 161.2/7 Ziff. 6). Zudem schwächen die zahlreichen abdominellen Eingriffe mit wiederholten Narbenhernien, Revisionen und ausgeprägten Vernarbungen die Bauchwandmuskulatur, was gemäss internistischem Gutachten bei vermehrter Belastung schmerzverstärkend wirkt und zu neuen Narbenhernien führen kann. Entsprechend ist das Heben und Tragen von mittleren bis schweren Lasten (>10 kg) und damit die angestammte Tätigkeit als ...- und ... nachvollziehbar nicht mehr zumutbar (AB 161.5/11 f., 161.5/15 Ziff. 7.4). Weiter wurde aus internistischer Sicht die (bereits früher festgestellte und diagnostizierte [vgl. AB 85.1/15, 12/24]) funktionelle anorektale Entleerungsstörung im Sinne eines Low Anterior Resection-Syndroms mit einer Outlet Obstruktion bestätigt. Die zahlreichen imperativen Stuhlgänge (15-20 pro Tag) werden gemäss Gutachten von krampfartigen Schmerzen begleitet, sind belastend und einschränkend, auch weil der Beschwerdeführer durchgehend auf eine nahe Toilette angewiesen ist. Insgesamt benötigt er wegen der Erkrankung nachvollziehbar erheblich mehr Zeit zur Verrichtung der entsprechenden alltäglichen Lebensverrichtung, woraus mit Bezug auf eine Erwerbstätigkeit eine reduzierte Leistungsfähigkeit resultiert (AB 161.5/12).

Diese Einschätzungen der MEDAS-Gutachter stehen mit den Angaben im früheren gastroenterologischen Gutachten des Spitals H. _____ vom 9. März 2017 im Einklang. Bereits damals wurde "die Ausbildung eines chronisch anhaltenden, somatisch bedingten abdominellen Schmerzsyndroms im vorliegenden kompliziert verlaufenden Fall mit mehrfachen Revisionsoperationen und insgesamt zumindest acht viszeralchirurgischen Eingriffen" als nachvollziehbar bezeichnet (AB 85.1/14). Betreffend die funktionelle anorektale Entleerungsstörung wurde ebenfalls auf eine verlängerte, erschwerte und schmerzhafte Entleerung, auf das Gefühl einer unvollständigen Entleerung sowie auf einen häufigen Stuhldrang hingewiesen (AB 85.1/15).

Nach dem Dargelegten ist aufgrund des voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass ein Teil der geklagten Beschwerden Folge einer Defektheilung nach der Operation einer Sigma-Divertikulitis und mehreren Revisionseingriffen sowie einer seither bestehenden anorektalen Entleerungsstörung ist. Die Gutachter haben aus chirurgischer und allgemein-internistischer Sicht schlüssig festgehalten, dass namentlich wegen der Gefahr erneuter Narbenhernien Lasten von mehr als zehn Kilogramm und damit die angestammte, überwiegend schwere Arbeit als ... von ... und ... nicht mehr zumutbar ist. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit erweist sich zufolge der verminderten Belastbarkeit aufgrund der Schmerzen und des erhöhten Zeit- und Pausenbedarfs eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % als nachvollziehbar begründet (AB 161.1/8 Ziff. 4.3, 161.2/10 ff. Ziff. 7.4 und 8, 161.5/15 f. Ziff. 7.4 und 8).

3.4.2 Die weiteren somatischen Diagnosen schränken die Arbeitsfähigkeit gemäss Gutachten nicht zusätzlich ein.

In neurologischer Hinsicht bestätigte die Gutachterin zwar die – erstmals 2015 im Zentrum K._____ postulierten (AB 52, 152/4) – Verdachtsdiagnosen einer transitorisch ischämischen Attacke im Jahr 2015, einer beginnenden sensiblen symmetrischen Polyneuropathie der unteren Extremitäten unklarer Genese und eines beidseitigen Karpaltunnelsyndroms (AB 161.3/7 f.). Eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit hat die neurologische Gutachterin mangels entsprechend ausgeprägter Befunde jedoch nicht festgehalten (AB 161.3/10 f.), was ohne weiteres nachvollzogen werden kann. Aus den weiteren Akten ergibt sich nichts anderes; namentlich haben sich die Ärzte des Zentrums K._____ weder zu allfälligen funktionellen Auswirkungen der festgehaltenen neurologischen Diagnosen noch zur einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit geäußert (AB 152/4 f., 52).

Gemäss kardiologischem Teilgutachten liegt beim Beschwerdeführer eine valvuläre Kardiopathie mit moderater bzw. mittelschwerer Aortenklappenstenose vor (AB 161.6/3). Letztere schliesst schwere bis sehr schwere körperliche Arbeiten über 25 Kilogramm aus, was durch das aus chirurgischer und allgemein-internistischer Sicht formulierte Belastungsprofil

abgedeckt wird (E. 3.4.1 hiervor). Die kardiologischen Befunde schränken damit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht zusätzlich ein (AB 161.6/4).

3.5

3.5.1 In psychiatrischer Hinsicht wurden im Gutachten die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, ohne somatische Symptome (ICD-10: F33.0/1), gestellt und anhand der klassifikatorischen Vorgaben begründet (AB 161.4/10 ff.).

Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien lässt sich die im Gutachten verwendete Kodierung F45.41, die in der ICD-10 als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bezeichnet wird, nicht hinreichend von der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) abgrenzen (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233 Fn. 1). In der Folge kommt der Kodierung F45.41 hinsichtlich der klinisch-diagnostischen Leitlinien keine selbstständige Bedeutung zu bzw. sind für diese Diagnose die Leitlinien zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung massgebend. Demnach wird als vorherrschende Beeinträchtigung ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vorausgesetzt, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt sodann in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, die schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (DILLING et al., a.a.O., S. 233).

Im Rahmen der gastroenterologischen Untersuchung im Spital H. _____ vom März 2017 hatte der Beschwerdeführer eine mittlere Schmerzintensität von 4-5 auf der visuellen Analogskala von 0-10 angegeben (AB 85.1/9, 85.1/11). Ihm zufolge blieben die Schmerzen seit damals im Wesentlichen gleich (AB 161.2/2 Ziff. 3.2, 161.4/10 Ziff. 6). Wie bereits im März 2017 beschrieb der Beschwerdeführer gegenüber den MEDAS-Gutachtern weiterhin permanente Schmerzen vor allem im Bereich des rechten Unter-

bauchs, die sich bei Bewegung oder körperlicher Belastung verstärkten (AB 161.2/2 Ziff. 3.2, 161.3/2 Ziff. 3.1, 161.4/3 Ziff. 3.2, 161.5/3 Ziff. 3.2). Zweifelsohne leidet der Beschwerdeführer seit der 2013 erlittenen Divertikulitis und den darauffolgenden Operationen an erheblichen, somatisch zumindest teilweise erklärbaren und dort insoweit berücksichtigten Dauerschmerzen, welche ihn belasten (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Die aktenkundigen und in sich konsistenten Angaben des Beschwerdeführers namentlich zur Schmerzintensität sprechen jedoch gegen das Vorliegen eines im Sinne der Leitlinien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorausgesetzten, andauernd schweren und entsprechend quälenden Schmerzes. Dies wird u.a. auch durch die im chirurgischen Gutachten festgehaltene Beobachtung gestützt, wonach verschiedene Positionswechsel in der klinischen Untersuchung ohne besondere Schmerzäusserungen erfolgt sind (AB 161.2/5 Ziff. 4.3).

Weiter hat die Gutachterin im Rahmen der diagnostischen Herleitung auf eine (echtzeitlich nicht weiter dokumentierte [vgl. AB 62.1/12]) Lebenskrise mit psychischer Dekompensation im Jahr 1999 nach der Trennung von der Ehefrau hingewiesen und festgehalten, dies sei im Rahmen einer Reaktivierung des damaligen Ohnmachtsgefühls als mögliche Mitursache der somatoformen Schmerzstörung anzusehen. Jedoch geht aus Akten auch hervor, dass der Beschwerdeführer nach der beschriebenen Lebenskrise bis zur Sigma-Divertikulitis im Jahr 2013 während vielen Jahren körperlich und psychisch gesund gewesen ist (AB 161.4/11, 62.1/12). Als weitere mögliche Mitursachen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zählte die Gutachterin psychosoziale Probleme nach Eintritt des körperlichen Gesundheitsschadens auf (Aussteuerung durch die Krankentaggeldversicherung, Verlust des Arbeitsplatzes im Jahr 2015, Gang zum Sozialamt), die zusammen mit der körperlichen Erkrankung zu einer reaktiven depressiven Verstimmung geführt hätten und die Schmerzverarbeitung erschwerten. Gleichzeitig hielt sie jedoch auch fest, dass die Coping-Mechanismen zur Bewältigung der sich entwickelnden depressiven Symptomatik über längere Zeit suffizient gewesen seien und eine ambulante Psychotherapie nicht initiiert worden sei (AB 161.4/10 f.). Nach den Akten steht der Beschwerdeführer erst seit Juli 2019 in psychotherapeutischer Behandlung (AB 180/7). Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob die als Mitursachen der

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vorausgesetzten emotionalen Konflikte und/oder psychosozialen Probleme beim Beschwerdeführer in der gemäss den Leitlinien geforderten Ausprägung gegeben waren.

Demnach bestehen bereits auf der Ebene der Diagnosestellung Zweifel, ob der diagnoseinhärente Schweregrad der postulierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung überhaupt erfüllt ist. Die psychiatrische Gutachterin selbst hat denn auch darauf hingewiesen, dass die Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Komponente in diesem Fall schwierig sei, wobei sie den psychischen Anteil aufgrund der langen psychischen Stabilität des Beschwerdeführers mit nur geringfügiger Vorbelastung kleiner eingeschätzt hat (AB 161.4/11). Wie es sich damit genau verhält, kann aber mit Blick auf das Ergebnis der nachfolgend (E. 3.6) anhand der Standardindikatoren vorzunehmenden Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens offenbleiben.

3.5.2 Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49, die einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zum Vornherein ausschliessen, bestehen nicht; die geklagten Symptome und Funktionseinbussen waren gemäss psychiatrischem Teilgutachten konsistent und plausibel sowie die Untersuchungsergebnisse valide und nachvollziehbar. Anhaltspunkte auf eine Aggravation oder Simulation wurden nicht festgestellt (AB 161.4/13 Ziff. 7.3).

3.5.3 Gemäss Angaben der psychiatrischen Gutachterin schränken die Schmerz- und die depressive Symptomatik den Beschwerdeführer "auffallend" in seiner Durchhaltefähigkeit ein. Hinzu komme die unklare Durchfallerkrankung, die ihn zusätzlich psychisch belaste und die Arbeitsfähigkeit, aber auch die Teilnahme am sozialen Leben beeinträchtige (AB 161.4/14). Aufgrund der zufolge der Schmerzen verminderten Durchhaltefähigkeit und Belastbarkeit sowie der depressiven Reaktion mit verminderter Stresstoleranz postulierte die Gutachterin eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten und in angepassten Verweistätigkeiten. Polydisziplinär nahmen die Gutachter bei einer aus somatischer Sicht begründeten Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. E. 3.4.1 hiervor) zusätzlich eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 25 % an (AB 161.1/10).

Zu prüfen ist nachfolgend auf der zweiten Ebene anhand des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.; vgl. E. 2.3.3 hiervor), ob die von der Gutachterin medizinisch-theoretisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund des psychischen Gesundheitsschadens eine relevante Invalidität begründet bzw. rechtlich massgeblich ist.

3.6 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

3.6.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

3.6.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung fielen die diagnoserelevanten Befunde insgesamt gering ausgeprägt aus. Der psychopathologische Befund (AB 161.4/8) war bis auf eine festgestellte "leicht subdepressive bis ausgeglichene Stimmungslage" – was darauf hinweist, dass der Schweregrad einer typischen Depression nicht erreicht war – unauffällig. Namentlich war die Schwingungsfähigkeit unbeeinträchtigt und konnte keine Interessenslosigkeit festgehalten werden. Die Antriebslage wurde vom Beschwerdeführer zwar schmerzbedingt als gemindert angegeben, die Willenskräfte waren gemäss der Gutachterin aber hinreichend strukturiert und regelrecht. Zudem wies sie auf eine nach wie vor intakte Motivation des Beschwerdeführers für eine Erwerbstätigkeit hin (AB 161.4/17). In Anlehnung an das Mini-ICF-APP (Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen; vgl. dazu LINDEN/BARON/MUSCHALLA, Mini-ICF-APP, 2. Aufl. 2015; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 6 E. 4.3) bestätigte die Gutachterin in sieben von 13 Fähigkeiten (Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivitäten, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit) lediglich leichte bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen und in den übrigen sechs

Fähigkeiten (Kompetenz- und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, Selbstpflege und -versorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit) überhaupt keine Beeinträchtigung. Auch mit Blick auf dieses Rating liegt keine besonders ausgeprägte psychiatrische Befundlage vor (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. September 2018, 9C_331/2018, E. 4.1). Demnach sowie unter Berücksichtigung, dass aufgrund der Akten lediglich von einer mittleren Ausprägung des Schmerzgeschehens auszugehen ist (vgl. E. 3.5.1 hiervor), ist insgesamt kein psychisches Leiden von erheblichem Schweregrad ausgewiesen, das die Berücksichtigung einer über die somatisch begründete Arbeits- bzw. Leistungsunfähigkeit von 50 % (AB 161.2/11 f., 161.5/15 f; E. 3.4.1 hiervor) hinausgehende (zusätzliche) Einschränkung nachvollziehbar erscheinen liesse.

3.6.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz als wichtige Indikatoren für die Beurteilung des funktionellen Schweregrads (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist Folgendes festzuhalten. Der Beschwerdeführer stand gemäss eigenen Angaben im Anschluss an die Trennung von seiner Ehefrau im Jahr 1999 angeblich während zwei Jahren in psychotherapeutischer Behandlung (AB 161.4/4, 62.1/12). In der Folge war der Beschwerdeführer während Jahren psychisch gesund (AB 161.4/11, 62.1/12). Mit Eintritt des körperlichen Gesundheitsschadens im Jahr 2013 und dem nachfolgenden schwierigen Heilungsverlauf entwickelte sich gemäss psychiatrischem Teilgutachten eine reaktive depressive Verstimmung (AB 161.4/10). Eine Psychotherapie wurde nicht aufgenommen; der Beschwerdeführer war gemäss Gutachten während längerer Zeit fähig, die sich entwickelnde depressive Symptomatik zu bewältigen (a.a.O.). Erst seit 8. Juli 2019 steht er durchschnittlich ein- bis zweimal pro Monat (AB 180/7) in ambulanter Psychotherapie – dies nach Angaben der behandelnden Ärztin im Bericht vom 16. März 2020 zur Behandlung einer Anpassungsstörung, mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23; AB 180/2 Ziff. 3). Der therapeutische Fokus liegt gemäss erwähntem Bericht auf dem Umgang mit den Schmerzen und den Einschränkungen im Alltag durch die somatischen Beschwerden sowie mit den sozialen Folgen der körperlichen Beschwerden (AB 180/3

Ziff. 9). Dass ab dem Jahr 2013 noch während längerer Zeit trotz depressiver Symptomatik eine Therapie nicht als notwendig erachtet wurde, spricht ebenso wie die seit 2019 installierte, vergleichsweise niederschwellige Behandlung gegen das Vorliegen einer rechtserheblichen Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen. Zudem hat die behandelnde Ärztin explizit bestätigt, dass mit der aktuellen Behandlung eine Reduktion der durch die körperlichen Beschwerden verursachten psychischen Belastung erreicht werden kann (AB 180/3 Ziff. 9). Demnach ist eine gute Therapiebarkeit der gemäss den dokumentierten Befunden leicht- bis höchstens mittelgradig ausgeprägten psychischen Erkrankung (vgl. E. 3.6.1.1 hiervor) erstellt.

3.6.1.3 Zu prüfen ist weiter, ob massgebende Komorbiditäten bestehen. Relevant ist in diesem Zusammenhang die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Wie in E. 3.4.1 hiervor festgehalten wurde, liegt mit der Defektheilung nach der Operation einer Sigma-Divertikulitis und mehreren nachfolgenden Revisionseingriffen sowie der seither bestehenden anorektalen Entleerungsstörung eine somatische Erkrankung vor, welcher eine eigenständige, invalidisierende Bedeutung zukommt. Gemäss Angaben im psychiatrischen Teilgutachten hat sich aufgrund der Schmerzen und psychosozialer Umstände wie dem Verlust des Arbeitsplatzes (vgl. E. 3.5.1 hiervor) eine reaktive depressive Symptomatik entwickelt, welche wiederum die Fähigkeit zur Schmerzverarbeitung tangiert (AB 161.4/10 f., 161.4/14). Damit werden im Sinne des gegenseitigen Aufrechterhaltens gewisse Wechselwirkungen beschrieben. Wie bereits erwähnt, liegt aber in psychischer Hinsicht keine besonders ausgeprägte Störung vor, welche überdies gut therapierbar ist (E. 3.6.1.1 und 3.6.1.2 hiervor). Es ist somit überwiegend wahrscheinlich, dass unter fortgeführter Psychotherapie eine allfällige negative Beeinflussung des Leistungsvermögens zufolge von Wechselwirkungen verhindert wird. Dazu würde insbesondere auch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beitragen, was zum Wegfall der im Gutachten beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren und damit zum Wegfall oder mindestens zu einer Reduktion der reaktiv depressiven Symptomatik führte (vgl. E. 3.5.1 hiervor). Die Gutachterin selbst hat denn

auch festgehalten, dass die Aufnahme einer Tätigkeit ein guter Stabilisierungsfaktor wäre (AB 161.4/17).

3.6.2 Weiter ist der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) zu prüfen. Gemäss Gutachten fanden sich anlässlich der Untersuchung – wie schon anlässlich der psychiatrischen Exploration im Jahr 2016 (AB 62.1/12 Ziff. 11) – keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung (AB 161.4/9). Vielmehr beschrieb die Gutachterin den Beschwerdeführer als leistungsorientiert, positiv, pünktlich, zuverlässig und bestätigte, dass die Ausübung einer Erwerbstätigkeit für ihn eine hohe Ressource darstellt (AB 161.4/18 Bst. B). Damit liegen im Rahmen dieses Komplexes durchwegs positive bzw. unterstützende persönliche Ressourcen vor.

3.6.3 Zum Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist Folgendes aktenkundig: Der Beschwerdeführer hielt anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch die MEDAS fest, dass er sich von den (seit jeher; vgl. AB 62.1/9) wenigen Freunden und Kollegen eher zurückgezogen habe (AB 161.4/6). Dies erscheint mit Blick auf die somatisch begründeten Einschränkungen namentlich im Zusammenhang mit der Darmentleerungsstörung nachvollziehbar und glaubhaft. Auch ist gemäss Angaben des Beschwerdeführers die "On-off"-Beziehung zur Partnerin, mit der er seit 2013 zusammen ist, aber nie im gleichen Haushalt gelebt hat, nicht mehr sehr gut (AB 161.4/5). Dennoch ist aufgrund der Akten nach wie vor von einem intakten sozialen Netzwerk auszugehen, welches mobilisierbare Ressourcen bereithält und sich so positiv auf das Leistungsvermögen auszuwirken vermag. So wird eine freundschaftliche Beziehung zu einem Kollegen, ..., beschrieben (AB 62.1/9, 161.5/6, 180/10). Der Beschwerdeführer pflegt weiterhin Kontakt mit einzelnen Geschwistern, wobei dieser als gut und herzlich beschrieben wird (AB 180/10, 62.1/9). Weiter besteht ein gutes, enges emotionales Verhältnis zu seinem Sohn (AB 180/10, 161.4/5, 62.1/10) und per SMS auch (selten) Kontakt zu seiner Stieftochter (AB 180/10). Ebenfalls als positive Ressource zu werten ist das von der Gutachterin im Rahmen der Untersuchungsbefunde festgehaltene Kontaktverhalten; demnach gelingt es einfach, mit dem Beschwerdeführer einen tragfähigen Kontakt herzustellen und durchgehend aufrecht zu

erhalten (AB 61.4/8). Im Weiteren geht der Beschwerdeführer regelmässig aus dem Haus und macht – zufolge der Darmproblematik eher kurze – Spaziergänge (AB 161.2/4, 161.3/4, 161.5/6 f.). Zudem hielt er fest, es sei gerade noch möglich, im Sommer in die "Badi" zu gehen – obschon die ständigen Toilettengänge einschränkten und ihn an vielem hinderten (AB 161.5/7). Auch wenn die Angaben des Beschwerdeführers mit den von den Gutachtern aus rein somatischer Sicht festgehaltenen Beeinträchtigungen im Einklang stehen (vgl. E. 3.4.1 hiavor), kann daraus nicht abgeleitet werden, es liege mit Bezug auf sämtliche Lebensbereiche ein sozialer Rückzug vor. Der Komplex "Sozialer Kontext" lässt damit nicht auf eine über die somatisch bedingte Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens hinausgehende Beeinträchtigung schliessen.

3.7 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten psychischen Störung. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex *Gesundheitsschädigung* noch im Komplex *Persönlichkeit* noch im Komplex *Sozialer Kontext* eine negative Beeinflussung. Eine eingehende Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4). Demnach besteht kein (zusätzlich) invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden, womit aus rechtlicher Sicht allein die im Gutachten aus somatischer Sicht postulierte 50%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.4.1 hiavor) massgebend bleibt (dies gemäss Gutachten seit Oktober 2014; AB 161.1/10 Ziff. 4.8, 161.2/11 f.).

4.

Auf dieser Basis ist im Folgenden die Invaliditätsbemessung zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiavor).

4.1

4.1.1 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

4.1.2 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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). Dabei gilt es 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).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

4.2 Die Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen erfolgte (verspätet) am 14. November 2014 (AB 3.1), womit der Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG frühestens per 1. Mai 2015 entstehen kann. In diesem Zeitpunkt war das Wartejahr gemäss aArt. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt, zumal dem Beschwerdeführer bereits nach der ersten Operation vom 10. Juni 2013 in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (AB 58/10).

Der Einkommensvergleich ist somit per 1. Mai 2015 aufgrund der für 2015 massgebenden Zahlen vorzunehmen.

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen anhand des vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens in seiner angestammten Tätigkeit als ... bzw. ... bei der L. _____ AG zuletzt erzielten Einkommens (Fr. 78'000.-- im Jahr 2014 [AB 14]) bestimmt (vgl. angefochtene Verfügung im Gerichtsossier). Dies erweist sich als korrekt und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Demnach beträgt das massgebende Valideneinkommen, indexiert auf das Jahr 2015 (vgl. E. 4.2 hiervoor), Fr. 78'227.40 (Fr. 78'000.-- / 102.9 x 103.2; Indizes 2014 und 2015 gemäss BFS, Schweizerischer Lohnindex, Index und Veränderung auf der Basis 2010 = 100 [NOGA08], Tabelle T1.1.10: Nominallohnindex, Männer, 2011-2020, lit. G, Ziff. 45-47: Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen).

4.4 Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns keine (zumutbare) Verweistätigkeit inne, so dass das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte gemäss LSE zu bestimmen ist (vgl. 4.1.2 hiervoor). Die Beschwerdegegnerin stellte dazu auf einen Durchschnittslohn gemäss LSE 2014, Tabelle TA1_skill-level, Kompetenzniveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Totalwert, Männer (Fr. 5'312.-- pro Monat [inkl. 1/12 des 13.

Monatslohnes] bzw. Fr. 63'744.-- pro Jahr), ab. Dieser Wert ist wie das Valideneinkommen auf das Jahr 2015 hin zu indexieren (vgl. E. 4.2 hiavor) und zudem an die statistische betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Totalwert, 2015) anzupassen. Unter Berücksichtigung der gesundheitsbedingten Leistungseinschränkung von 50 % (vgl. E. 3.7 hiavor) ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von Fr. 33'323.15 (50 % von Fr. 63'744.-- / 40 x 41.7 / 103.2 x 103.5; Indizes 2014 und 2015 gemäss BFS, Schweizerischer Lohnindex, a.a.O., Totalwerte).

4.5 Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht keinen Tabellenlohnabzug vorgenommen; es rechtfertige sich ein solcher von 25 % (Beschwerde, S. 12 ff. Ziff. 30 ff.). Die entsprechende Argumentation überzeugt aber aus folgenden Gründen nicht.

4.5.1 Gemäss dem MEDAS-Gutachten ist der Beschwerdeführer aus chirurgischer und internistischer Sicht (unter Berücksichtigung der objektivierbaren Beschwerden) in der Lage, körperlich leichte, wechselbelastete Arbeiten ohne Zwangshaltungen zu verrichten. Es muss sich um eine geregelte Tätigkeit mit festen Pausenzeiten, ohne Zeitdruck sowie mit uneingeschränktem Zugang zu Toiletten in unmittelbarer Umgebung handeln. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer eine zeitlich uneingeschränkte Präsenz (8.5 Stunden pro Tag) weiterhin zumutbar. Die Gutachter attestierten ihm dabei jedoch eine qualitative Leistungseinschränkung von 50 % zufolge der verminderten Belastbarkeit und des erhöhten Pausenbedarfs (AB 161.2/11 f., 161.5/16). Damit wurde der in somatischer Hinsicht begründeten Leistungseinbusse bei einer zumutbaren vollen Präsenzzeit bereits im Rahmen der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung vollumfänglich Rechnung getragen. Entsprechend fällt gestützt auf die im Rahmen der hier massgebenden Rechtslage (vgl. E. 2.1 hiavor) ergangene, konstante und – entgegen der in der Beschwerde (S. 14 Ziff. 35) vertretenen Auffassung – durchaus konsistente höchstrichterliche Rechtsprechung ein zusätzlicher leidensbedingter Tabellenlohnabzug ausser Betracht (vgl. Beschwerde, S.

13 Ziff. 32; zum Verbot der doppelten Anrechnung: BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 2; Entscheide des BGer vom 31. August 2021, 9C_291/2021, E. 3.2.2, und vom 18. Juni 2020, 8C_132/2020, E. 5.2). Das aus chirurgischer und internistischer Sicht formulierte Belastungsprofil umfasst auch die kardiologischen Arbeitsplatzanforderungen (AB 161.6/4). Darüber hinaus bestehen keine weiteren, invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen, namentlich nicht in psychiatrischer Hinsicht (vgl. E. 3.7 hiervor), die zu berücksichtigen wären (vgl. Beschwerde, S. 13 Ziff. 32). Schliesslich rechtfertigt sich bei der – wie beim Beschwerdeführer – vollschichtig möglichen Erwerbstätigkeit mit gesundheitsbedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit rechtssprechungsgemäss auch kein Abzug unter dem Titel des Beschäftigungsgrades (Entscheid des BGer vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 5.3; vgl. Beschwerde, S. 13 Ziff. 32).

4.5.2 Der Beschwerdeführer macht einen Tabellenlohnabzug weiter auch mit dem Argument geltend, die LSE-Tabellenlöhne schliessen Stellenprofile ein, die behinderten Personen nicht mehr zumutbar seien, vor allem bei sehr eingeschränkten Belastungsprofilen. Auch innerhalb der einzelnen Kompetenzniveaus bestünden erhebliche Lohnunterschiede, da körperlich anspruchsvolle Hilfsarbeiten besser bezahlt seien als andere Tätigkeiten. Genau diese (besser bezahlten) Arbeiten seien behinderten Personen jedoch regelmässig nicht mehr zumutbar (Beschwerde, S. 14 f. Ziff. 37). Hinzu komme eine gesundheitlich bedingte Lohndiskriminierung. Gemäss der Auswertung "Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung" vom 8. Januar 2021 des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG (AB 201/100 ff.) seien Löhne von versicherten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen signifikant tiefer als diejenigen von gesunden Personen. Als Korrektiv werde von den Autoren eine sofortige Umstellung auf die Anwendung des unteren Quartilbereichs der LSE vorgeschlagen. Umsetzbar sei auch die Anwendung eines Tabellenlohnabzugs ohne Anknüpfung an weitere Voraussetzungen im Umfang von 25 % (Beschwerde, S. 15 ff. Ziff. 39-42).

Mit dieser Argumentation dringt der Beschwerdeführer nicht durch. Nach der unter anderem (hier anwendbarem [vgl. E. 2.1 hiervor]) Recht ergangenen und

mit dem Grundsatzurteil des Bundesgerichts vom heutigen Tag (8C_256/2021) bestätigten Rechtsprechung ist auf Tabellenlöhne abzustellen, wenn die versicherte Person – wie der Beschwerdeführer – nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2; vgl. E. 4.1.2). Jeder Anwendung statistischer Werte ist die Abstrahierung, unter Ausblendung der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalls, immanent (BGE 143 V 295 E. 4.2.2 S. 302). Damit besteht ausserhalb der von der Rechtsprechung definierten persönlichen und beruflichen Umstände, bei deren Vorliegen sich ein Tabellenlohnabzug rechtfertigen kann (vgl. E. 4.1.2 hiervor), kein Raum für weitere Abzüge. Gründe für einen zusätzlichen Tabellenlohnabzug, insbesondere auch gesundheitlich bedingte, sind, wie in E. 4.5.1 hiervor festgehalten wurde, beim Beschwerdeführer nicht ersichtlich. Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin auf einen LSE-Durchschnittswert im Kompetenzniveau 1 abgestellt hat, obschon der Beschwerdeführer aufgrund seiner Kompetenzen – mit seinem Lehrabschluss als ... EFZ (vgl. zur Breite dieser Grundbildung die Angaben unter <www.berufsberatung.ch>), diversen Weiterbildungskursen und langjährigen Berufserfahrungen (als ...- und ..., jedoch auch als ... für ... und als ...; Protokoll der IVB [im Gerichtsossier], S. 2; AB 62.1/10) – auch im Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Datenverarbeitung und Administration/ Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/ Fahrdienst; vgl. Berufshauptgruppen 4-8 in LSE 2014, Tabelle T17) einer dem Belastungsprofil entsprechenden, körperlich leichten Tätigkeit nachgehen könnte (z.B. Disponent, Bedienen von stationären Anlagen und Maschinen, leichte Montageberufe, etc.). Denn gemäss Bundesgericht umfassen nicht nur die LSE-Tabellenlöhne des Kompetenzniveaus 1, sondern auch diejenigen des Kompetenzniveaus 2 eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten (Entscheid des BGer vom 20. August 2018, 8C_736/2017, E. 4.2.2). Indem die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf einen LSE-Durchschnittslohn im Kompetenzniveau 1 abstellte, hat sie bereits den tiefst möglichen statistischen Wert herangezogen.

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall (nebst der somatisch bedingten 50 %igen Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug gewährt hat. Damit bleibt es beim Invalideneinkommen 2015 von Fr. 33'323.15 (E. 4.4 hiervor).

4.6 Bei einem Valideneinkommen 2015 von Fr. 78'227.40 (E. 4.3 hiervor) und einem Invalideneinkommen 2015 von Fr. 33'323.15 beträgt die invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse Fr. 44'904.25. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von gerundet 57 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

Damit sind die angefochtenen Verfügungen vom 26. Februar 2021 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG haben weder der Beschwerdeführer noch die Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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