

200 21 369 IV  
ACT/FRN/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. September 2021**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Franzen

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. April 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 7. November 2017 unter Hinweis auf "Die Bandscheibe am Rücken" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und gewährte Arbeitsvermittlung (act. II 34). Weiter beauftragte sie das C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) mit einer polydisziplinären Begutachtung in den Fachbereichen Orthopädie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin sowie Neurologie (MEDAS-Gutachten vom 29. Juli 2019 [act. II 59.1], vgl. act. II 59.2-5). In der Folge sprach sie eine Grundabklärung bei der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ zu (act. II 68, 79), welche vom Versicherten per 13. Dezember 2019 abgebrochen (act. II 74) und im Anschluss abgeschlossen wurde (act. II 77). Nach weiteren Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 111, 112 S. 1, 116 S. 1) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 15. April 2021 bei einem IV-Grad von 10% ab (act. II 122).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 17. Mai 2021 Beschwerde. Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei anzuweisen, ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten in den Fachbereichen Psychiatrie, Neurochirurgie, Rheumatologie, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates anzuordnen, eventualiter seien dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen und eine Rente der IV zu gewähren, unter Kostenfolge.

Am 2. Juni 2021 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Aufforderungsgemäss reichte er am 11. Juni 2021 das ausgefüllte Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" mit Beila-

gen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1-9) und weiteren Arztberichten (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7-10) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Diese wurde dem Beschwerdeführer zugestellt.

Mit Eingabe vom 5. Juli 2021 (Datum Postaufgabe) zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück und leistete den Kostenvorschuss. Am 23. August 2021 ging beim Gericht eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers samt Arztbericht der E. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2021 (act. I 11 f.) ein.

### **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 Verwal-

tungsrechtspflege [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 15. April 2021 (act. II 122). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

Nicht Streitgegenstand bildet hingegen ein allfälliger Anspruch auf berufliche Massnahmen (Beschwerde, Ziff. I), hat die Beschwerdegegnerin doch hierüber mit der angefochtenen Verfügung nicht befunden. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

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

**2.2** 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.

**2.3** 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).

**2.4** Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

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

### **3.**

**3.1** Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2017 (act. II 26 S. 1 ff.) diagnostizierten die Ärzte einen Zustand nach Sequestrektomie LWK 4/5 rechts am 23. Oktober 2017. Der Beschwerdeführer sei aufgrund eines sensomotorischen Ausfallsyndroms L5 auf der rechten Seite sowie dekompenzierter Schmerzsymptomatik operativ versorgt worden. Bezüglich der präoperativen Schmerzsymptomatik zeige sich ein sehr zufriedenstellender Verlauf. Es bestehe ein Kraftdefizit des Grosszehenhebers M3-4 sowie des Fusshebers M4 auf der rechten Seite, sensible Störungen beständen keine (S. 1).

**3.1.2** Im Austrittsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018 (act. II 36) diagnostizierten die Ärzte insbesondere ein chronisches lumboschialgiformes Schmerzsyndrom mit Ausweitung sowie Myogelosen der Nackenmuskulatur rechts. Sie führten aus, klinisch bestehe eine Schmerzausweitung mit Allodynie der gesamten glutealen Muskulatur, des M. piriformis rechts sowie der paravertebralen Muskulatur lumbal. Im Weiteren beständen ausgeprägte Druckdolenzen lumbal und am Beckenkamm sowie Hyposensibilität des gesamten rechten Fusses. Des Weiteren habe sich eine persistierende Fuss- und Zehenheberschwäche (M3) rechts mit sakkadierter Kraftentwicklung sowie abgeschwächter Kraft (M4) der Hüftflexoren und Kniestrecker sowie -beuger gefunden. Im MRI LWS vom Juli 2018 hätten sich keine Anhaltspunkte für eine Nervenkompression gezeigt (S. 1).

**3.1.3** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 29. Juli 2019 (act. II 59.1) stellten die Gutachter nach Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin sowie Neurologie folgende Diagnosen (act. II 59.1 S. 7 Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Facettengelenksarthrosen LWK 4/5 beidseits
  - Status nach Sequestrektomie LWK 4/5 rechts am 23. Oktober 2017

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss beidseits
2. Dyslipidämie
3. Geringgradige Leukozytose (als pathologischer Laborwert)

Im orthopädischen Teilgutachten vom 5. Juni 2019 (act. II 59.2) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, es habe eine harmonische Lordose der LWS bestanden. Klopf- und Druckschmerzangaben seien über sämtlichen Dornfortsätzen sowie allen rechten Facettengelenken erfolgt. Bei der Oberkörper-Rotation nach links seien Schmerzen am rechten dorsalen Beckenkamm angegeben worden. Auffällig sei eine Diskrepanz zwischen der eingeschränkt demonstrierten und der spontan freien Beweglichkeit der LWS gewesen. Die angegebene Taubheit im kompletten rechten Unterschenkel und Fuss entspreche keinem Dermatome und sei daher sowohl neuroanatomisch als auch aufgrund der vorliegenden radiologischen Befunde von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehbar. Nachvollziehbar seien allenfalls gelegentliche belastungsabhängige pseudoradikulär beidseits ausstrahlende Schmerzen bei vorhandenen Facettengelenksarthrosen LWK 4/5 beidseits (S. 9 Ziff. 6). Im Rahmen der Untersuchung hätten erhebliche Hinweise auf Verdeutlichungen bestanden. Sämtliche Waddell-Zeichen seien positiv gewesen (Empfindlichkeit, Überreaktion, Ablenkung, Neuroanatomie, Scheinmanöver, S. 11 Ziff. 7.3). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leicht bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 12 f. Ziff. 8).

Im internistischen Gutachten vom 23. Mai 2019 (act. II 59.3) stellte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie sowie Kardiologie, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7).

Im neurologischen Gutachten vom 7. Juni 2019 (act. II 59.4) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, fest, unverändert berichte der Beschwerdeführer, dass er Schmerzen im gesamten rechten Bein hätte und den rechten Fuss nicht heben könne. Die geklagte Schmerzausstrahlung, welche das gesamte rechte Bein betreffe, könne nicht neurologisch erklärt werden. Die Angabe der Schmerzen entspreche nicht dem Ausbreitungsgebiet einer Radikulopathie. Die Gangprüfung ohne Schiene zeige, dass der Beschwerdeführer den Fuss heben könne. Ein Steppergang liege nicht vor. Die Mitarbeit des Beschwerdeführers sei fluktuierend. Da aufgrund

dieser Befunde der dringende Verdacht auf Aggravation bestanden habe, sei eine elektromyographische Untersuchung durchgeführt worden, mit unauffälligem Ergebnis. Auf neurologischem Gebiet liege kein Gesundheitsschaden vor (S. 7 Ziff. 6).

Im psychiatrischen Gutachten vom 7. Juni 2019 (act. II 59.5) führte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, aus, der psychopathologische Befund sei insgesamt unauffällig ausgefallen (S. 8 Ziff. 6).

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung fest, seit dem 12. September 2017 bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit habe vom 12. September 2017 bis Mitte Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 59.1 S. 9 Ziff. 4.7 f.).

**3.1.4** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 27. November 2019 (act. II 80 S. 7 ff.) ein chronifiziertes lumbogluteales Schmerzsyndrom rechtsbetont sowie eine residuelle Fussheberparese (?) rechts. Der Beschwerdeführer beschreibe die Schmerzen nach wie vor vor allem rechts, sie hätten sich durch die Operation auch gar nicht wesentlich geändert. Im neuen MRI fände sich nicht wirklich ein entsprechendes Korrelat, erstaunlicherweise habe der Beschwerdeführer rechts einen grösseren Unterschenkelumfang als links. Er habe die Infiltration L4/5 und L5/S1 rechts vorgeschlagen (S. 8).

**3.1.5** Im Bericht der Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2019 (act. II 80 S. 5 f.) diagnostizierten die Ärzte ein chronisches lumboischialgiformes Schmerzsyndrom rechtsbetont, teilweise mit diffusen Schmerztriggerpunkten, aber auch einer residualen Dysästhesie im L5 Dermatome rechts sowie Myogelosen Nackenmuskulatur rechts (S. 5). Sie legten dar, in dem am 18. November 2019 durchgeführten MRI der LWS zeigten sich regelrechte postoperative Verhältnisse. Bildmorphologisch zeige sich keine höhergradige Kompression der neuronalen Strukturen, einzig eine Hyperintensität

der Weichteile über den Facettengelenken LWK 4/5 rechts mehr als links in der STIR-Sequenz. Neurochirurgisch bestehe kein Handlungsbedarf (S. 6).

**3.1.6** Die Ärzte der Klinik G. \_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 3. Februar 2020 (act. II 85 S. 2 ff.) ein chronisches lumboischialgiformes Schmerzsyndrom rechts mit Schmerzausweitung. Die angegebenen sockenförmigen Hypästhesien und Parästhesien, differentialdiagnostisch im Rahmen einer Nervenschädigung, entsprächen keiner anatomischen Verteilung. Bezüglich der Kraft am rechten Bein bestünden einerseits diskrepante Befunde, andererseits eine nicht durch eine Schädigung der L5-Wurzel erklärbare Ausweitung. Insgesamt schein eine relevante Überlagerung bzw. funktionelle Störung vorzuliegen (S. 2). Waddellzeichen seien vorhanden (S. 4). Das Angebot einer stationären Rehabilitation auf der Psychosomatik sei in der Vergangenheit vom Beschwerdeführer abgelehnt worden (S. 3).

**3.1.7** Die RAD-Ärztin, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Urologie sowie Chirurgie, führte im Bericht vom 27. April 2020 (act. II 87) aus, aktuell bestehe eine aktivierte Facettengelenksarthrose im LWS-Bereich mit entsprechender Schmerzhaftigkeit, die offenbar bislang noch nicht adäquat behandelt worden sei. Auch fehle eine psychosomatische Anbindung und Therapie bei starker funktioneller Überlagerung. Der Gesundheitszustand sei somit potentiell verbesserbar. Die Therapiemöglichkeiten seien noch nicht ausgereizt (S. 5).

**3.1.8** Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 24. September 2020 (act. II 116 S. 2 f.) insbesondere eine rechtsseitige brennende Lumboischialgie L5 (S. 2). In dem am 21. September 2020 durchgeführten MRI zeige sich im Vergleich zu den Voraufnahmen von November 2019 ein stabiler Befund. Das Ergebnis der initialen Operation sei bis auf die heftigen Lumboischialgien in Bezug auf die Parese leider nicht sehr erfolgreich gewesen. In der Bildgebung zeige sich keine klare Kompression der L5 Nervenwurzel, wobei allerdings ein Kontakt der Bandscheibe und des Recessus zur L5 Wurzel bestehe. Er möchte eine selektive Infiltration durchführen lassen.

**3.1.9** Der Beschwerdeführer war vom 15. Oktober bis 30. November 2020 in teilstationärer Behandlung in den psychiatrischen Diensten O.\_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 13. Januar 2021 (act. II 105) diagnostizierten die Ärztinnen insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0, S. 1). Der Beschwerdeführer sei im Affekt niedergestimmt, hoffnungslos, frustriert und habe Zukunftsängste. Die Schwingungsfähigkeit sei vermindert. Der affektive Rapport sei herstellbar. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund der Schmerzen. Die Psychomotorik sei leicht unruhig. Er habe sich schliesslich für eine psychosomatisch ausgerichtete Behandlung entscheiden können. Psychopharmakologisch sei die Behandlung mit Fluoxetin weiter aufdosiert worden (S. 2).

**3.1.10** Dr. med. P.\_\_\_\_\_, praktische Ärztin, diagnostizierte im Bericht vom 17. Januar 2021 (act. II 107 S. 1 ff.) eine Anpassungsstörung mit verlängerter, depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) sowie eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.41). Der Beschwerdeführer sei wach, allseits orientiert, die Konzentration sei leicht reduziert, das formale Denken kohärent, er sei antriebslos und verzweifelt, habe chronische Schmerzen und Schlafstörungen. Aus psychiatrischer Sicht könne er bis zu 80% arbeiten, jedoch in einer angepassten Tätigkeit, sitzend, ohne zu viel Stress oder körperliche Belastung und Arbeitsdruck (S. 3 Ziff. 2.4 ff.).

**3.1.11** Im Bericht vom 2. Juni 2021 (act. I 7) führte Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aus, seit der Konsultation vom 24. September 2020 habe er den Beschwerdeführer nicht mehr gesehen. Eine volle Arbeitsunfähigkeit habe er zu diesem Zeitpunkt nicht attestiert, sondern den Ist-Zustand nach Auskunft des Beschwerdeführers wiedergegeben. Bezüglich der detaillierten Arbeitsfähigkeit könne er aufgrund der erhobenen Befunde keine Stellung nehmen. Die Diagnose eines Failed-Back-Surgery-Syndroms nach Diskushernienoperation könne er teilen.

**3.1.12** Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, von der E.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 16. August 2021 (act. I 11 f.) ein NSTEMI vom 29. Juli 2021 sowie eine koronare Dreigefässerkrankung mit normaler LV-Funktion (S. 1). Sie hätten eine komplexe und hochgradige

Stenose des RIVA/des Diagonalastes erfolgreich dilatiert und mit je einem medikamentösen Stent versorgt. Der Beschwerdeführer werde für eine elektive Intervention der subtotalen Stenosen des Marginalastes in drei Wochen und für eine elektive Intervention der dominanten RCA in drei Monaten aufgeboten (S. 2).

**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 polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 29. Juli 2019 (act. II 59.1) sowie dessen Teilgutachten (act. II 59.2-5) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugen. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation

ein. Folglich kommen dem Gutachten und den Teilgutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**3.3.1** Die Gutachter haben gestützt auf die fachärztlichen Untersuchungen schlüssig und für den Rechtsanwender nachvollziehbar dargelegt, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (einzig) ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Facettengelenksarthrosen LWK 4/5 beidseits vorliegt (act. II 59.1 S. 7). Die Einschätzung der orthopädischen Gutachterin, wonach bei der Untersuchung Diskrepanzen sowie Verdeutlichungen bestanden und lediglich gelegentliche belastungsabhängige pseudoradikulär beidseits ausstrahlende Schmerzen nachvollziehbar sind (act. II 59.2 S. 9 Ziff. 6, S. 11 Ziff. 7.3), überzeugt. Auch bei der neurologischen Untersuchung bestanden Diskrepanzen, aber kein Korrelat für die angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen (act. II 59.4 S. 9 Ziff. 7.4, 11 Ziff. 8).

**3.3.2** Nicht gegen die Zuverlässigkeit der Annahmen der Gutachter sprechen die Berichte des Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 27. November 2019 (act. II 80 S. 7 ff.), der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2019 (act. II 80 S. 5 f.) sowie der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 3. Februar 2020 (act. II 85 S. 2 ff.). Diese ärztlichen Einschätzungen bestätigen vielmehr die Auffassung der neurologischen Gutachterin, dass keine objektivierbare Nervenschädigung besteht (act. II 59.4 S. 9 unten) und damit funktionale Beschwerden (act. II 85 S. 3) vorliegen. Dasselbe gilt – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 2) – für die Berichte des Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2020 und 2. Juni 2021 (act. II 116 S. 2 f., act. I 7), da sich der Arzt explizit einzig auf die Schilderungen des Beschwerdeführers stützt (act. I 7), mithin keine medizinische Einschätzung vornimmt. Ebenso enthält auch der Bericht der Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2020 (act. II 79 S. 3 ff.) keinen Hinweis, der gegen die Annahmen der Experten spräche, da sich diese Ausführungen allein auf die vom Beschwerdeführer gezeigte Leistungsbereitschaft stützen resp. die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigen (vgl. insb. act. II 79 S. 5 oben: "Seine Leistungsfähigkeit war eingeschränkt, da gemäss seinen Aussagen mehrmals pro Halbttag Schmerzen im Rücken und im rechten Fuss auftraten. Gemäss seiner Aussage habe das auch mit

der Arthrose zu tun"). Aus den genannten Berichten ergibt sich – anders als in der Eingabe vom 5. Juli 2021, S. 4, behauptet – auch kein Indiz, dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung wesentlich verändert hätte. Die von Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, im Telefongespräch vom 18. Dezember 2019 erwähnte "aktivierte Arthrose" (act. II 76) konnte szintigraphisch ausgeschlossen werden (act. II 90 S. 2, Bericht des RAD vom 4. Februar 2021 [act. II 110 S. 5]). Schliesslich liegt – entgegen der Auffassung in der Eingabe vom 5. Juli 2021, S. 2 – auch kein instabiler Gesundheitszustand vor: Wenn die Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_ dies im Bericht vom 16. Januar 2020 so erwähnt (act. II 79 S. 6 Mitte), handelt es sich nicht um eine medizinische Würdigung, während die RAD-Ärztin im Bericht vom 27. April 2020 zwar einen instabilen Gesundheitszustand erwähnt (act. II 87 S. 5 oben), damit aber offensichtlich einen verbesserungsfähigen Zustand meint (so denn auch act. II 87 S. 5 unten), womit die Einschätzung der MEDAS-Gutachter als Mindestgrösse zu gelten hat. Weshalb aus diesem Grund bei gutachterlich festgestellter vollständiger Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (act. II 59.1 S. 9 Ziff. 4.8) ein rückwirkender Rentenanspruch entstehen sollte (Eingabe vom 5. Juli 2021, S. 2), ist nicht nachvollziehbar.

**3.3.3** Der psychopathologische Befund ist anlässlich der psychiatrischen MEDAS-Untersuchung unauffällig ausgefallen (act. II 59.5 S. 8 Ziff. 6). Die Berichte der behandelnden Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2020 und vom 17. Januar 2021 (act. II 93, 107 S. 1 ff.) enthalten kein Indiz, das aus psychiatrischer Sicht gegen die Annahmen im Gutachten sprechen würde, was auch für den Bericht der psychiatrischen Dienste O. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2021 (act. II 105) gilt. Sogar wenn auf die im Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 17. Januar 2021 angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% abgestellt wird (act. II 107 S. 4 Ziff. 3.2), deren Annahme entgegen der Aussage in der Eingabe vom 5. Juli 2021, S. 3, nicht aktenwidrig ist, ergibt sich kein rentenbegründender IV-Grad (vgl. E. 4.3 hiernach), weshalb die Frage, ob in psychischer Hinsicht eine volle oder bloss 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht, letztlich offengelassen werden kann und sich eine Indikatorenprüfung (BGE 141 V 281) erübrigt.

**3.3.4** Der Bericht der E. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2021 (act. I 11 f.) ist nicht zu berücksichtigen, weil der Beschwerdeführer den Herzinfarkt vom 29. Juli 2021 nach dem Verfügungserlass vom 15. April 2021 (act. II 122) erlitten hat (vgl. E. 2.4 hiervor). Es ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die schwere koronare Dreifässerkrankung sich bereits vor Verfügungserlass auf die Leistungsfähigkeit ausgewirkt hat.

**3.3.5** Damit ist erstellt, dass ab Januar 2018 in einer leidensangepassten Tätigkeit (eine körperlich leicht bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS ([act. II 59.2 S. 13 Ziff. 8]) eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80% besteht (MEDAS-Gutachten [act. II 59.1 S. 9 Ziff. 4.8] resp. Bericht der Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2021 [act. II 107 S. 4 Ziff. 3.2]). Bezüglich des Beginns der Arbeitsfähigkeit bestehen im Übrigen keinerlei Anhaltspunkte, dass die Annahmen der Gutachter nicht zutreffend sein sollten (insb. act. II 59.4 S. 11), auch wenn die neurologische Gutachterin erst ab Oktober 2018 von einem unauffälligen Befund ausgeht (act. II 59.4 S. 8 Ziff. 7.2), was eine vorherige vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit nicht ausschliesst, denn im Rahmen des Gesamtkonsenses schloss sie sich der ab Januar 2018 bestehenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit an; ein unauffälliger Befund ist sodann auch nicht Voraussetzung für die hier angenommene Arbeitsfähigkeit. Die Ausführungen in der Eingabe vom 5. Juli 2021, S. 4, stützen sich lediglich auf das vom Beschwerdeführer gezeigte Verhalten, wobei einzig in orthopädischer Hinsicht Einschränkungen bestehen, die von den MEDAS-Gutachtern berücksichtigt worden sind (act. II 59.2 S. 12 Ziff. 7.4).

#### **4.**

**4.1** Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

**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 (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).

**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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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 pflichtgemäßem 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).

**4.2** 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). Unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 7. November 2017 (act. II 2) ist der frühest mögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG Mai 2018. In diesem Zeitpunkt war das Warte-

jahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG nicht abgelaufen, da die Einschränkung in der angestammten Tätigkeit erst ab September 2017 bestand (act. II 59.1 S. 9 Ziff. 4.7, 17 S. 4 Ziff. 1.6). Es kann offen bleiben, wann das Wartejahr abgelaufen wäre, da so oder anders ein rentenausschliessender IV-Grad resultiert.

**4.3** Der Beschwerdeführer hat seine angestammte Tätigkeit als ... invaliditätsfremd verloren (act. II 3 S. 3) und die letzte Stelle bei der S. \_\_\_\_\_ AG war befristet (act. II 20 S. 2), weshalb die IVB das Valideneinkommen zu Recht aufgrund der LSE 2018, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total, bemessen hat (act. II 122 S. 2). Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf diese Zahlen zu ermitteln.

Da somit sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Basis zu ermitteln sind, erübrigt sich die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs. Der IV-Grad entspricht dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. August 2017, 8C\_358/2017, E. 2.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323 N. 35). Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene Abzug von 10% (act. II 122 S. 1) trägt allen einkommensbeeinflussenden gesundheitsbedingten Aspekten genügend Rechnung und ist nicht zu beanstanden, während nicht gesundheitsbedingte Umstände bei beiden Vergleichseinkommen berücksichtigt werden müssten (BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Damit resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von maximal 28% (Arbeitsunfähigkeit von 20% [was offen bleiben kann; vgl. E. 3.3.3 hiervor] und behinderungsbedingter Abzug von 10% von der Restarbeitsfähigkeit von [mindestens] 80%).

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **5.**

**5.1** 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.

**5.2** Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**5.3** Der Beschwerdeführer hat das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Eingabe vom 5. Juli 2021 zurückgezogen, weshalb dieses vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben ist.

### **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. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern (samt Eingaben vom 5. Juli und 20. August 2021)
- 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.