

200 21 447 IV  
SCP/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. September 2021**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, substituiert durch Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Mai 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1975 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im November 2006 unter Hinweis auf eine seit 2001 bestehende Depression und eine seit Mai 2005 bestehende Diskushernie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2). Nach Abklärung des Leistungsanspruches verneinte die IVB mit Verfügung vom 2. April 2008 (act. II 51) bei einem Invaliditätsgrad von 10 % den Anspruch auf eine Rente. Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Im Mai 2018 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Operation an der linken Schulter erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 53). Nach Vornahme erwerblicher und medizinischer Abklärungen (act. II 63, 71 f., 76) schloss die IVB am 20. November 2018 die berufliche Eingliederung ab, dies aufgrund eines im Februar 2019 erfolgten operativen Eingriffs und der damit zusammenhängenden Arbeitsunfähigkeit, wobei sie auf die Möglichkeit einer Neuanmeldung nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes verwies (act. II 84).

Am 20. Mai 2019 stellte der Versicherte ein Gesuch um Unterstützung betreffend beruflicher Integration (act. II 91). Daraufhin holte die IVB die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung ein (act. II 94; Akten der IVB [act. IIa] 95.1 - 95.6) und führte ein Erstgespräch durch (act. IIa 96). Nachdem die IVB vom 9. September bis 8. Dezember 2019 bzw. 8. März 2020 eine berufliche Abklärung in der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ in ... gewährt (Mitteilungen vom 10. September und 29. November 2019 [act. IIa 101, 120]) und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eingeholt hatte (act. IIa 109 f.), stellte sie mit Vorbescheid vom 13. November 2019 (act. IIa 113) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht, was sie mit Verfügung vom 27. Januar

2020 (act. Ila 131) bestätigte. Ebenfalls am 27. Januar 2020 ging ein vom 24. Januar 2020 datierter Einwand des Versicherten (act. Ila 132/1 f.) unter Beilage einer zu Händen der E. \_\_\_\_\_ AG erstellten Verlaufsexpertise der Privatgutachter Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_, beide Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. Januar 2020 (act. Ila 132/6 - 16 = 133/2 - 12 = 135/3 - 13) bei der IVB ein. Diese ordnete in der Folge eine orthopädisch-psychiatrische Begutachtung an (act. Ila 148) und gewährte am 11. März 2020 einen Arbeitsversuch mit Jobcoaching bei der H. \_\_\_\_\_ AG vom 9. März bis 8. Juni 2020 (act. Ila 151). Am 9. Juni 2020 erfolgte der Abschluss der beruflichen Massnahmen (act. Ila 170).

Nachdem das orthopädisch-psychiatrische Gutachten der I. \_\_\_\_\_ (MEDAS) am 7. September 2020 (act. Ila 182.1 – 182.3) erstattet worden war, erliess die IVB am 24. September 2020 einen neuen Vorbescheid (act. Ila 186). Damit ersetzte und annullierte sie den Vorbescheid vom 13. November 2019 sowie die Verfügung vom 27. Januar 2020 und stellte die Ausrichtung einer ganzen Rente vom 1. Dezember 2018 bis 30. November 2019 (Invaliditätsgrad 100 %) sowie die Verneinung eines Rentenanspruchs ab dem 1. Dezember 2019 (Invaliditätsgrad 20 %) in Aussicht. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens legte der Versicherte einen Bericht der Psychiatrischen Tageskliniken des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2020 (act. Ila 202/2 - 5) vor. In der Folge holte die IVB bei der MEDAS eine ergänzende Stellungnahme ein (act. Ila 205), welche am 11. Januar 2021 erstattet wurde (act. Ila 207).

Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. Ila 211, 215) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 19. Mai 2021 (act. Ila 219) vom 1. Dezember 2018 bis 30. November 2019 eine ganze Rente zu (Invaliditätsgrad 100 %) und verneinte ab dem 1. Dezember 2019 den Anspruch auf eine Rente (Invaliditätsgrad 20 %). Dabei wurde eine Drittauszahlung an die K. \_\_\_\_\_ und eine Verrechnung bezüglich des Doppelbezuges von Taggeldern und der Rente der Invalidenversicherung (vgl. act. Ila 218) vorgenommen.

Nachdem am 7. Juni 2021 bei der IVB kommentarlos ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis eingegangen war (act. Ila 220), informierte diese den Versi-

cherten mit Schreiben vom 14. Juni 2021 (act. Ila 221) darüber, dass für die allfällige Geltendmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung eine Neuanmeldung zu erfolgen hätte.

### **C.**

Gegen die Verfügung vom 19. Mai 2021 (act. Ila 219) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, dieser substituirt durch Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, am 18. Juni 2021 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die zugesprochene Invalidenrente über November 2019 hinaus im Umfang einer Dreiviertelsrente weiter auszurichten. Eventualiter sei seitens des Verwaltungsgerichts ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen und anschliessend über den Rentenanspruch ab 30. November 2019 neu zu entscheiden, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. Juli 2021 wurde dem Beschwerdeführer eine mögliche Schlechterstellung im Zusammenhang mit der befristet zugesprochenen Rente angedroht. Gleichzeitig wurde ihm Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde oder zur Einreichung einer Stellungnahme gegeben. Daraufhin hielt der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 12. August 2021 an der Beschwerde fest und reichte einen Bericht des Psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals L.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 19. Mai 2021 (act. IIa 219). Umstritten ist die Befristung der bis Ende November 2019 zugesprochenen ganzen Invalidenrente im Umfang einer Dreiviertelsrente.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 32 S. 100 E. 3.2). Folglich unterliegt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 3) das gesamte Rechtsverhältnis, welches mit der angefochtenen Verfügung geregelt wurde, der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). 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).

**2.3** 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).

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. 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. 2.2 und 2.2.1 S. 287, E. 3.6 S. 294).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228).

**2.4** 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 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 (Abs. 1).

## **2.5**

**2.5.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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).

**2.5.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

**2.5.3** 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).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3).

**2.5.4** 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).

**2.5.5** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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 Invali-

ditätsschätzungen 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).

## **2.6**

**2.6.1** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

**2.6.2** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Mai 2018 (act. II 53) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage nicht richterlich zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Hingegen ist zu prüfen, ob im Zeitraum zwischen der ursprünglichen leistungsverweigernden Verfügung vom 2. April 2008 (act. II 51) und der hier angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2021 (act. IIa 219) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.3 und 2.5.4 hiavor).

Mit der seit der Verfügung vom 2. April 2008 (act. II 51) neu hinzugetretenen Schulterproblematik (vgl. E. 3.2 hiernach) ist eine Verschlechterung ausgewiesen und damit der Anspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.5 hiavor und E. 4.2.1 hiernach).

**3.2** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 16. August 2018 (act. II 95.3/26 f.) führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach einer am 24. April 2018 an der linken Schulter erfolgten Operation die folgenden Hauptdiagnosen auf:

- SLAP-Läsion Typ II mit Instabilität der langen Bizepssehne Schulter links
- Beginnende PASTA-Läsion der Supraspinatussehne
- Hypertrophe Synovialitis

Aktuell: zunehmende Schulterbeschwerden rechts bei:

SLAP-Läsion Typ II und kleinem, intervallseitigem Einriss der Supraspinatussehne (MRI vom 25. Juni 2018), leichtgradige Tossy-Läsion

Zur Anamnese wurde festgehalten, der Beschwerdeführer stelle sich nach seinem Urlaub zur abschliessenden Kontrolle der linken Schulter vor; des Weiteren werde bei zunehmenden Schulterbeschwerden rechts die durchgeführte bildgebende Diagnostik (Röntgen, Arthro-MRI) besprochen. Er gebe eine sehr gute Schultergelenkfunktion links an, auch die Rückführung des Armes sei viel besser als vor der Operation möglich, allerdings habe er nach wie vor Probleme beim Schlafen auf beiden Schulterseiten. Er führe

regelmässige Fitness- und Kraftübungen für beide Schultergelenke durch. Zur Beurteilung und zum Procedere hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ fest, bezüglich der linken Schulter zeige sich eine sehr gute und freie Schultergelenkfunktion, hier sei prinzipiell eine Arbeitswiedereingliederung möglich. Bezüglich der rechten Schulter zeige sich allerdings eine ähnliche Problematik wie bei der operierten linken Schulter mit instabiler SLAP-Läsion und entsprechender Beschwerdesymptomatik. Der Beschwerdeführer sehe sich momentan noch nicht im Stande, seinen früheren Beruf als ... wieder auszuüben.

**3.2.2** Dr. med. M.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 30. April 2019 (act. II 104/3 f.) nach einer am 19. Februar 2019 an der rechten Schulter erfolgten Operation die folgenden Hauptdiagnosen auf:

- Ausgeprägte SLAP-Läsion Typ II mit Instabilität der langen Bizepssehne Schulter rechts
- PASTA-Läsion der Supraspinatussehne (Typ 1A nach Habermeyer)
- Hypertrophe Synovitis
- Lokale Chondropathie II – III° kaudales Glenoid

Der Beschwerdeführer führe weiterhin regelmässige aktive Physiotherapie durch, mittlerweile auch selbständig mit Kraftaufbau. Er sei sehr zufrieden mit dem Verlauf und könne beide Schultern gut bewegen. Es zeige sich eine sehr gute Schultergelenkfunktion rechts. Mit einem moderaten Kraftaufbau (PET-Flaschen, 2 - 3 kg Gewicht) könne begonnen werden. Eine entsprechende Physiotherapieverordnung sei nochmals ausgehändigt worden. Weitere spezifische Massnahmen darüber hinaus seien nicht erforderlich. Die Behandlung könne hiermit abgeschlossen werden.

**3.2.3** Die RAD-Ärztin med. pract. N.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in der Stellungnahme vom 29. Oktober 2019 (act. IIa 110) aus, es bestünden anhaltende Schulterschmerzen beidseits bei radiologisch nachgewiesenem Riss der Bizepssehnenverankerung am Schultergelenk und degenerativen Veränderungen, welche nach erfolgloser konservativer Behandlung zweizeitig operativ behandelt worden seien (24. April 2018 Schulteroperation links, 19. Februar 2019 Schulteroperation rechts). Seit dem 5. Dezember 2017 bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis zum 25. März 2018. Seit dem 26. März

2018 werde dem Beschwerdeführer eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der oben aufgeführte Arbeitsunfähigkeitsverlauf könne medizinisch für die körperlich schwer belastende Tätigkeit als ... nachvollzogen werden. Nach der Schulteroperation links vom 24. April 2018 sei das Leistungsvermögen für jegliche Tätigkeiten während drei Monaten aufgehoben gewesen. Ab dem 16. August 2018 (Orthopädie Spital L. \_\_\_\_\_: sehr gute Schulterbeweglichkeit links) bis zum 18. Februar 2019 sei eine angepasste, schulterschonende Tätigkeit zu 100 % möglich gewesen. Nach der Schulteroperation rechts vom 19. Februar 2019 bis zum 30. April 2019 (Orthopädie Spital L. \_\_\_\_\_: sehr gute Schulterbeweglichkeit rechts) habe erneut ein aufgehobenes Leistungsvermögen für jegliche Tätigkeiten während der Genesungsphase bestanden. Seit 05/2019 sei wieder eine angepasste, schulterschonende Tätigkeit, wie unten formuliert, vollumfänglich bis auf Weiteres leistbar. Aus Sicht des RAD sei die angestammte Tätigkeit als ..., eingestuft als körperlich schwer belastende Tätigkeit, dauerhaft seit spätestens 01/2018 (Röntgen Schulter links) nicht mehr leistbar. Aus Sicht des RAD seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags ohne zusätzliche Leistungsminderung möglich. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen (z.B. längeres Sitzen mit vorgeneigtem Kopf, stereotype Kopfbewegungen), Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, Überkopfarbeiten, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten mit Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 - 15 kg gehoben und getragen werden, dies jedoch nur bis Bauchhöhe.

**3.2.4** Im orthopädischen Privatgutachten der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2020 (act. IIa 135/3 - 13) wurden die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. IIa 135/11):

- St.n. Tenodese der langen Bicepssehne beidseitig mit /bei
  - verbliebener Tendopathie mit Tendinits beider Bicepssehnen
  - St.n. Debridement der Supraspinatussehne

- ausgeprägte SLAP-Läsion Typ II mit Instabilität der langen Bicepssehne Schulter rechts
- PASTA-Läsion der Supraspinatussehne (Typ 1A nach Habermeyer)
- Hypertrophe Synovitis
- lokale Chondropathie II-III° kaudales Glenoid

Die Gutachter führten aus (act. IIa 135/12), zusammengefasst liessen sich immer noch Pathologien an beiden Schultern feststellen. So zeigten die Bewegungsprüfungen beider Schultern Schmerzen beim Beschwerdeführer. Zwar seien die Bewegungsumfänge beider Schultern nicht wesentlich vom physiologisch Gesunden abweichend, jedoch liessen sich die erhobenen Befunde mit den schon im Sommer 2019 festgestellten Erkrankungen vereinbaren. Eine wesentliche Veränderung zur Erstbefundung habe sich heute nicht ergeben. Dies auch in Hinblick auf die Umfangsmessungen, welche nahezu konstant geblieben seien. Es sei somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer weiterhin mit seinen Armen körperlich aktiv sei und ein Muskelabbau durch Schonhaltung nicht entstanden sei, jedoch die Beschwerden und Einschränkungen nahezu unverändert vorhanden seien; glücklicherweise ohne Verminderung der Beweglichkeiten. Vordergründig bestehe eine klinisch darstellbare Tendopathie beider Bizepssehnen mit deutlicher Ausprägung. Diese schränkten den Beschwerdeführer ein und führten zu den immer noch geklagten und nachvollziehbaren Beschwerden. Aktuell bestehe für das Arbeitsfeld des ... sicherlich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aufgrund des bisherigen Verlaufes sei davon auszugehen, dass bei optimal umgesetzter Therapie eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Berufsfeld schrittweise bis auf etwa 80 % innert der nächsten zwölf Monate erreichbar erscheine. Für leichte Verweistätigkeiten ohne schulterbelastende Tätigkeiten (Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Überkopfarbeiten) bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Dies auch gemäss der Einschätzung der Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_ im Rahmen des stattfindenden Arbeitsversuchs. Bei optimal umgesetzter Therapie wäre diesbezüglich eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 - 100 % innert der nächsten sechs Monate zu erwarten.

**3.2.5** Im orthopädisch-psychiatrischen MEDAS-Gutachten vom 7. September 2020 (act. IIa 182.1 - 182.3) führten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. IIa 182.1/7 f.):

- Chronische Schulterbeschwerden beidseits (ICD-10 M79.61/Z98.8)
  - Status nach subakromialer Infiltration mit Kenacort links am 19. Januar 2018 (Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Spital L.\_\_\_\_\_)
  - Status nach arthroskopischer Labrumtrimmung, Tenodese der langen Bizepssehne, Debridement der Supraspinatussehne und Teilsynovialektomie links am 24. April 2018 bei SLAP-Läsion Typ II mit Instabilität der langen Bizepssehne, beginnender PASTA-Läsion der Supraspinatussehne und hypertropher Synovialitis (Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Spital L.\_\_\_\_\_)
  - Status nach arthroskopischer Labrumtrimmung, Tenodese der langen Bizepssehne, Debridement der Supraspinatussehne und Teilsynovialektomie rechts am 19. Februar 2019 bei SLAP-Läsion Typ II mit Instabilität der langen Bizepssehne, PASTA-Läsion der Supraspinatussehne, hypertropher Synovialitis und lokaler Chondropathie Grad II - III des kaudalen Glenoides (Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Spital L.\_\_\_\_\_)
  - radiologisch beidseits bis auf links geringe Partialruptur der Supraspinatussehne regelrechter Befund (MRI 18. und 22. Juni 2020)
  - klinisch Protraktionsfehlhaltung ohne relevantes funktionelles Defizit

Die Gutachter führten in der Konsensbeurteilung aus (act. IIa 182.1/8 f.), aus orthopädischer Sicht beeinflussten die chronischen Schulterbeschwerden beidseits bei Zustand nach beidseitiger Schulteroperation die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In der angestammten Tätigkeit könne aufgrund der objektivierbaren Befunde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen aus orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Schmerzverarbeitungsstörung und die Hyperventilation schränkten die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest, für körperlich andauernd mittelschwere und schwere sowie den wiederholten und vor allem kraftvollen Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau bedingende Verrichtungen einschliesslich jener als ... bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung seit April 2018 bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest, für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine zeitlich und

leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sollte dabei ebenso wie der häufige und vor allem kraftvolle Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulter-niveaus vermieden werden. Die Arbeitsfähigkeit sei für sämtliche Tätigkeiten von April 2018 bis August 2019 aufgehoben gewesen. Seit September 2019 sei die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu bestätigen.

Die Gesamtarbeitsunfähigkeit begründe sich durch die orthopädische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht relevant eingeschränkt.

**3.2.6** Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Tageskliniken des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2020 (act. IIa 202/2 - 5) im Zusammenhang mit der Behandlung vom 4. August bis 2. Oktober 2020 wurden die folgenden (psychiatrischen) Austrittsdiagnosen aufgeführt:

1. Posttraumatische Belastungsstörung - F43.1
2. Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] - F41.0
3. Mittelgradige depressive Episode - F32.1
  - Mittel- bis schwergradig (BDI-II vom 31. August 2020: Summenwert 39)
4. Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung

Während der gesamten Behandlungsdauer in der Tagesklinik habe eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bestanden, welche auch nach Austritt bei Bedarf rückwirkend bescheinigt werden könne. Der Beschwerdeführer werde auch nach Austritt nicht als voll arbeitsfähig erachtet; die Arbeitsfähigkeit sei im ambulanten Verlauf zu evaluieren. Der Beschwerdeführer habe an den Therapien regelrecht teilgenommen und habe keine Schwierigkeiten gehabt, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Von Beginn an habe er jedoch mit erhöhtem Antrieb imponiert, innerer Unruhe, Anspannung und Niedergestimmtheit, welche als Ausprägung einer agitierten Depression interpretiert worden seien. Es sei ihm bis zum Schluss schwer gefallen, ein gesundes Mass an Aktivität und Erholung zu finden. Es sei ihm weder im ... noch im ... gelungen, auf psychische oder somatische Warnsignale einer Überlastung zu reagieren. Eine indizierte Traumatherapie sei angesprochen worden. Der Beschwerdeführer sei im Alltag kooperativ und flexibel gewesen, insbesondere in Tätigkeiten wie ... und sich um Andere in der Gruppe kümmern, sei er aufgegangen. Sich auf sich selber besinnen,

"Leerzeiten" mit sich verbringen oder in der Pause Teil der Gruppe sein, sei ihm kaum gelungen. Wenn er alleine Zeit für sich gehabt habe, habe er diese mit ...- und ...übungen gefüllt, für welche er in seinem Alltag und zuhause keinerlei Platz finde. Der Austritt sei in gegenseitigem Einverständnis erfolgt, auch wenn seitens der Behandlerinnen eine klare Indikation für eine vertiefte integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Sinne einer teilstationären Behandlung weiter bestehe. Der Beschwerdeführer habe auch weiteres Interesse an der Tagesklinik bekundet, könne sich jedoch erst nach Klärung der Frage bezüglich Schulter-OP auf eine vertiefte Auseinandersetzung mit seinen psychischen Themen befassen.

**3.2.7** In der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS vom 11. Januar 2021 (act. IIa 207) wurde festgehalten, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei im Bericht der Psychiatrischen Tageskliniken des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2020 (act. IIa 202/2 - 5) nicht näher erläutert worden. Wie bereits erwähnt, sei der Beschwerdeführer nie in ... verwickelt worden, sei nie gefangen genommen worden, sei nie verletzt worden. Es bestünden somit keine Voraussetzungen, um diese Diagnose stellen zu können. Der Beschwerdeführer sei nie Opfer schwerer Misshandlungen gewesen, sei nicht gefoltert worden, sei nie mit dem Tod bedroht gewesen. Es bestünden auch keinerlei Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie angstbesetzte Träume, Nachhalleninnerungen. Eine Panikstörung könne ebenfalls nicht diagnostiziert werden. Er habe bis 2018 gearbeitet, habe dabei einen guten Verdienst erzielt, habe bei der Arbeit nie unter irgendwelchen Angstatacken gelitten. Er habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht über Ängste berichtet. Er könne sich in der Öffentlichkeit frei bewegen. Beispielsweise habe er von 02/2020 bis 06/2020 in ... gearbeitet, die Wegzeit habe zwei Stunden betragen, er habe weder beim Weg zur Arbeit noch während der Arbeit irgendwelche Panikattacken gehabt. Der Beschwerdeführer habe einzig das Gefühl geäußert, dass er manchmal zu schnell atme, wenn er arbeite, sich dann dessen bewusst werde und sich innert Minuten beruhigen könne. Diese Feststellungen genügten nicht, um eine Panikstörung diagnostizieren zu können. Die mittelgradige depressive Episode sei von der psychiatrischen Tagesklinik damit begründet worden, dass der Beschwerdeführer bei der Selbsteinschätzung einen Score von 39 erreicht habe, was einer

schweren Depression entspreche. Im Rahmen einer Begutachtung hätten Selbstbeurteilungsfragebögen keinen Platz. Der Beschwerdeführer habe gemäss dem Austrittsbericht regelrecht an den Therapien teilgenommen, habe keine Mühe gehabt, sich an die Regeln und Routinen anzupassen. Er habe regelmässig ..., habe ...übungen gemacht. Er habe Freude am ... gehabt, habe sich um andere in der Gruppe gekümmert. Alle diese Verhaltensweisen, vor allem die Fähigkeit ... zu können, schlossen eine mittelgradige oder schwere depressive Episode aus. Die von der Psychiatrischen Tagesklinik des Spitals L. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen könnten also nicht bestätigt werden. Beim Beschwerdeführer liege keine psychiatrische Störung vor, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige.

**3.2.8** In der Stellungnahme des Psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021 (im Gerichtsossier) zum MEDAS-Gutachten vom 7. September 2020 (act. Ila 182.1 - 182.3) wurden die folgenden (psychiatrischen) Diagnosen gestellt:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)
3. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)
4. Aktenanamnestisch: Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (ICD-10: F41.0)
  - teilremittiert

Zur Posttraumatischen Belastungsstörung wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer lägen die folgenden Geschehnisse und Folgen des ... vor: drei Monate auf der Flucht im Wald, Bombardierung seines Dorfs, Verlust des ... im ... , Rückkehr eines schwer traumatisierten ..., welcher fast nicht mehr geredet habe und nach mehreren Schlaganfällen auf u.a. die Pflege des Beschwerdeführers angewiesen gewesen sei. In dem Kontext sei nicht nachvollziehbar, inwiefern das Erleben von ... , Flucht und Gewalt keine "Bedrohung mit dem Tod" sein könne. Weiter berichte der Beschwerdeführer u.a. von lebhaften Träumen vom verstorbenen ... und der brennenden ..., zudem von Schreien der Frauen und Kinder aus der ..., welche er durch den Tag zeitweise höre und das Bild seines geschwächten .... Der Beschwerdeführer zeige die Gesamtheit (der gemäss ICD-10 geforderten)

Kriterien, vor allem Hypervigilanz und Angetriebenheit. Der Beschwerdeführer sei am 12. Mai 2021, nach fünfwöchigem Klinikaufenthalt aus der psychiatrischen Klinik des Spitals L. \_\_\_\_\_ in ... entlassen worden (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 12. Mai 2021 [Akten des Beschwerdeführers {act. l} 4]). Hier habe er sich, ähnlich den Schilderungen anderer Fachpersonen aus vergangenen psychiatrischen Behandlungen, sehr therapiemotiviert gezeigt, trotz schweren psychischen (u.a. Zunahme der depressiven Symptomatik, Angetriebenheit) wie auch somatischen (u.a. sehr hoher Blutdruck, bekannte Schulterbeschwerden) Belastungen. Ziel der Therapie sei eher, ihn in seinem Elan zu bremsen, Pausen gezielt einzuplanen und ihn an seine somatischen, wie psychischen Grenzen zu erinnern, als ihn zu motivieren, mehr zu arbeiten. Demnach stünden die Behandler vor einer paradoxalen Aufgabe, wenn der Beschwerdeführer zu einer Erhöhung des Arbeitspensums motiviert würde, da aus somatischer (Referenz Hausarzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zusätzlich somatische Problematiken durch weitere Ärzte bezeugbar) und psychiatrischer Sicht eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit nicht zu verantworten sei. Der Beschwerdeführer habe es selbstständig geschafft, einen Arbeitgeber zu finden, der ihm eine Probezeit mit reduziertem Pensum ermögliche. Er sei derzeit lediglich 35 % arbeitsfähig aus Sicht des Hausarztes und aus psychiatrischer Sicht. Die psychische Gesundheit und damit die finanzielle und psychosoziale Situation der Familie sei ständig bedroht, wenn Behörden und Fachpersonen die schwere der Erlebnisse des Beschwerdeführers und die Auswirkungen auf seinen Zustand bagatellisierten und notwendige Unterstützung verweigerten. Entwertende Schreiben destabilisierten ihn aus klinischer Sicht jeweils extrem, sogar mehr als er dies subjektiv benennen würde. Mindestens eine Teilrente, welche ihm aufgrund seines multifaktoriellen Leidens zustehe, würde die notwendige Entlastung, Erholungsphase und finanzielle Sicherheit mit sich bringen, um ein gewisses Pensum auf längere Sicht auf dem ersten Arbeitsmarkt leisten zu können und gleichzeitig eine gewisse psychische Stabilität zu erlangen. Zudem stehe es ihm zu, fachlich gerecht dargestellt und nicht grundlos entwertet zu werden.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** 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).

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

**4.1.3** 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).

**4.2** Das orthopädisch-psychiatrische MEDAS-Gutachten vom 7. September 2020 (act. Ila 182.1 - 182.3; inklusive der Stellungnahme vom 11. Januar 2021 [act. Ila 207]) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Es ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet.

**4.2.1** Die anlässlich der orthopädischen Exploration erhobenen Befunde sowohl an der HWS wie an den Schultern stehen in Übereinstimmung mit denjenigen, wie sie anlässlich der Verlaufsexpertise von den Privatgutachtern F.\_\_\_\_\_/G.\_\_\_\_ in der Expertise vom 10. Januar 2020 erhoben wurden (HWS: kein paravertebraler Muskelhartspann, Myogelosen nicht tastbar, keine Schmerzangaben bei Rotationsbewegungen [act. Ila 135/5]; Schultern: passive und aktive Bewegungsprüfungen problemlos durchführbar, Druck- und Bewegungsschmerzen werden nicht ausgelöst, Schürzen-/Nackengriff durchführbar [act. Ila 135/6 f.], keine relevante Bewegungseinschränkung [act. Ila 135/11]). Ebenso entspricht das vom MEDAS-Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil für schulteradaptierte Tätigkeiten (act. Ila 182.3/11) in etwa demjenigen der Privatgutachter (act. Ila 135/12). Der Beschwerdeführer beanstandet denn auch einzig die Diskrepanz in der Beurteilung des Grades der Arbeitsfähigkeit (Beschwerde, S. 7, IV./2.) und übersieht dabei, dass sich die Privatgutachter im Zeitpunkt der Untersuchung zum Grad der Arbeitsfähigkeit nicht aus medizinisch-theoretischer Sicht geäussert, sondern – überwiegend wahrscheinlich entsprechend dem Auftrag der Rechtsvertretung mit Blick auf die von der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_ erwartete Steigerung des Pensums (vgl. dazu act. Ila 158/4 unten [Standortgespräch Abklärungsstelle D.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2020 in Anwesenheit des Rechtsvertreters]) – zum aktuell geleisteten Pensum Stellung genommen und dieses aufgrund der erhobenen Befunde auf bis zu 100 % steigerbar gehalten haben (act. Ila 135/12). So hielt denn bereits im Dezember 2019 der Hausarzt Dr. med. O.\_\_\_\_ die von der Beschwerdegegnerin und der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_ erwartete Steigerung des Pensums auf 100 % für absolut rea-

listisch (Protokoll der Beschwerdegegnerin per 16. Juli 2021 [im Gerichts-dossier], S. 10, Eintrag vom 13. Dezember 2019). Aufgrund des Umstandes, dass die Schulterbehandlung am 29. April 2019 bei guter Beweglichkeit beider Schultern und Zufriedenheit des Beschwerdeführers für abgeschlossen erklärt wurde (act. IIa 104/3 f.), ist nicht nachvollziehbar, weshalb die von den Privatgutachtern für möglich und zumutbar gehaltene Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht auf einen früheren Zeitpunkt hin gefordert werden durfte. Insoweit überzeugt der MEDAS-Gutachter, wenn er den Beginn für die Frist, binnen welcher mit Bezug auf eine adaptierte Tätigkeit spätestens wieder eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit erwartet werden kann, bei erfolgreich verlaufener Operation auf den Tag der Operation ansetzt (act. IIa 182.3/11, Ziff. 8.2.5). Die Frist beträgt in Übereinstimmung mit den Privatgutachtern (vgl. act. II 135/12) längstens sechs Monate.

**4.2.2** Die Kritik am psychiatrischen Teilgutachten (Beschwerde, S. 4 ff., IV./1) erweist sich als unbegründet. Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hat mit überzeugender Begründung (act. IIa 182.2/9) ausgeschlossen, dass beim Beschwerdeführer eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren ist bzw. dass er im Beurteilungszeitpunkt noch an den Folgen einer solchen gelitten hat. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei nie in ... verwickelt gewesen, sei nie gefangen genommen und nie verletzt worden. Er sei traurig darüber, dass sein ... im ... getötet worden sei. Er habe auch fliehen müssen, sei in die Schweiz emigriert. Er träume gelegentlich davon, dass er von ... verfolgt werde. Er reise aber jedes Jahr dreimal in seine Heimat, wo das Elternhaus aufgebaut worden sei und wo sich die ... abgespielt hätten. Darauf freue er sich jeweils sehr. Es sei mit dem Beschwerdeführer auch möglich, über die Erfahrungen im ... zu sprechen, ohne dass er dabei in vegetative Erregung geraten wäre. Die belastenden Ereignisse hätten anfangs der neunziger Jahre stattgefunden. Der Beschwerdeführer lebe seit 1993 in der Schweiz, habe hier bis 2018 ohne grössere Schwierigkeiten gearbeitet. Er habe eine Familie gegründet, habe eine sehr gute Beziehung mit seinen Kindern. Weder die Voraussetzung noch die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung seien somit vorhanden. Die vom Spital L.\_\_\_\_\_, auf der Station ..., gestellten Diagnosen (vgl. act. II 40/2

ff.; act. IIa 167) könnten also in keiner Art und Weise bestätigt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Dass die von den Psychiatrischen Diensten des Spitals L.\_\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der psychiatrischen Klinik R.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose (vgl. act. II 14, 36/2 ff.) nicht zutrifft, hat im Übrigen bereits der Vorgutachter Dr. med. Dr. phil. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Gutachten der Gutachterstelle T.\_\_\_\_\_ vom 23. März 2007 aufgrund der von ihm erhobenen Befunde überzeugend begründet (act. II 20/24). Er hielt fest, für eine manifeste posttraumatische Störung (Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Intrusivität, neurovegetative Entkoppelung) liessen sich anlässlich der eigenen Untersuchung keine Befunde objektivieren, welche für eine Berufsunfähigkeit von Relevanz sein könnten. Vielmehr liege eine Anpassungsstörung mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen vor. Der Lebenslauf in der Schweiz sei, neben der „...sucht“, gezeichnet durch den Verdacht auf persönlichkeitsbezogene, dissoziale Anteile, welche im Austrittsbericht des Zentrums U.\_\_\_\_\_, Spital L.\_\_\_\_\_, in narrativer und wenig strukturierter, teils begriffslogisch unklarer Form, aufgeführt würden. Diese Schilderungen legten den Schluss nahe, dass es sich hier insgesamt um eine primär dysfunktionale Fehlverarbeitung handle, welche nicht als „genuine, selbständige psychiatrische Störung“, sondern als eine „erlebnisreaktive Störung“ vor dem Hintergrund eines persönlichen Scheiterns auf den verschiedensten privaten und sozialen Ebenen zu rezipieren sei. Die aktenmässig aufgeführte „Regression“ (Dr. med. Q.\_\_\_\_\_) als „krankheitsunterminierender Prozess“ könne hier aus psychodynamischer Sicht nur bestätigt werden. Es handle sich hier, in einem psychodynamisch-hierarchischen Krankheitskonzept, primär um eine dysfunktionale „Regression“, welche in einem Prozess sich gegenseitig bedingender Faktoren, dann tatsächlich zu glaubwürdigen „Panikattacken“ und „depressiven Verstimmungen“ geführt hätten. Sodann hat der psychiatrische MEDAS-Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in der ergänzenden Stellungnahme vom 11. Januar 2021 (act. IIa 207) noch einmal überzeugend und schlüssig dargelegt, dass weder eine Posttraumatische Belastungsstörung noch eine Panikstörung noch eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen haben.

Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 3, Ziff. 5, zutreffend darauf hinweist, hat Dr. med. P. \_\_\_\_\_ durchaus psychiatrische Diagnosen gestellt (Schmerzverarbeitungsstörung, Hyperventilation [act. IIa 182.2/6]), indessen aufgrund der erhobenen Befunde mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung daraus keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abgeleitet (act. II 182.2/6 f.). Schliesslich kann aus dem Umstand, dass die behandelnden Ärzte dem Beschwerdeführer Psychopharmaka verabreichen, nicht auf eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Erkrankung geschlossen werden (Beschwerde, S. 6, IV./1.), wobei festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben seit Behandlung seiner ...sucht in der psychiatrischen Klinik R. \_\_\_\_\_ vor 15 Jahren keine psychiatrische Behandlung mehr beanspruchte (act. II 90) bzw. sich erst wieder ab März 2020 in psychotherapeutische Behandlung begab (act. IIa 182.2/2).

Schliesslich macht der Beschwerdeführer in der Stellungnahme vom 12. August 2021 (im Gerichtsossier) unter Beilage der Stellungnahme des Psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021 (im Gerichtsossier) geltend, der zentrale Punkt der Beschwerdeerhebung betreffe nicht die Schulterproblematik, sondern die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung (Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung), wobei die Beschwerdegegnerin diese wesentliche Gesundheitsbeeinträchtigung unberücksichtigt lasse. Die erwähnte Stellungnahme wurde nach dem hier für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt – dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2021 (act. IIa 219; vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – verfasst und ist nur insoweit zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Das Psychiatrische Ambulatorium des Spitals L. \_\_\_\_\_ nimmt einen advokatorischen Standpunkt ein, indem es festhält, dass dem Beschwerdeführer mindestens eine Teilrente zustehe. Zudem wird ausschliesslich auf die subjektiven, nicht überprüfbaren Angaben über Erlebnisse abgestellt, welche den Beschwerdeführer über Jahre hinaus nicht daran hinderten, erwerbstätig zu sein. Bei all dem ist schliesslich auch der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits

und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits Rechnung zu tragen; diese lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5), was vorliegend nicht der Fall ist.

Der Sachverhalt ist folglich rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweissmassnahmen kann 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) verzichtet werden.

Da aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (act. IIa 182.2/6), ist vorliegend die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (Indikatorenprüfung [vgl. E. 2.3 hier- vor]) nicht erforderlich.

**4.3** Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist für die Invaliditätsbemessung das von der MEDAS formulierte und mit der Beurteilung der RAD-Ärztin in Übereinstimmung stehende (act. IIa 110/7) Zumutbarkeitsprofil wegleitend.

## **5.**

**5.1** 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).

**5.2** 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).

**5.2.1** 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).

**5.2.2** 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 Lohnstrukturhebungen (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 Ein-

schränkung, 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). 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).

**5.3** 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). Die Leistungsanmeldung erfolgte im Mai 2018 (act. II 53) und seit dem 5. Dezember 2017 wurde dem Beschwerdeführer eine im Durchschnitt 74.25 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. IIa 95.5 f.). Mit Blick auf diese Gegebenheiten und unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und des Wartjahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.4 hiervor) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Anfang Dezember 2018. Laut MEDAS-Gutachten war der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt bzw. von April 2018 bis August 2019 in sämtlichen Tätigkeiten voll arbeitsunfähig (act. IIa 182.1/9 Ziff. 4.7.5). Dies vermag indes nicht zu überzeugen, hielt die RAD-Ärztin med. pract. N. \_\_\_\_\_ doch am 29. Oktober 2019 (act. II 110) fest, nach der Schulteroperation links vom 24. April 2018 sei das Leistungsvermögen für jegliche Tätigkeit während drei Monaten aufgehoben gewesen; ab dem 16. August 2018 bis zum 18. Februar 2019 sei eine angepasste, schulterchonende Tätigkeit zu 100 % möglich gewesen. Dabei verweist sie auf den Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2018 (Behandlung vom 13. August 2019; act. II 95.3/26 f.), gemäss welchem sich bezüglich der linken Schulter eine sehr gute und freie Schultergelenkfunktion zeigte. Laut dem Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 25. September 2018 (Behandlung vom 19. September 2018; act. IIa 95.3/20 f.) führte der Beschwerdeführer

ein regelmässiges Fitnesstraining durch mit Hanteltraining bis 25 - 30 kg Gewicht; zudem gab der Beschwerdeführer an, er sei mittlerweile wieder vollständig berufstätig. Gemäss der Taggeldabrechnung der Krankentaggeldversicherung bezog er zumindest vom 1. Oktober 2018 bis 18. Februar 2019 mit Bezug auf die seinem Gesundheitszustand nicht angepasste angestammte Tätigkeit Taggelder für eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit (act. Ila 95.5). Damit ist auf die schlüssige und überzeugende Einschätzung der RAD-Ärztin abzustellen, wonach vom 16. August 2018 bis zum 18. Februar 2019 in einer leidensangepassten, insbesondere schulterschonenden Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestand. Dem steht auch der Umstand nicht entgegen, dass der Beschwerdeführer ab dem 20. Juni 2018 über zunehmende Schulterbeschwerden rechts klagte (Bericht Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2018; act. Ila 95.3/29 f.) und er seine Stelle als ... im ...bereich per 30. September 2018 verloren hat (act. Ila 95.4/2).

Am 19. Februar 2019 erfolgte eine Operation an der rechten Schulter (act. II 89/5 f.). Diesbezüglich hielt der Orthopäde der MEDAS fest, spätestens sechs Monate nach dem Eingriff (d.h. am 19. August 2019) sei von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (act. Ila 182.3/11 Ziff. 8.2.5). Wenn die Beschwerdegegnerin die durch die zweite Operation dauerhaft eingetretene Verbesserung per Ende November 2019 annimmt, erweist sich dies unter den gegebenen Umständen als wohlwollend falsch, erfolgte doch der Behandlungsabschluss zufolge Beschwerdefreiheit und guter Schulterbeweglichkeit bereits am 29. April 2019 (act. Ila 104/3 f.), womit die RAD-Ärztin grundsätzlich zutreffend per Mai 2019 davon ausging, eine angepasste, schulterschonende Tätigkeit (körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten) seien ganztags ohne zusätzliche Leistungsminderung wieder möglich und zumutbar (act. Ila 110/7). Auch der Hausarzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_ berichtet Ende Juni 2019 unter Hinweis auf den Bericht des Operateurs vom 29. April 2019 (act. Ila 104/3 f.) von einem erfreulichen Verlauf und zunehmenden Schmerzen bei Belastungen über der Horizontalen (act. Ila 97/2), wobei es sich um Belastungen handelte, welche nicht dem Zumutbarkeitsprofil entsprachen.

**5.4** Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist per 1. Dezember 2018 ein erster Einkommensvergleich vorzunehmen. Vom 19. Februar 2019 bis 30. April 2019 war die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit aufgehoben, so dass für diese Zeit ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiert. Schliesslich ist per 1. Mai 2019 ein weiterer Einkommensvergleich vorzunehmen.

**5.4.1** Für das Valideneinkommen ist vom zuletzt bei der H.\_\_\_\_\_ AG im Jahr 2018 erzielten Erwerbseinkommen von Fr. 84'660.-- auszugehen (act. II 76/3), da der Beschwerdeführer diese Anstellung aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. Protokoll der Beschwerdegegnerin per 16. Juli 2021 [im Gerichtsossier], S. 1, Eintrag vom 11. September 2018; in der Kündigung vom 30. August 2018 [act. IIa 95.4/2] werden als Kündigungsgrund jedoch wirtschaftliche Gründe angegeben). Indexiert auf das Jahr 2019 resultiert ein Betrag von Fr. 85'496.55 (Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016 - 2020, Wirtschaftszweig F, Ziff. 41 - 43, Baugewerbe/Bau, Index Jahr 2018: 101.2 Punkte, Index Jahr 2019: 102.2 Punkte).

**5.4.2** Da der Beschwerdeführer die nach Eintritt des Gesundheitsschadens bzw. erfolgreicher Behandlung verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft (vgl. Bericht des Psychiatrischen Ambulatoriums des Spitals L.\_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021, S. 3 [im Gerichtsossier]), ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE festzulegen. Auszugehen ist von den LSE 2018, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, im Betrag von Fr. 5'417.-- monatlich bzw. Fr. 65'004.-- jährlich. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2018 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 67'766.65 (Fr. 65'004.-- : 40 h x 41.7 h). Die Indexierung auf das Jahr 2019 ergibt einen Betrag von Fr. 68'367.55 (Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016 - 2020, Wirtschaftszweig Total, Index Jahr 2018: 101.5 Punkte, Index Jahr 2019: 102.4 Punkte). Einen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 5.2.2 hiervoor) hat die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht gewährt.

**5.5** Die Gegenüberstellung der hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt sowohl per 1. Dezember 2018 als auch per 1. Mai 2019 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 20 % (2018:  $100 / \text{Fr. } 84'660.-- \times [\text{Fr. } 84'660.-- - \text{Fr. } 67'766.65] = 19.95 \%$ ; 2019:  $100 / \text{Fr. } 85'496.55 \times [\text{Fr. } 85'496.55 - \text{Fr. } 68'367.55] = 20.03 \%$ ; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

Damit bestand – entgegen den Ausführungen in der angefochtenen Verfügung – ab dem 1. Dezember 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 20 % kein Rentenanspruch. Ein solcher entstand in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV (vgl. E. 2.6.2 hiervor) mit Blick auf die ab dem 19. Februar 2019 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit ab dem 1. Mai 2019 und zwar bei einem Invaliditätsgrad von 100 % im Umfang einer ganzen Rente. Da ab dem 1. Mai 2019 wiederum eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gegeben war, ist der Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad wiederum von 20 % in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 2.6.2 hiervor) per Ende Juli 2019 zu befristen.

**5.6** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen. Die angefochtene Verfügung vom 19. Mai 2021 (act. IIa 219) ist insoweit abzuändern, als vom 1. Mai bis 31. Juli 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht. Ab dem 1. August 2019 besteht kein Rentenanspruch mehr. Der Beschwerdeführer wurde auf eine mögliche Schlechterstellung mit prozessleitender Verfügung vom 23. Juli 2021 hingewiesen.

## **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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 19. Mai 2021 wird insoweit abgeändert, als vom 1. Mai bis 31. Juli 2019 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht. Ab dem 1. August 2019 besteht kein Rentenanspruch mehr.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. August 2021 inkl. Beilage)
  - 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.