

200 22 253 IV
LOU/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. September 2022

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. März 2022



Sachverhalt:

A.

Der 1978 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), Staatsangehöriger von ..., wohnhaft in der Schweiz seit 2005, meldete sich erstmals im Juli 2011 unter Hinweis auf eine Krankheit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle des Kantons Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2, 19). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung (Expertise vom 1. Juni 2012 [AB 32.1 ff.]). Mit Verfügung vom 6. September 2012 (AB 45) verneinte die IVB einen Leistungsanspruch mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 47 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 6. Februar 2013, IV/2012/949 (AB 50), ab.

Auf die im März 2016 unter Hinweis auf permanente, belastungsabhängige Rückenbeschwerden, vor allem im lumbalen Bereich, sowie psychische Probleme erfolgte Neuanschuldung zum Leistungsbezug (AB 55) trat die IVB mit Verfügung vom 13. Juni 2016 (AB 68) nicht ein. Sie erwog, es sei nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse verändert hätten. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im November 2020 (Datum Poststempel) meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an (AB 72). Nach Vornahme erwerblicher und medizinischer Erhebungen teilte die IVB dem Versicherten am 28. Dezember 2020 mit (AB 85), dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Sie liess den Versicherten durch die MEDAS C._____ polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 10. Januar 2022 [AB 116.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2022 (AB 118) stellte die IVB dem Versicherten in Aussicht, einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 0 % zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 121, 129) verfügte die IVB am 17. März 2022 dem Vorbescheid entsprechend (AB 131).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die B. _____ AG, mit Eingabe vom 29. April 2022 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 17. März 2022 der IV-Stelle des Kantons Bern aufzuheben und es seien Herrn A. _____ die gesetzlichen Leistungen, namentlich berufliche Massnahmen, auszurichten.
2. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, um anschliessend neu zu entscheiden.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2022 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Der Beschwerdeführer reichte am 9. Juni 2022 einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters vom 7. Juni 2022 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 10) ein.

Am 21. Juni 2022 ging eine Stellungnahme der Beschwerdegegnerin ein.

Der Beschwerdeführer machte von der Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 23. Juni 2022), keinen Gebrauch.

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 Anträ-

gen 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 17. März 2022 (AB 131). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Soweit der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen beantragt (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 1), wurde darüber bereits mit Mitteilung vom 28. Dezember 2020 (AB 85) entschieden. Solche bilden folglich nicht Inhalt der angefochtenen Verfügung und damit nicht Anfechtungsgegenstand, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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).

Die angefochtene Verfügung datiert zwar vom 17. März 2022 (AB 131), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs mit Blick auf die Neuanschreibung vom November 2020 (AB 72) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. auch Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

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). 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).

2.3 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). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikato-

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

2.4 Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente bereits einmal wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmel-

dung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.6.1 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).

2.6.2 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.6.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 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).

2.6.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.7 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom November 2020 (AB 72) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. September 2012 (AB 45; bestätigt mit VGE IV/2012/949 [AB 50]) – als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte (vgl. E. 2.6.3 hiervor) – mit demjenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 17. März 2022 (AB 131) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6.2 hiervor). Nicht referenziell ist demgegenüber die Verfügung vom 13. Juni 2016 (AB 68), beruht diese doch nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung (vgl. E. 2.6.1 hiervor).

3.2 Die leistungsablehnende Verfügung vom 6. September 2012 (AB 45), welche mit VGE IV/2012/949 (AB 50) bestätigt wurde, basierte auf dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 1. Juni 2012 (AB 32.1 ff.). Interdisziplinär wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und ein Status nach Misshandlungen/Feindseligkeiten (ICD-10 Z65.5; vgl. hierzu auch AB 34.1 S. 5 Ziff. 4), sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (nicht ausreichend somatisch abstützbar; diffuse Druckschmerzangabe, lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in die Extremitäten, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Nervosität, Reizbarkeit, Kollapse; AB 32.1 S. 5 Ziff. III). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für eine angepasste Verweistätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Aus psychiatrischer Sicht könne auf die subjektiv im Vordergrund stehenden Schmerzen hingewiesen werden. Diese seien Ausdruck einer psychosomatischen Überlagerung im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Angesichts des Fehlens einer relevanten psychischen Komorbidität ergebe sich keine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die interdisziplinäre Beurteilung zeige für die bisher ausgeübten Tätigkeiten bzw. für angepasste Arbeiten keine krankheitsbedingte Einschränkung (AB 33). Eine angepasste Verweistätigkeit erfolge in einem temperierten Raum, beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert (AB 32.1 S. 10).

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Neuanmeldung vom November 2020 (AB 72) betrifft, ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung (AB 131) auf das MEDAS-Gutachten vom 10. Januar 2022 (AB 116.1 ff.). In der Konsensbeurteilung (AB 116.1 S. 8 ff. Ziff. 4) führten die Dres. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, sowie med. pract. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen auf (S. 8 Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5);
 - radiomorphologisch im Röntgen LWS ap/seitlich vom 22. November 2021: Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform mit tieflumbal rechts- sowie thorakal links-konvexer Torsionsskoliose, abgeflachter Lendenlordose, dorsalbetonter Osteochondrose LWK5/SWK1 bei beginnender Spondylarthrose LWK5/SWK1;
 - aktenanamnestisch Diskopathien L4/5, L5/S1 mit Einrissen in den Anulus fibrosus;
 - weder anamnestisch noch klinisch Hinweise für aktuelle oder residuelle sensorische lumboradikuläre Ausfälle.

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4);
- Leichte Fussfehlstatik (ICD-10 R29.8);
 - leichter Spreizfuss links mehr als rechts;
- Gemischt prädominant zentrale Schlafapnoe (ICD-10 G47.30);
 - CPAP-Therapie;
 - Übergewicht mit BMI von 26 kg/m² (ICD-10 E66.9);
- Thrombozytose unklarer Ätiologie (ICD-10 D75.9);
- Allergische Rhinitis (ICD-10 J30.1);
- Status nach Septumplastik und Conchotomie inferior beidseits am 17. Februar 2021 (ICD-10 Z98.8).

Weil beim Beschwerdeführer keine eigentliche angestammte berufliche Tätigkeit definierbar sei, da er in verschiedenen Bereichen arbeitstätig gewesen sei, verwiesen die Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf diejenige in einer angepassten Tätigkeit (AB 116.1 S. 9 Ziff. 4.6). Bei einer optimal angepassten Tätigkeit solle es sich um eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit handeln ohne stereotype Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule und ohne anhaltende Arbeiten in Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Das Heben und Tragen von Lasten

dürfe maximal 15 kg, selten 20 kg betragen, und körpernah erfolgen. Es bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit während acht bis achteinhalb Stunden pro Tag. Rückwirkend könne im Verlauf keine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung zugeordnet werden (S. 10 Ziff. 4.7).

Im internistischen Teilgutachten (AB 116.3) stellte Dr. med. F. _____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 6.1).

Med. pract. H. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten (AB 116.4) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, welche jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (ICD-10 F33.4; S. 5 Ziff. 6). Aktenanamnestisch sei es seit der Einreise in die Schweiz immer wieder zu depressiven Phasen gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich während der Untersuchung in einer ausgeglichenen Stimmungslage bei einem normalen Antrieb und einer guten affektiven Modulationsfähigkeit gezeigt. Betreffend eine Traumafolgestörung fände sich aktenanamnestisch zwar die Erwähnung, im Krieg traumatisierende Erlebnisse erlitten zu haben, es würden jedoch keine detaillierten Angaben hierzu gemacht, und auch in der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer angegeben, sich an überhaupt nichts erinnern zu können. Wenngleich es auch bei traumatisierten Personen durchaus vorkommen könne, dass Traumata nur lückenhaft erinnert werden könnten, wäre zu erwarten gewesen, dass der Beschwerdeführer wenigstens grobe Anhaltspunkte dahingehend gegeben hätte, was ihm wiederfahren sei. Flashbacks und Albträume seien negiert worden, so dass keine Traumafolgestörung zu diagnostizieren sei. Bezüglich der geschilderten Ängste, irgendetwas kaputt zu machen oder zu vergessen, seien diese keinem psychischen Störungsbild resp. keiner Erkrankung aus dem Spektrum der Angststörungen zuzuordnen, sondern allenfalls in einer allgemeinen Verunsicherung anzusehen. Betreffend die geschilderten Rückenschmerzen hätten sich keine Hinweise für das Bestehen einer Erkrankung aus dem Spektrum der somatoformen Störungen gefunden (S. 5 Ziff. 6.3). Der Beschwerdeführer befinde sich seit Jahren in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die derzeit stattfindende ambulante Behandlung sei als suffizient und leitliniengemäss zu werten, unter welcher eine gute psychische Gesamtstabi-

lilität habe erreicht werden können. Die Prognose sei gut, dass bei Fortführung der Behandlung auch weiterhin die psychische Stabilität aufrecht erhalten werden könne (S. 6 Ziff. 7.2). Was Konsistenz und Plausibilität angeht, führte der Experte aus, es hätten sich in der Untersuchung erhebliche Hinweise auf eine Aggravation von Beschwerden gefunden. Es könne zwar bei schwer depressiven Personen durchaus zu Gedächtnisstörungen im Sinne einer pseudodemenziellen Symptomatik kommen, jedoch habe im Zeitpunkt der Untersuchung keine schwer depressive Symptomatik bestanden und es sei wenig glaubhaft, dass jemandem die Geburtstage seiner Kinder, die Anzahl der Geschwister und das Datum der Einreise in die Schweiz nicht erinnerlich seien (S. 6 Ziff. 7.3.1). In der Alltagsgestaltung zeigten sich keine Einschränkungen (Ziff. 7.3.2). An einem Arbeitsplatz, welcher von einfachen und wenig komplexen Anlern Tätigkeiten geprägt sei, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 8.1 f.).

Im rheumatologischen Teilgutachten (AB 116.5) diagnostizierte Dr. med. G._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5 [...]; S. 5 f. Ziff. 6.1). Im Status der Lendenwirbelsäule bestehe eine leichtgradige Dysfunktion vor allem hinsichtlich der maximal möglichen Lateralflexion und Reklination mit einer Schmerzprovokation rein lumbogluteal ohne Ausstrahlung in die unteren Extremitäten. Im Rahmen eines im Nachgang zum Gutachten durchgeführten Röntgen hätten sich gewisse leichte osteochondrotische Veränderungen im lumbosakralen Übergang dorsalbetont sowie Zeichen einer beginnenden leichten Spondylarthrose im Segment LWK5/SWK1 gefunden, so dass insbesondere letzteres durchaus verantwortlich gemacht werden könne für die situativ vermehrten beklagten Beschwerden in maximaler Reklinations- und Rotationsposition der Lendenwirbelsäule. Es lägen keinerlei Hinweise weder für aktuelle noch residuelle sensomotorische lumboradikuläre Ausfälle vor (S. 6 f. Ziff. 7.1). Betreffend Konsistenz und Plausibilität zeigte der Experte auf, dass gewisse Inkonsistenzen in der Anamnese bestünden, indem der Beschwerdeführer angebe, dass er durchaus in der Lage sei, bei jeglichem Wetter ein bis zwei Stunden spazieren zu können, andererseits aber kaum in der Lage sei, eine ... anzuheben und zu tragen, da dies zu einer sofortigen Schmerzzunahme lumbal führe (S. 7 Ziff. 7.3.2). In Bezug auf das psychiatrisch-

rheumatologische Gutachten vom 1. Juni 2012 (AB 32.1 ff.) führte der Sachverständige aus, seit dem Zeitraum von Mai 2012 könne eine leichte Zunahme der degenerativen Veränderungen vor allem im lumbosakralen Übergang angenommen werden. Die Aussage im Vorgutachten, dass das gesamte Ausmass der beklagten Beschwerden nicht adäquat ausreichend somatisch abstützbar sei, könne aus heutiger Sicht in diesem globalen Sinne nicht mehr bestätigt werden. Es hätten im Gegensatz zum Vorgutachten keinerlei Hinweise für eine relevante Schmerzausdehnung resp. eine Schmerzgeneralisierungstendenz bestanden (S. 7 f. Ziff. 7.3.3). Bei einer optimal angepassten Tätigkeit sollte der Beschwerdeführer seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können, ungünstig seien stereotype Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule oder anhaltende Arbeiten in Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Es bestünden keinerlei Einbussen in Bezug auf manuell zu verarbeitende Tätigkeiten, idealerweise an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz. Ebenso wenig bestünden Einschränkungen in Bezug auf die Gehfähigkeit, so dass vielfältige Kontroll- und Überwachungsfunktionen vorstellbar seien. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe maximal 15 kg, selten 20 kg betragen. Weder heute noch gemäss Aktenlage sei in den letzten Jahren von einer höhergradigen oder anhaltenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus klinisch-rheumatologischer Sicht auszugehen (S. 8 f. Ziff. 8.1 f.).

3.3.2 Der behandelnde Arzt Dr. med. I. _____ diagnostizierte im Bericht vom 13. Februar 2022 (AB 121 S. 3) zu Handen der Beschwerdegegnerin eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), differenzialdiagnostisch eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1), eine Angst- und Panikstörung sowie eine Insomnie im Rahmen der ersten Diagnose. Obwohl der Schlaf und die Tagesmüdigkeit dank der Verwendung des CPAP-Gerätes etwas besser geworden seien, bestünden weiterhin psychische Einschränkungen. Der Beschwerdeführer leide extrem an Konzentrationsdefiziten und vergesse viel. Weiter leide er unter wahnhaften bis paranoiden Ideen und Beziehungswahn. Die zunehmend wahnhafte Symptomatik, bei der sowohl die schizophrene als auch depressive Symptomatik vordergründig sei, äussere sich mit Angst, Überforderung im Alltag, Gedächtnisstörung und Konzentrationsstörungen. Affektiv sei er niedergeschlagen und kaum schwingungs-

fähig. Einer Erwerbstätigkeit nachzugehen bzw. selbständig erwerbstätig zu sein, sei aktuell aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar.

3.3.3 Der Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im „Hausärztlichen Bericht und Einschätzung über Abklärung durch die IV im Hinblick auf IV Leistungen“ vom 16. Februar 2022 (AB 121 S. 7) fest, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei krankheitsbedingt dermassen reduziert, dass er unmöglich im ersten Arbeitsmarkt arbeitsfähig sei. Umso unverständlicher sei der Entscheid der IV, keine Leistungen gutzusprechen. Die abklärenden IV-Ärzte fänden es nicht nötig, fremdanamnestic Angaben einzuholen. Es müsse als ein Kunstfehler bezeichnet werden, wenn auf solch entscheidende, diagnostische Hilfsmittel verzichtet würde. Der psychiatrische Teil der IV-Abklärung in ... sei ganz klar nicht mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt worden und stelle eine klare Fehleinschätzung dar, weil er nicht dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers entspreche.

3.3.4 Im Bericht vom 7. Juni 2022 (BB 10) bestätigte Dr. med. I. _____ die gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an psychischen Einschränkungen. Dies äussere sich durch Angst, innere Unruhe, Konzentrations- und Auffassungsstörungen. Das formale Denken sei zum Teil beeinträchtigt. Intermittierend seien in den Gesprächen auch inhaltliche Denkstörungen wie Wahnwahrnehmungen zu beobachten. Bestimmte Ereignisse würden wahnhaft fehlinterpretiert. Der Beschwerdeführer sei weiterhin in seiner Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit schwer eingeschränkt.

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

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.5

3.5.1 Das MEDAS-Gutachten vom 10. Januar 2022 (AB 116.1 ff.) erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 3.4 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen fachärztlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung als auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in allen Teilen nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet.

3.5.2 In somatischer Hinsicht ist erstellt, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) besteht (AB 116.5 S. 5 Ziff. 6.1). Der rheumatologische Gutachter zeigte gestützt auf die anlässlich der Untersuchung

erhobenen Befunde nachvollziehbar auf, dass im Status der Lendenwirbelsäule eine leichtgradige Dysfunktion vorliegt. In Berücksichtigung der bildgebenden Untersuchungen legte er schlüssig dar, dass gewisse leichte osteochondrotische Veränderungen im lumbosakralen Übergang dorsalbetont sowie Zeichen einer beginnenden leichten Spondylarthrose im Segment LWK5/SWK1 bestehen, welche für die situativ vermehrt beklagten Beschwerden in maximaler Reklinations- und Rotationsposition der Lendenwirbelsäule ursächlich sind (vgl. AB 116.5 S. 6 f. Ziff. 7.1). Er setzte sich überdies einlässlich mit der vorgutachterlichen Einschätzung von Dr. med. E._____ von 2012 (vgl. AB 32.1) auseinander und hielt bezugnehmend auf die Röntgenbilder überzeugend fest, dass es seither zu einer leichten Zunahme der degenerativen Veränderungen vor allem im lumbosakralen Übergang gekommen ist. Folglich leuchtet ein, dass Dr. med. G._____ die Einschätzung von Dr. med. E._____, wonach das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht ausreichend somatisch abstützbar sei, nicht mehr bestätigte. Ob mit dieser – wenn auch nur leichten – Zunahme der degenerativen Veränderungen eine hinreichende Veränderung des gesundheitlichen Zustands seit dem Referenzzeitpunkt vom 6. September 2012 (AB 45; bestätigt mit VGE IV/2012/949 [AB 50]) ausgewiesen ist (vgl. hierzu auch AB 116.1 S. 10 Ziff. 4.11), damit überhaupt eine umfassende Beurteilung zu erfolgen hätte, kann letztlich offen bleiben. Denn im Ergebnis ändert sich selbst unter der Prämisse einer wesentlichen Veränderung im Gesundheitszustand und in der Folge einer diesfalls allseitigen Prüfung (vgl. E. 2.6.4 hiervor) nichts (vgl. E. 4 hiernach).

Mit Blick auf die erhobenen Befunde überzeugt schliesslich, dass Dr. med. G._____ Tätigkeiten mit stereotypen Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule oder anhaltende Arbeiten in Oberkörpervorneige oder -rückhalteposition als ungünstig erachtete, in einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig zu wechseln, mit Heben und Tragen von Lasten von maximal 15 kg oder selten 20 kg körpernah eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestierte (AB 116.5 S. 8 f. Ziff. 8.1 f.). Die gutachterliche Einschätzung somatischerseits wird durch den Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

3.5.3 Psychiatrischerseits ist mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnose ausgewiesen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte med. pract. H. _____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; AB 116.4 S. 5 Ziff. 6). Diese Einschätzung überzeugt: Der Experte hielt fest, dass aktenanamnestisch zwar immer wieder depressive Phasen bestanden (S. 5 Ziff. 6.3). Allerdings konnten im Rahmen der gutachterlichen Befunderhebung keine Hinweise auf objektivierbare und klinisch-relevante Beeinträchtigungen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, eine ausgeglichene Stimmungslage bei normalem Antrieb und einer guten affektiven Modulationsfähigkeit und keine formalgedanklichen Auffälligkeiten festgestellt werden (S. 4 Ziff. 4.3). Zudem hielt der Gutachter fest, dass sich in der Alltagsgestaltung keine Einschränkungen zeigten (S. 6 Ziff. 7.3.2). Ferner legte der Gutachter – auch in einlässlicher Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. D. _____ von 2012 (AB 34.1; vgl. AB 116.4 S. 6 f. Ziff. 7.3.3) – einleuchtend dar, dass keine Traumafolgestörung vorliegt. Denn der Beschwerdeführer konnte sich anlässlich der psychiatrischen Exploration diesbezüglich an überhaupt nichts erinnern, wohingegen beim Vorliegen einer solchen wenigstens grobe Anhaltspunkte zu erwarten gewesen wären. Ebenso zeigte der Psychiater überzeugend auf, dass die geschilderten Ängste keiner Angststörung, sondern vielmehr einer allgemeinen Verunsicherung zuzuordnen sind (S. 5 Ziff. 6.3). Mit Blick darauf, dass im Gutachtenszeitpunkt keine schwere depressive Symptomatik vorlag und somit nicht von Gedächtnisstörungen auszugehen war, der Beschwerdeführer aber etwa geltend machte, sich nicht an die Geburtstage seiner Kinder erinnern zu können, erscheint auch schlüssig, dass anlässlich der Untersuchung erhebliche Hinweise auf Aggravation von Beschwerden bestanden (vgl. hierzu S. 6 Ziff. 7.3.1). Dies umso mehr, als die im Rahmen der gutachterlichen Blutuntersuchung erhobenen Medikamentenspiegel deutlich unter dem therapeutischen bzw. im nicht nachweisbaren Bereich lagen (AB 116.6 S. 1; 116.4 S. 4 Ziff. 3.2). Soweit der Beschwerdeführer durch seine Rechtsvertretung vorbringen lässt, die Laborprobe anlässlich der Begutachtung zeige einen Nachweis von Olanzapin entsprechend einer Therapieeinleitung (Beschwerde S. 11 Ziff. 3.6), kann ihm daher nicht gefolgt werden. Was schliesslich die gerügte Wahl der Untersuchungsmethode resp. der Verzicht auf Tests betrifft (vgl. Beschwerde S. 6

Ziff. 3.3), liegt es im Ermessen des Sachverständigen, wie er Fragen stellt und welche Untersuchungsmethoden er anwendet (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. April 2019, 8C_8/2019, E. 5.2.1). Dabei ist insbesondere die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend; Testverfahren kommt höchstens eine ergänzende Funktion zu (Entscheid des BGer vom 21. Oktober 2020, 9C_362/2020, E. 3.4). Angesichts der sorgfältig sowie umfassend erfolgten und dargelegten Befunderhebung bestehen keine Anzeichen für eine ungenügende Untersuchung.

Auch die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen an der gutachterlichen Einschätzung keine Zweifel zu wecken: Was zunächst die Einschätzung von Dr. med. J. _____ angeht (vgl. E. 3.3.3 hiavor), fehlt es ihm als Allgemeinmediziner an der notwendigen Kompetenz zur Beurteilung des psychiatrischen Sachverhalts. Praxisgemäss kann eine fachärztliche Beurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden (Entscheid des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2). Zudem trat der Hausarzt advokatorisch auf, indem er spätestens mit der Formulierung „Ich bitte die IV dringend, ihren Entscheid bei Herrn A. _____ zu hinterfragen und zu korrigieren (...)“ für den Beschwerdeführer Partei ergriff, womit ein eigentlicher Rollenwechsel vom behandelnden Arzt zum Parteivertreter stattfand, weshalb seinen Ausführungen von vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zukommen kann (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2). Überdies obliegt es nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht dem Arzt bzw. der Ärztin, zu beurteilen, ob eine versicherte Person die verbleibende Arbeitsfähigkeit auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt verwerten kann, handelt es sich dabei doch um eine rechtliche Frage (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juli 2019, 9C_798/2018, E. 4.1.2).

Auch der Bericht von Dr. med. I. _____ ist nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen. Zwar kann dem Bericht vom 7. Juni 2022 (BB 10) nicht bereits deshalb jeglicher Beweiswert abgesprochen werden, weil Dr. med. I. _____ gemäss Medizinalberuferegister (<www.medregom.admin.ch>) über keinen

Facharzttitle verfügt, erfüllt doch der visierende Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die notwendigen fachlichen Qualifikationen (vgl. Entscheid des BGer vom 14. Dezember 2016, 8C_309/2016, E. 4.3 mit Hinweisen). Jedoch genügt es nicht, dass im besagten Bericht in Abweichung vom psychiatrischen Gutachter eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert wurde (AB 121 S. 3; vgl. hierzu auch AB 77, 101 S. 4 Ziff. 2.5). Denn med. pract. H. _____ zeigte nachvollziehbar auf, dass anlässlich der Exploration kein psychotisches Erleben festgestellt werden konnte (vgl. AB 116.4 S. 4 Ziff. 4.3, S. 5 Ziff. 6.3). Die Ärzte sind sich aber zumindest insoweit einig, als von einem depressiven Geschehen auszugehen ist. Ohnehin ist denn auch nicht die genaue diagnostische Zuordnung massgebend, sondern, welche Auswirkungen der Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Zudem sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen zulässig und zu respektieren, sofern der Experte – wie in concreto – lege artis vorgegangen ist (statt vieler: Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2). Abgesehen davon zeigte Dr. med. I. _____ keine von med. pract. H. _____ nicht gewürdigten oder gar unerkannt gebliebenen Aspekte auf. Was die unterschiedliche Folgenabschätzung betrifft, ist überdies dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung – gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie – eine hohe Variabilität aufweist und unausweichliche Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253) sowie dass die behandelnden Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall die Einschätzung eher zu Gunsten ihrer Patienten vornehmen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

3.6 Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 10. Januar 2022 (AB 116.1 ff.) ist damit erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne stereotype Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule und ohne anhaltende Arbeiten in Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition mit Heben und Tragen von Lasten von maximal 15 kg, selten 20 kg, 100 % arbeits- und leistungsfähig ist (AB 116.1 S. 9 f. Ziff. 4.6 f.).

4.

Mit Blick darauf, dass die leitliniengerechte Feststellung des Gesundheitsschadens aus medizinischer Sicht der weiteren Prüfung im Sinne des strukturierten Beweisverfahrens nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung immer vorangeht, und vorliegend aus rein psychiatrischer Sicht anhand der medizinischen Diagnoseleitlinien ein Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen ist, erübrigt sich die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.3 hiervor).

Da keine eigentliche angestammte Tätigkeit eruierbar ist (vgl. hierzu AB 18, 84) und sich das von den MEDAS-Gutachtern formulierte medizinische Zumutbarkeitsprofil sowohl mit der angestammten als auch mit einer angepassten Tätigkeit vereinbaren lässt (AB 116.1 S. 9 f. Ziff. 4.6 f.), erübrigt sich eine detaillierte Invaliditätsbemessung (vgl. hierzu E. 2.5 hiervor). Denn sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen sind auf der gleichen statistischen Basis zu ermitteln, womit eine detaillierte Berechnung unterbleiben kann, entspricht doch der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheide des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 und vom 4. August 2017, 8C_358/2017, E. 2.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 323).

Das medizinische Zumutbarkeitsprofil trägt bereits sämtlichen somatischen Einschränkungen hinreichend Rechnung, so dass diese nicht doppelt und zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzuges zu berücksichtigen sind. Überdies sind sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln, so dass invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ohnehin ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 20. August 2018, 8C_736/2017, E. 4.3). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist deshalb nicht gerechtfertigt. In Anbetracht der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit in einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit von 100 %

(AB 116.1 S. 9 f. Ziff. 4.6 f.), resultiert damit ein Invaliditätsgrad von 0 %, womit kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 2.4 hiavor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 17. März 2022 (AB 131) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.

6.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.