

200 21 619 IV
WIS/FRN/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. November 2022

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juli 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2017 zur Früherfassung bzw. im Mai 2017 unter Hinweis auf eine Autoimmunerkrankung sowie eine chronische Pankreatitis bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 6). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Mit Verfügung vom 6. November 2018 (act. II 79) schloss sie die berufliche Eingliederung ab. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) empfahl in der Folge die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (act. II 117 S. 11). Mit Schreiben vom 4. September 2019 (act. II 129) zeigte die IVB dem Versicherten – unter Angabe der Fachdisziplinen (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie, Neurologie sowie Neuropsychologie) und des Fragekataloges – die vorgesehene polydisziplinäre Begutachtung durch die C._____ (MEDAS) an. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden (act. II 135 S. 2). Mit Verfügung vom 6. November 2019 (act. II 142) hielt die IVB an der Gutachterstelle sowie an den von dieser vorgesehenen Fachdisziplinen fest. Die MEDAS erstattete das Gutachten am 6. Mai 2020 (act. II 171.1-8). Mit Vorbescheid vom 17. Juli 2020 (act. II 181) stellte die IVB die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 8 % in Aussicht. Der Versicherte erhob dagegen Einwand (act. II 185, 198) und beantragte überdies die Zusprache beruflicher Massnahmen (act. II 190), woraufhin die IVB ein Belastbarkeitstraining vom 14. Juni bis 12. September 2021 gewährte (act. II 212). Nachdem die IVB eine Stellungnahme bei der MEDAS eingeholt hatte (act. II 202), wies sie das Rentenbegehren dem Vorbescheid entsprechend mit Verfügung vom 7. Juli 2021 ab (act. II 216).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 7. September 2021 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Juli 2021 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei ab wann rechtens eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
3. Ev. zu Ziff. 2: Die Angelegenheit sei zur Vornahme weiterer Abklärungen, namentlich zur Vornahme eines polydisziplinären Gutachtens, an die Vorinstanz zurückzuweisen.
4. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen und der unterzeichnete Rechtsanwalt sei ihm als unentgeltlicher Rechtsbeistand beizuordnen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. September 2021 bat die Instruktionsrichterin den Beschwerdeführer, die in Aussicht gestellten Unterlagen inkl. Police der obligatorischen Krankenversicherung nachzureichen.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 4. Oktober 2021 reichte der Beschwerdeführer Belege zu seiner finanziellen Situation nach (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1-17) und machte weitere Ausführungen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Oktober 2021 erwog die Instruktionsrichterin, es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer über die D._____ bei der E._____ über eine Gesundheits-Rechtsschutzversicherung verfüge. Er wurde aufgefordert, bei seiner Rechtsschutzversicherung ein Gesuch um Kostengutsprache für das vorliegende Beschwerdeverfahren einzureichen und dem Gericht den schriftlichen Entscheid bis am 4. November 2021 zuzustellen.

Auf Begehren des Beschwerdeführers setzte die Instruktionsrichterin dem Beschwerdeführer am 12. Oktober 2021 Frist bis am 4. November 2021 zum Einreichen einer Replik.

Mit Eingabe vom 3. November 2021 teilte der Beschwerdeführer mit, er habe bei der E._____ ein Gesuch um Kostengutsprache eingereicht. Nun habe diese weitere Unterlagen angefordert, weshalb noch kein Entscheid vorliege. Überdies ersuchte er um Fristverlängerung von 30 Tagen zum Einreichen einer Replik. Die Instruktionsrichterin bewilligte dieses Gesuch und setzte entsprechend Frist bis am 6. Dezember 2021.

Mit Eingabe vom 2. Dezember 2021 teilte der Beschwerdeführer mit, da das Gesuch um Kostengutsprache von der E._____ gutgeheissen worden sei, ziehe er das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück. Zudem ersuchte er abermals um Fristverlängerung zum Einreichen einer Replik, was die Instruktionsrichterin mit Fristansetzung bis am 21. Januar 2022 bewilligte.

Mit Replik vom 9. Dezember 2021 bestätigte der Beschwerdeführer seine Rechtsbegehren Ziff. 1 bis 3.

Die Instruktionsrichterin schrieb das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Verfügung vom 10. Dezember 2021 ab.

Mit Duplik vom 3. Januar 2022 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Begehren auf Abweisung der Beschwerde fest.

Am 29. Juli 2022 ging beim Gericht eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers mit drei Berichten über dessen berufliche Eingliederung ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6-8).

Mit Stellungnahme vom 22. August 2022 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Juli 2021 (act. II 216). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG)

in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. dessen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

3.1.1 Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Bericht der Klinik G._____, Spital H._____, vom 21. Januar 2018 (act. II 34 S. 5 ff.) insbesondere eine chronisch-kalzifizierende Pankreatitis, Erstdiagnose (ED) 2011, einen Status nach Leberabszess, ED 30. August 2017, einen Morbus Crohn, ED Oktober 2010, eine enteropathische Spondyloarthritis, rezidivierende, depressive Episoden bei akzentuierter Persönlichkeit mit impulsivem Verhalten, eine Paracetamol-Intoxikation mit transientem Leberversagen, eine perioperative Opiatabhängigkeit sowie einen Nikotinabusus (S. 5 f.). Der Beschwerdeführer stelle sich erneut vor aufgrund anhaltender Schmerzen sowie Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme (S. 5). Vereinbart werde der Beginn der enteralen Ernährung über die Nasojejunalsonde im Hinblick auf den progredienten Gewichtsverlust sowie die Veranlassung einer Bildgebung mittels CT-Abdomen bezüglich Reevaluation der pankreatischen Situation (S. 7).

3.1.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Anästhesiologie, Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, K._____, Assistenzärztin (heute: Fachärztin für Rheumatologie) sowie Dr. L._____, Physiotherapeut, führten nach einer Konsultation im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde im Bericht der Klinik M._____, Spital H._____, vom 22. November 2018 (act. II 86 S. 4 ff.) aus, der Beschwerdeführer habe vor einer Woche wegen stärksten akuten Schmerzen hospitalisiert werden müssen (S. 4). Beim Beschwerdeführer liege eine komplexe Schmerzproblematik vor. Es träten rezidivierende Schmerzexazerbationen im Rahmen der chronischen Pankreatitis auf, ca. alle acht Wochen mit Bedarf einer Hospitalisation zur Schmerzeinstellung und wofür eine bereits jahrelange Opiattherapiebedürftigkeit, aktuell mit Transtec Pflaster, notwendig sei. Die Krankengeschichte passe bei zugrundeliegender somatischer Ursache gut in ein psychosomatisches Konzept mit einer zentralen Sensibilisierung und folglich Dysbalance im Bereich verschiedener Organsysteme (S. 86).

3.1.3 Dr. med. J. _____ diagnostizierte im Bericht des Neurozentrums, Spital H. _____, vom 4. Juni 2019 (act. II 108) chronische Schmerzen mit rezidivierenden Schmerzexazerbationen bei chronisch kalzifizierender Pankreatitis (S. 2). Es sei ein stationärer Aufenthalt auf der psychosomatischen Abteilung geplant (S. 1). Es bestehe eine Einschränkung bei allen Tätigkeiten im Rahmen der verminderten körperlichen Belastung (S. 2).

3.1.4 Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, diagnostizierte im Bericht des Bauchzentrums, Spital H. _____, vom 18. Juli 2019 (act. II 120) insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode im Rahmen Diagnose 1, eine chronisch-kalzifizierende Pankreatitis Cambridge IV, einen Morbus Crohn mit enteropathischer Spondyloarthritis sowie eine schwierige Ernährungs-Situation bei chronischen postprandialen Schmerzen bei chronisch-kalzifizierender Pankreatitis (S. 1 f.). Anamnestisch bestünden nach jeder Nahrungsaufnahme epigastrische Schmerzen, die gürtelförmig in den linken und rechten Oberbauch ausstrahlten. Oft bestünden Schlafstörungen wegen der Schmerzen. Es liege eine komplexe langjährige Krankenvorgeschichte mit Pankreatitis, Morbus Crohn und ausgeprägter Schmerzsymptomatik vor (S. 3).

3.1.5 Prof. Dr. med. F. _____ führte im Bericht der Klinik G. _____, Spital H. _____, vom 17. Oktober 2019 (act. II 140) aus, aus seiner Sicht bestehe eine erhebliche gastrointestinale Problematik, die trotz zahlreichen Untersuchungen und Konsultationen nicht restlich geklärt sei. Die chronische Pankreatitis als Ursache der Schmerzen oder zumindest eines Teils der Schmerzen (neben Morbus Bechterew und Morbus Crohn) sei sicher ein zentraler Punkt im Gesamtbild. Der Verlauf im 2018 und 2019 sei auch gekennzeichnet durch eine Schmerzzunahme bei Nahrungsaufnahme, was wiederholt durch Sondernahrung habe behandelt werden müssen (S. 4).

3.1.6 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom am 6. Mai 2020 (act. II 171.1-8) basiert auf Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie, Neurolo-

gie sowie Neuropsychologie. Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 171.1 S. 7):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- PEG-Sondeneinlage seit August 2018

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisch-kalzifizierende Pankreatitis, ED 2011
- Status nach Leberabszess im 2017
- Angst und Depression gemischt (ICD-10: F41.2)
- Opiatmissbrauch (ICD-10: F11.1)
- Status nach zumindest Alkoholmissbrauch, DD: Alkoholabhängigkeit mit alkoholinduzierter Pankreatitis (ICD-10: F10.1)

In neurologischer, psychiatrischer sowie neuropsychologischer Hinsicht stellten die Gutachter keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 171.3 S. 53, 171.5 S. 60 f., 171.6 S. 62 f.).

Dr. med. O. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im internistischen Teilgutachten (act. II 171.2) aus, der 2008 erstdiagnostizierte Morbus Crohn verlaufe seit 2014 ohne Medikation in Remission beschwerdefrei (S. 51). Die Labordiagnostik habe internistisch relevant unauffällige Ergebnisse mit normwertigen Entzündungsparametern und unauffälligen Amylase-, Lipase- und Lebertransaminasenwerten ohne Hinweis auf eine aktuell floride Pankreatitis gezeigt. Morphin und Metamizol seien im Labor nicht nachweisbar gewesen, was gegen die anamnestische Angabe eines hohen Analgetikabedarfs spreche (S. 55). Die anamnestischen Schmerzangaben des Beschwerdeführers hätten nicht dem klinischen Eindruck des Untersuchers entsprochen. Für die reklamierten Beschwerden habe sich zumindest hinsichtlich der reklamierten Ausprägung kein ausreichendes objektives Befundkorrelat gefunden (S. 56). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei seit Einlage der PEG-Sonde im August 2018 aufgehoben. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Bei der angepassten Tätigkeit müsste es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit ohne hygienische, infektiologische oder mechanische Belastung der PEG-Sonde handeln, beispielsweise als ..., ... oder ... (S. 58 f.).

Dr. med. P. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, legte im rheumatologischen Teilgutachten (act.

II 171.4) dar, in der Zusammenschau der hiesigen Untersuchung und anhand des vorliegenden Aktenmaterials lasse sich die Diagnose einer enterepatischen Spondylarthropathie nicht bestätigen. Es hätten sich keine Hinweise auf ein entzündliches Geschehen gefunden. Für die reklamierten Beschwerden habe sich bei freier und nicht wesentlich schmerzgeplagter spontaner Beweglichkeit zumindest hinsichtlich der reklamierten Ausprägung kein ausreichendes Befundkorrelat gefunden. Über persistierende Diarrhoen (Achsensyndrom des Morbus Crohn) sei während der hiesigen Untersuchung nicht berichtet worden (S. 57). Die angestammte Tätigkeit als ... und ... sei wegen der PEG-Sonde seit August 2018 nicht mehr durchführbar (S. 64). Körperlich leichte Tätigkeiten, wechselnd belastend, seien als leistbar anzusehen (S. 65). Aus rheumatologischer Sicht sei der Einsatz von Opiaten nicht nachvollziehbar. Die geringen spinalen Veränderungen bedingten keinen Einsatz von opiathaltigen Schmerzmedikamenten (S. 67).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 171.1 S. 8).

3.1.7 Dr. med. N._____ führte in der Stellungnahme vom 29. September 2020 (act. II 190) aus, die chronische kalzifizierende Pankreatitis habe mit Endosonographie zweifelsfrei bestätigt werden können mit Nachweis eines 1 cm gestauten proximalen Pankreasgangs (normal <3mm) und mehreren Steinen im Pankreasgang. Leider habe sich die Symptomatik der chronischen Pankreatitis weder durch chirurgische Eingriffe noch durch endoskopische Eingriffe gebessert, weshalb aktuell die Therapie der Schmerzen und die Ernährung im Vordergrund stünden. Amylase und Lipase seien keine Verlaufsparemeter bei chronischer Pankreatitis, vielmehr könnten normale oder (wie beim Beschwerdeführer) eher niedrige Werte vorliegen, da die chronische Pankreatitis das Pankreasgewebe zerstöre. Eine spontane Ausheilung einer chronischen Pankreatitis sei eher nicht zu erwarten, somit gingen sie davon aus, dass der endosonographische Befund vom März 2017 immer noch die aktuelle Krankheitssituation reflektiere (S. 2). Der Morbus Crohn sei aktuell weitgehend inaktiv. Eine Schmerzpro-

blematik sei jedoch typisch bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, insbesondere Morbus Crohn. Die Schmerzen korrelierten dabei nicht strikt mit der Krankheitsaktivität. Aufgrund der chronischen Einschränkungen der chronischen Pankreatitis und des Morbus Crohn sei eine 100%ige Berufsausübung nicht vorstellbar (S. 3).

3.1.8 In der Stellungnahme vom 25. März 2021 (act. II 202) hielten die Gutachter fest, die von Dr. med. N._____ diskutierte Entzündung der Bauchspeicheldrüse und die postulierte sui generis Schmerzerkrankung begründeten keine Invalidität (S. 1). Dieser stelle auf subjektive Klagen ab. Objektivierte Befunde würden nicht berichtet. Dr. med. I._____ biete eine biologisch verstandene Ursache der vermeintlichen Schmerzen nicht an. Seine Angaben zu einem Abbau der polyvalenten analgetischen Medikation, einschliesslich suchtinduzierter Opioide, könne die im Rahmen der Begutachtung erhobenen Inkonsistenzen nicht aufheben. An der gutachterlichen Bewertung ergebe sich vorerst keine erkennbare Änderungsnotwendigkeit (S. 2).

3.2 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2020 KV Nr. 23 S. 111 E. 8.3.2). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Der Verzicht auf weitere Abklärungen verletzt etwa dann Bundesrecht, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare

Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage, wie namentlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person, auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet wird (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Februar 2017, 8C_344/2016, E. 2.1).

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

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 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2021 (act. II 216) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 6. Mai 2020 (act. II 171.1-8) gestützt. Dabei ist unter den Parteien unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... dauerhaft eingeschränkt ist. Uneinigkeit besteht demgegenüber hinsichtlich der Frage der Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Der Beschwerdeführer beanstandet, indem im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS keine Untersuchung des Beschwerdeführers in den Fachgebieten Gastroenterologie und Viszeralchirurgie stattgefunden habe, obschon die vorrangigen Beschwerden diesen Fachgebieten zuzuordnen seien, berücksichtige das MEDAS-Gutachten die geklagten Beschwerden in einem wesentlichen Teil nicht und beruhe nicht auf allseitigen Untersuchungen (Beschwerde Art. 4 S. 5 f.).

Erstellt und unbestritten ist, dass an der Begutachtung keine Fachärzte aus den Bereichen der Gastroenterologie und der Viszeralchirurgie beteiligt gewesen sind. Die MEDAS hielt die Begutachtung durch einen Facharzt der Allgemeinen Inneren Medizin mit der Begründung als ausreichend, die Bauchspeicheldrüse sowie der Morbus Crohn seien bereits mit der allgemein-internistischen Begutachtung abgedeckt, das Fachgebiet der Gastroenterologie habe sie dementsprechend gestrichen (act. II 128). Dies ist mit Blick auf die Vorakten weder schlüssig noch nachvollziehbar. Wie der Viszeralchirurg Prof. Dr. med. F. _____ zutreffend festgehalten hat, ist die chronisch-kalzifizierende Pankreatitis neben dem Morbus Bechterew und dem Morbus Crohn Ursache der Schmerzen und ein "zentraler Punkt im Gesamtbild" (act. II 140 S. 4). Diese Einschätzung stimmt mit den Vorakten überein, aus denen hervorgeht, dass der Beschwerdeführer u.a. wegen einer chronischen Pankreatitis, eines Morbus Crohn und einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik bereits seit Jahren insbesondere bei der Viszeralen Chirurgie und Gastroenterologie des Bauchzentrums in Abklärung und Behandlung ist, wobei die Ursachen der Beschwerden teilweise noch ungeklärt sind (u.a. act. II 9 S. 4 ff., 20 S. 8 ff., 30 S. 5 ff., 34 S. 5 ff., 40 S. 9, 47 S. 2 ff., 61 S. 6 ff., 71, 77, 120, 140).

Anlässlich der Begutachtung führte der Beschwerdeführer diesbezüglich anamnestisch aus, er leide trotz konsequenter und intensiver Schmerztherapie an ständigem Oberbauchschmerz (act. II 171.2 S. 45). Diese Gesundheitsproblematik wurde im internistischen Teil des MEDAS-Gutachtens beurteilt (act. II 171.2). Der entsprechende Gutachter, Dr. med. O. _____, ist Praktischer Arzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, verfügt jedoch über keine Weiterbildung im Bereich der Gastroenterologie oder der Viszeralchirurgie. Betreffend den Morbus Crohn hat er zwar

entsprechend den Angaben in den Vorakten darauf hingewiesen, dass dieser seit 2014 weitgehend inaktiv bzw. in Remission sei (act. II 113 S. 2 f., 120 S. 3, 172.2 S. 51). Der behandelnde Gastroenterologe, Dr. med. N._____, hat in seiner Stellungnahme vom 29. September 2020 (act. II 190) jedoch einleuchtend ausgeführt, dass eine Schmerzproblematik typisch sei beim Morbus Crohn, unabhängig von der Krankheitsaktivität (act. II 190 S. 3). Eine Beurteilung dieses Krankheitsbildes durch einen spezifischen Facharzt ist deshalb trotz bestehender Remission des Morbus Crohn angezeigt.

Des Weiteren verneinte Dr. med. O._____ das Vorliegen einer floriden Pankreatitis, weil die Labordiagnostik internistisch relevant unauffällige Ergebnisse mit normwertigen Entzündungsparametern gezeigt habe (act. II 172.2 S. 52). Diese Einschätzung überzeugt mit Blick auf die Beurteilung des behandelnden Gastroenterologen Dr. med. N._____ nicht. Letzterer hat in seiner Stellungnahme vom 29. September 2020 nachvollziehbar dargelegt, dass Amylase und Lipase bei chronischer Pankreatitis keine Verlaufsparemeter seien, da die chronische Pankreatitis zur Zerstörung des Pankreasgewebes führe, weshalb in der Folge normale oder niedrige Werte vorliegen könnten, wie dies beim Beschwerdeführer der Fall sei (act. II 190 S. 2). Zur Problematik der Chronifizierung des Leidens hat sich der Gutachter auch nach der von Dr. med. N._____ vorgebrachten Kritik am MEDAS-Gutachten nicht geäussert und sich lediglich auf den Standpunkt gestellt, die von Dr. med. N._____ diskutierte Entzündung der Bauchspeicheldrüse und die postulierte *sui generis* Schmerzerkrankung begründeten keine Invalidität (act. II 202 S. 1).

Nach dem Dargelegten erweist sich die Kritik des Beschwerdeführers als berechtigt, Dr. med. O._____ fehle die fachärztliche Kompetenz, zur Frage Stellung zu nehmen, ob und in welchem Ausmass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzen funktionelle Einschränkungen mit Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zeitigen. Eine gastroenterologische bzw. viszeralchirurgische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fand nicht statt. Zwar wurden die entsprechenden Einwände des Beschwerdeführers (act. II 135 S. 2) bereits in der unangefochten gebliebenen Zwischenverfügung vom 6. November 2019 (act. II 142) behandelt. Dieser

Verwaltungsakt vermochte jedoch von vornherein keine Rechtskraftwirkung zu entfalten, bleibt es dem angerufenen Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung doch unbenommen zu prüfen, ob eine bereits erfolgte Begutachtung für die streitigen Belange umfassend ist. Dass die Fachdisziplinen bei der Auftragsvergabe von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt werden (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353; Rz. 2077 KSVI im Stand vom 1. Januar 2018; vgl. für die Rechtslage ab 1. Januar 2022 Art. 44 Abs. 5 ATSG sowie Rz. 3101 KSVI im Stand vom 1. Juli 2022), ändert daran nichts. Für die Beurteilung der chronisch-kalzifizierenden Pankreatitis und des Morbus Crohn stellte Dr. med. O. _____ ohne diesbezügliche eigene Untersuchungsbefunde – einzig eine abdominelle Palpation sowie eine Labordiagnostik wurden durchgeführt (act. II 172.2 S. 49 f.) – allein auf die Vorakten ab. Auf die von den behandelnden Fachärzten in der Folge vorgebrachte Kritik an seiner gutachterlichen Einschätzung ging er nahezu gar nicht ein. Damit ist das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 6. Mai 2020 (act. II 171.1-8) in somatischer Hinsicht für die streitigen Belange nicht umfassend, beruht nicht auf allseitigen Untersuchungen und ist somit nicht beweiswertig. Auch die übrigen medizinischen Berichte bieten keine genügende Grundlage zur abschliessenden Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

3.4 Mithin ist der medizinische Sachverhalt in gastroenterologischer und viszeralchirurgischer Hinsicht nicht genügend abgeklärt. Die Beschwerde ist deshalb gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2021 (act. II 216) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch eine bislang nicht befasste MEDAS in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Visceralchirurgie, Rheumatologie, Neurologie sowie Psychiatrie unter Einbezug der Hilfsdisziplin Neuropsychologie veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge. Da die Beschwerdegegnerin eine gastroenterologische und viszeralchirurgische Abklärung bisher noch nicht veranlasst hat, ist von einer bisher vollständig ungeklärten Frage auszugehen. Überdies hat der Beschwerdeführer die Rückweisung eventualiter beantragt (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 3). Somit ist die Rückweisung zulässig (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1).

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der durch Rechtsanwalt B._____ vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 28. Juli 2022 ist mit Blick auf den doppelten Schriftenwechsel nicht zu beanstanden. Die Parteientschädigung wird auf total Fr. 6'521.20 (Aufwand Fr. 5'962.50 [22:05 x Fr. 270.--], Auslagen von Fr. 92.50 und Mehrwertsteuer [MWST] von Fr. 466.20) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Juli 2021 aufgehoben und die Sache an die Be-

schwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 6'521.20 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.