

200 22 46 IV
LOU/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. August 2022

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Dezember 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt als ... tätig, meldete sich im Februar 2019 unter Hinweis auf einen am 21. August 2018 erlittenen Arbeitsunfall mit dem ... und seither bestehender voller Arbeitsunfähigkeit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1; vgl. auch AB 45/2). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere die Akten der B._____ ein (AB 13, 32, 35, 37, 42, 52, 58, 60, 65, 81, 107) und liess den Versicherten wegen dabei festgestellter Inkonsistenzen auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 56 f., 62) durch die MEDAS C._____ (MEDAS) polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch) begutachten (Expertise vom 21. April 2021 [AB 85.2 ff.] mitsamt Zusatzdiagnostik [Tests, EKG, Labor, MRI; AB 85.7]). Mit Vorbescheid vom 22. Juni 2021 stellte sie bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 7 % die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 92). Auf Einwand des Versicherten hin (unter Mithilfe der D._____; AB 95, 99 ff.) und nach Stellungnahme der MEDAS vom 6. Dezember 2021 (AB 109) verfügte sie am 10. Dezember 2021 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 110).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit vom 14. Januar 2022 datierter und am 18. Januar 2022 der Schweizerischen Post übergebener Eingabe Beschwerde und beantragte (sinngemäss), unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm nach interdisziplinärer Abklärung seiner chronischen Schmerzen die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 16. März 2022 reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht nach. Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin am 4. April 2022 Stellung.

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 10. Dezember 2021 (AB 110). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang unter anderem die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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 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). 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). 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 Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. 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.

2.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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 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 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Anlässlich des Unfalls vom 21. August 2018 hat sich der Beschwerdeführer gemäss den damals behandelnden Ärzten eine distale Radiusfraktur rechts, eine Calcaneusfraktur rechts sowie eine Malleolus medialis-Fraktur links, weiter diverse Prellungen und ein Schädel-Hirn-Trauma zugezogen (AB 13.61/1 = 13.48/1, 13.45/1, 13.40/1, 13.24/1 = 17/6 = 31/8, 13.20/1 = 15/2). Nach operativer Versorgung der Frakturen (AB 13.58 f. = 13.46 f.) zeigte sich zwar in allen betroffenen Gelenken eine vollständige Konsolidation und eine regelrechte Lage des Osteosynthesematerials (AB 13.24/2 = 17/7 = 31/9, 13.14/2 = 17/3 = 31/5, 31/2 = 32.37/2 = 32.10/7, 32.15/2, 32.10/5, 37.18/1 f.), doch wurde eine erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungs- und Belastungsfähigkeit geltend gemacht sowie bleibende

starke Schmerzen (AB 13.14/1 = 17/2 = 31/4, 31/1 = 32.37/1 = 32.10/6, 32.15, 32.10/5, 32.10/1, 35.20 = 35.17/2, 37.18/2). Sowohl der behandelnde Dr. med. E. _____ als auch der B. _____-Kreisarzt Dr. med. F. _____, beides Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erachteten die geklagten Schmerzen als nicht mit der Klinik korrelierend und diskrepant zur radiologischen Diagnostik (AB 32.23, 32.15, 35.9/2). Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Spital H. _____, diagnostizierte im Bericht vom 16. Mai 2019 eine chronische Schmerzstörung auf dem Boden eines Polytraumas nach Unfall mit hochgradigem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und depressive Entwicklung sowie einen Status nach tonisch-klonischen Krampfanfällen am 26. Oktober 2018 (AB 32.10/1; vgl. auch AB 35.18/1 f. = 35.17/3 f., 35.5/1 ff.). Dr. med. F. _____ formulierte am 11. Juni 2019 ein Zumutbarkeitsprofil dahingehend, dass mittelschwere Arbeiten mit einer Gewichtsbelastung bis 20 kg unter Vermeidung von Arbeiten in unebenem oder abschüssigem Gelände, des häufigen Besteigens von Leitern sowie von Zwangsarbeiten für den Fuss (z.B. Kauern, Knien) ganztätig zumutbar seien (AB 32.5). Mit Bericht vom 21. Juni 2019 folgerte der B. _____-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, weder der Unfall vom 21. August 2018 noch das Ereignis vom 26. Oktober 2018 seien in der Lage gewesen, posttraumatische epileptische Anfälle zu verursachen, falls solche tatsächlich vorgelegen haben sollten (AB 32.3/5).

3.1.2 Anlässlich eines Aufenthalts in der Rehaklinik J. _____ vom 17. Juli bis 14. August 2019 wurden nebst dem Schädel-Hirn-Trauma, den Frakturen und Kontusionen (vgl. bereits E. 3.1.1 hiervor) der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), eine Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11) und der Verdacht auf einen leichten Opiatentzug (ICD-10 F11.3) diagnostiziert (AB 37.18/1 f.).

In psychosomatischer Hinsicht hätte die Ausprägung der subjektiv geschilderten Schmerzen und Limitierungen aus ärztlicher Sicht nicht nachvollzogen werden können. Eine anfallsartig auftretende Müdigkeit und Übelkeit scheine nicht epileptischer Art und somit somatisch nicht erklärbar zu sein. Eine psychologische Erklärung für den subjektiv empfundenen psychosozialen (Leidens-)Druck habe nicht gefunden werden können. Es habe Hin-

weise auf histrionische Persönlichkeitszüge gegeben. Der fortschreitende Opiatentzug und begleitende Symptome könnten eine solche Symptomatik teilweise erklären. Aufgrund mehrerer verpasster Therapien sei der Eindruck eines Mangels an Compliance entstanden (AB 37.18/4 oben).

Aus somatischer Sicht liessen sich das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie die Diagnosen nicht erklären. Die letzten Röntgen vom 29. April 2019 zeigten konsolidierte Frakturen und intaktes Osteosynthesematerial in situ. Die Vollbelastung sei spätestens seit diesem Datum erlaubt, doch sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, dies umzusetzen (AB 37.18/4 unten).

3.1.3 Der B. _____-Kreisarzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 16. Oktober 2019 und diagnostizierte eine erhebliche Bewegungs- und Belastungsstörung bei Status nach Osteosynthese einer Calcaneusfraktur rechts, einer Malleolus medialis-Fraktur links sowie einer Radiusfraktur rechts bei Status nach Sturz vom 21. August 2018 (AB 37.3/8). Es zeigten sich weitgehend unauffällige Bewegungs- und Umfangmasse im Bereich sowohl der oberen als auch der unteren Extremität (AB 37.3/6 ff.). Insgesamt sei das radiologisch nachvollziehbare Ausheilungsergebnis der erlittenen Frakturen exzellent. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem demonstrierten Leidensbild mit der muskulären Situation im Bereich der unteren und oberen Extremität und dem zu erwartenden Bewegungsausmass. Es könne anhand der Untersuchung nicht sicher festgestellt werden, ob der demonstrierte Schmerz bei Belastung des rechten Fusses mit Notwendigkeit der Benutzung von Achselgehstützen gegebenenfalls aufgrund der Schraubenlage im Calcaneus entstanden sei oder nicht; dies gelte es nach der geplanten Entfernung des Osteosynthesematerials zu überprüfen (AB 37.3/9).

3.1.4 Anlässlich eines erneuten Aufenthalts in der Rehaklinik J. _____ vom 16. Dezember 2019 bis 23. Januar 2020 wurden nach erfolgter Metalentfernung (vgl. AB 42.13 f.) neu (und zusätzlich [vgl. bereits E. 3.1.2 hier vor]) insbesondere eine mögliche leichte traumatische Hirnverletzung im Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. August 2018 und ein Status nach tonisch-klonischen Krampfanfällen am 26. Oktober 2018 nach Sturz aus

dem Rollstuhl mit Schädelkontusion diagnostiziert (AB 41/1 f. = 42.17/1 f.). Aus rein somatischer Sicht wäre eine deutlich raschere Mobilitätssteigerung zu erwarten. Durch die regelmässige und engmaschige psychologisch-psychiatrische sowie psychotherapeutische Begleitung sei eine phasenweise Distanzierung vom Schmerz gelungen. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychosozialen Anteilen scheinse sehr wahrscheinlich (AB 41/5 f. = 42.17/5 f.). Zur weiteren Begleitung sei eine psychotherapeutische Weiterbetreuung sinnvoll; empfohlen werde ausserdem ein vollständiges Ausschleichen der opiathaltigen Schmerzmittel, da durch die Opiatabgabe eine Schmerzchronifizierung weiter verstärkt werde (AB 41/4 = 42.17/4).

3.1.5 Dr. med. K. _____ folgte im Bericht vom 26. März 2020, dass der Beschwerdeführer von der Entfernung des Osteosynthesematerials im Bereich des Fusses und der anschliessenden Durchführung eines intensiven Trainingsprogramms zur Rehabilitation nicht profitiert habe. Die demonstrierte Belastungsunfähigkeit unter Notwendigkeit der Benutzung von Unterarmstützen sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Die Frakturen seien fest verheilt und die Bewegungs- und Umfangmasse seien regelrecht, sodass eine Fortführung einer teilentlastenden Behandlung medizinisch nicht indiziert erscheine. Die im Rahmen der Reha-Massnahme durchgeführte psychologische Betreuung habe sicherlich zu einer Verbesserung der Gesamtsituation beigetragen. Aus unfallchirurgischer Sicht sei ein Endzustand erreicht. Auch wenn in den Berichten immer wieder über ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (complex regional pain syndrome [CRPS]) geschrieben worden sei, habe sich im Behandlungsverlauf niemals das klassische Bild eines CRPS gezeigt; die Budapest-Kriterien seien zu keinem Zeitpunkt erfüllt gewesen. Der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen durchführen. Das Heben und Tragen von Gegenständen bis 15 kg sei möglich. Zwangshaltungen der unteren Extremitäten sollten vermieden werden. Arbeiten auf unebenem Untergrund und auf Leitern und Gerüsten seien aus Sicherheitsgründen nicht möglich. Hockende oder kniende Tätigkeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Vibrations- und Stossbelastungen sollten unterbleiben. Bei Einhaltung dieser Kriterien sei eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Einsetzbarkeit des Beschwerdeführers gegeben. Dieses Zumut-

barkeitsprofil beziehe sich ausschliesslich auf die somatischen Folgen des Unfalls vom 21. August 2018. Die Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises seien unfallunabhängig. Die Einschätzung der Rehaklinik J._____, dass sich der Beschwerdeführer Ende Januar 2020 noch in der medizinischen Phase befunden habe, könne nicht nachvollzogen werden: Zu diesem Zeitpunkt sei das Osteosynthesematerial mehr als sechs Wochen entfernt gewesen; die Wunden seien reizlos verheilt und die Frakturen seien stabil ausgeheilt (AB 42.3/3 f. = 58/6 f. = 60/2 f.).

Gestützt auf diese ärztliche Beurteilung nahm die B._____ mit Verfügung vom 10. August 2020 bzw. Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2020 den Fallabschluss per 30. Juni 2020 vor, indem sie die vorübergehenden Versicherungsleistungen (Heilkosten, Taggeld) mit diesem Zeitpunkt einstellte und mangels einer erheblichen unfallbedingten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eine Invalidenrente sowie mangels einer erheblichen Schädigung der körperlichen Integrität eine Integritätsentschädigung verneinte (AB 65, 81; vgl. auch AB 52 und 107).

3.1.6 Der den Beschwerdeführer seit September 2019 als Hausarzt behandelnde Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte (aufgrund der Anamnese) im Bericht vom 9. Mai 2020 eine somatische Belastungsstörung mit/bei chronischem Schmerzsyndrom nach Unfall mit Verletzungen des rechten Handgelenks und des rechten Fusses (hochgradige Funktionseinschränkungen), chronischen Schlafstörungen, Erschöpfungssyndrom und depressivem Zustandsbild (AB 48/3 Ziff. 2.5 = 59/3 Ziff. 2.5; vgl. auch AB 48/3 Ziff. 2.2 und 2.4 = 59/3 Ziff. 2.2 und 2.4) und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit als ... seit August 2018 (AB 48/2 Ziff. 1.3 = 59/2 Ziff. 1.3) mit schlechter Prognose (allenfalls Leistungsfähigkeit von ein bis zwei Stunden pro Tag im geschützten Rahmen; AB 48/3 Ziff. 2.7 = 59/3 Ziff. 2.7, 48/6 Ziff. 4.2 = 59/6 Ziff. 4.2).

3.1.7 In dem aufgrund der diskrepanten Einschätzungen der involvierten Fachärzte (vgl. AB 56/1 unten) und zur Evaluierung der Belastbarkeit für eine angepasste Tätigkeit (vgl. AB 62/15 oben) in Auftrag gegebenen (polydisziplinären) Gutachten der MEDAS vom 21. April 2021 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine geringe Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks bei Status nach osteosynthetisch versorgter dis-

taler Radiusfraktur mit nur geringen degenerativen Veränderungen am distalen Radioulnargelenk sowie je eine osteosynthetisch versorgte Innenknöchelfraktur links und Calcaneusfraktur rechts mit gutem operativem Ergebnis und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie, aktuell unzureichend kontrolliert, eine Adipositas Grad I sowie eine mögliche Gastritis diagnostiziert (AB 85.2/6 Ziff. 4.2). Eine erhebliche und konsistente psychiatrische Störung mit Einfluss auf die Belastbarkeit liess sich nicht feststellen. Die Plausibilitätsprüfung zeige im Labor keine wirksame Spiegel mehrerer im Blut geprüfter Medikamente, was den Angaben zur Schmerzbeeinträchtigung und psychischen Belastung widerspreche. Soweit der Hausarzt Dr. med. L._____ eine weitgehend psychiatrisch begründete (vgl. AB 48/3 Ziff. 2.5 = 59/3 Ziff. 2.5) Arbeitsunfähigkeit attestiere (vgl. AB 48/2 Ziff. 1.3 = 59/2 Ziff. 1.3), fehle es im Bericht indessen an einer Plausibilitätsprüfung anhand einer Laborkontrolle hinsichtlich der Medikation, weshalb sich auf diese Bewertung nicht ausreichend abstellen lasse (AB 85.2/5 f.).

Das leichtgradige posttraumatische Defektbild rechtfertige – aus somatischer Sicht – lediglich eine qualitative Einschränkung der Belastbarkeit (Vermeidung körperlich überwiegend schwerer Arbeit; AB 85.1/7 Ziff. 4.3). Entsprechend bestehe in der bisherigen Tätigkeit seit dem Unfall im August 2018 und auf Dauer keine Arbeitsfähigkeit mehr (AB 85.2/7 Ziff. 4.7). Eine Minderung der Belastbarkeit in angepassten Tätigkeiten lasse sich aus den hiesigen sowie den objektiven aktenkundigen Befunden jedoch nicht hinreichend ableiten. Der Beschwerdeführer selbst sehe sich aufgrund seiner Beschwerden als nicht arbeitsfähig an, was mit der (weitgehend psychiatrisch begründeten) hausärztlichen Bewertung unterstützt werde. Aus den hiesigen psychiatrischen Befunden lasse sich jedoch keine Bestätigung ableiten (AB 85.2/9 ff. Ziff. 4.8 f.).

3.1.8 Der Hausarzt Dr. med. L._____ bezeichnete im Bericht vom 5. Juli 2021 das MEDAS-Gutachten insbesondere deshalb als ungenügend, weil auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht eingegangen werde. Die entsprechenden pathophysiologischen Grundlagen würden im klinischen Alltag nicht erfasst, weshalb sie für die Gutachter ein-

fach nicht existierten. Es müsste deshalb ein psychosomatisches Gutachten erfolgen (AB 99/4 = 100/3 = 101/3).

3.1.9 In Bezug auf diesen Bericht des Hausarztes führten die Gutachter am 6. Dezember 2021 aus, dass dieser weder einen klinischen Befund noch nähere Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit anhand eigener klinischer Befunde unter Berücksichtigung der Indikatoren enthalte, sondern vielmehr allgemeine Ausführungen zu einer Krankheitstheorie (AB 109).

3.1.10 Anlässlich einer stationären Abklärung im Spital H. _____ vom 10. bis 31. Dezember 2021 wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, ein Status nach tonisch-klinischen Krampfanfällen, erstmalig am 26. Oktober 2018, eine arterielle Hypertonie und der Verdacht auf ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom diagnostiziert. Für eine relevante zentral nervös vermittelte Komponente sprächen Hyperalgesie, Meiden von Menschenmengen, emotionale Reizbarkeit sowie chronische Schlafstörungen mit nicht erholsamem Schlaf. Als Risikofaktoren für eine Chronifizierung des Schmerzes habe eine deutliche Action- und Painproneness erhoben werden können (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 1).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situa-

tion 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).

3.2.1 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (SVR 2021 UV Nr. 19 S. 96 E. 6.4; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2).

3.2.2 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011,

E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits 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 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 21. April 2021 (AB 85.2), welches sie in Auftrag gegeben hatte, nachdem die B._____ den Fallabschluss vorgenommen, ein Zumutbarkeitsprofil definiert und auf eine demonstrative Belastungsunfähigkeit sowie psychiatrische Problematik verwiesen hatte (AB 42.3/3 f. = 58/6 f. = 60/2 ff.).

3.3.1 Dem internistischen Teilgutachten zufolge ergaben sich keine relevanten medizinischen und funktionellen Einschränkungen; vielmehr wird auf eine fehlende Compliance in der Medikation (mehrheitlich keine wirksamen Spiegel der genannten Medikation) sowie Differenzen zwischen den anamnestischen Angaben und der Gesamtpräsentation an der Begutachtung (der Beschwerdeführer habe während der Begutachtung nicht relevant

schmerzgeplagt gewirkt und sei in der Lage gewesen, über einen längeren Zeitraum still zu sitzen) hingewiesen (AB 85.3/19 f. Ziff. 7.2 ff.).

3.3.2 Auf neurologischem Gebiet würden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Belastbarkeit in einer Arbeitstätigkeit vorliegen; der klinisch neurologische Untersuchungsbefund zeige einen normalen Hirnnervenbefund und die neurophysiologische Zusatzdiagnostik ergebe keine Einschränkungen (AB 85.4/17 f. Ziff. 6). Es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der subjektiven Angabe starker Schmerzen einerseits sowie dem Fehlen einer entsprechenden "Schmerzentäusserung" (richtig wohl: Schmerzäusserung) während der Untersuchung andererseits und dem Vorliegen eines regelrechten klinisch neurologischen Untersuchungsbefundes. Das Labor weise mehrheitlich keine wirksamen Spiegel der bestimmten Pharmaka aus, was die Angaben zur benötigten Medikation und mithin auch die Angaben zur Schmerzbeeinträchtigung in Zweifel ziehe (AB 85.4/19 Ziff. 7.3).

3.3.3 Orthopädisch ergab sich nach umfassender klinischer Prüfung (AB 85.5/12 ff. Ziff. 4.3) und beigezogenen MRI (vgl. AB 85.5/18 Ziff. 4.3.2) die Diagnose einer geringen Funktionseinschränkung des rechten Handgelenks bei Status nach osteosynthetisch versorgter distaler Radiusfraktur sowie je eine gleich versorgte Innenknöchelfraktur links bzw. Calaneusfraktur rechts mit gutem operativem Ergebnis. Für die beklagten Beschwerden finde sich kein Befundkorrelat (AB 85.5/18 f. Ziff. 6). Die demonstrierte Belastungsunfähigkeit und Notwendigkeit der Benutzung von Achselgehstützen sei orthopädisch nicht nachvollziehbar bei unter therapeutisch zu erwartendem Wirkstoffspiegel für Paracetamol (AB 85.5/20 f. Ziff. 7.3). Infolge der bildgebend nachgewiesenen und leicht einschränkenden degenerativen Veränderungen im rechten Handgelenk und linken Sprunggelenk seien keine körperlich schweren Arbeiten (so auch die angestammte Tätigkeit als ...) mehr zumutbar, hingegen bestehe für angepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit, was sich im Wesentlichen mit dem Zumutbarkeitsprofil der B. _____ decke (AB 85.5/21 Ziff. 7.4).

3.3.4 Auf psychiatrischem Fachgebiet wurden zunächst verschiedene Testungen durchgeführt, deren Ergebnisse teilweise formal unterdurchschnittlich ausfielen, wobei aufgrund des TOMM-Tests mit hoher Wahr-

scheinlichkeit von einem verzerrenden Antwortverhalten auszugehen sei. Entsprechend zeige sich in Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung kein ausreichender Anhalt für eine behinderungsrelevante kognitive Störung (AB 85.6/17 ff. Ziff. 4.3.2). Das Labor ergab im Wesentlichen keine wirksame Medikamenteneinnahme bzw. lag diese im untersten noch wirksamen Bereich (AB 85.6//24 Ziff. 4.3.3). Entsprechend konnte die Gutachterin keine Diagnose stellen. So liege auch eine somatoforme Schmerzstörung nicht vor; ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten und es bestehe auch kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck (bei Angabe von VAS 7 - 8; AB 85.6/24 f.). In Bezug auf die entsprechende Verdachtsdiagnose der Rehaklinik J. _____ (AB 37.18/2, 41/2. = 42.17/2; vgl. E. 3.1.2 und 3.1.4 hiervor) liege weder ein AMDP-konformer psychiatrischer Befund vor noch würden zur Auslösung einer Schmerzstörung führende unbewältigte Konflikte benannt; auch aus gutachterlicher Sicht könne zumindest ein Teil der Symptomatik auf einen möglichen Opiatenzug zurückgeführt werden. Eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und auch narzisstischen Anteilen sei allenfalls möglich, da Hinweise auf erhebliche Inkonsistenzen bestünden, doch resultiere hieraus kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 85.6/28 f.). Die von Dr. med. G. _____ gemachte Einschätzung einer anhaltenden Schmerzstörung auf dem Boden eines Polytraumas nach Unfall mit hochgradigem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und depressive Entwicklung (AB 32.10/1; vgl. E. 3.1.1 hiervor) sei aus gutachterlicher Sicht nicht plausibel; einerseits sei selbst unter der hypothetischen Annahme, dass das Unfallereignis von August 2018 geeignet gewesen sei, das notwendige A-Kriterium zu erfüllen, würden weitere Symptome in der Folge nicht beschrieben, und andererseits wäre auch das Zeitkriterium fast ein Jahr nach dem auslösenden Ereignis nicht erfüllt. Auch für eine posttraumatische Belastungsstörung und mögliche dissoziative Anfälle gebe es nicht genügend Hinweise; eine weitere Abklärung scheine nicht erfolgt zu sein und sei offensichtlich auch nicht für erforderlich gehalten worden (AB 85.6/27 f.). Auch der Bericht des Dr. med. L. _____ (AB 48 = 59; vgl. E. 3.1.6 hiervor) enthalte keinen AMDP-konformen psychiatrischen Befund und keine ICD-10-konforme Diagnose. Die beschriebenen ausgeprägten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

gen hätten aktuell klinisch und im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung nicht objektiviert werden können. Die rasche Erschöpfung sei möglicherweise auf einen weiteren Opiatgebrauch zurückzuführen, ebenso die rasche Ermüdbarkeit. Letztlich resultiere allein ein (zumindest) schädlicher Gebrauch von Opiaten (DD: Abhängigkeit), allerdings ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 85.6/30).

3.4 Das MEDAS-Gutachten vom 21. April 2021 (AB 85.2) mitsamt Teलगutachten (AB 85.3 ff.) erfüllt sämtliche der in E. 3.2 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen, weshalb darauf anzustellen ist. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und es ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet:

3.4.1 In somatischer Hinsicht verneinten die behandelnden Ärzte (AB 32.15, 35.9/2, 37.18/4 unten, 41/4 = 42.17/4), die B._____ - Kreisärzte (AB 32.23, 32.5, 37.3/9, 42.3/3 f. = 58/6 f. = 60/2 ff.) als auch die Gutachter (AB 85/5/18 f. Ziff. 6) ein objektivierbares Befundkorrelat für die beklagten Schmerzen. Die gutachterliche Folgerung, wonach das leichtgradige posttraumatische Defektbild lediglich eine qualitative Einschränkung der Belastbarkeit in Form von Vermeidung körperlich überwiegend schwerer Arbeit rechtfertigt (AB 85.1/7 Ziff. 4.3), deckt sich damit im Wesentlichen mit den weiteren Akten.

3.4.2 Die namentlich durch den Hausarzt attestierte (weitestgehend) volle Arbeitsunfähigkeit (AB 48/3 Ziff. 2.7 = 59/3 Ziff. 2.7, 48/6 Ziff. 4.2 = 59/6 Ziff. 4.2) wird von diesem nach Ansicht der Gutachter überwiegend als psychisch bedingt (vgl. AB 48/3 Ziff. 2.5 = 59/3 Ziff. 2.5) geschildert (AB 85.2/5 Mitte). Die Gutachter konnten indessen keine erhebliche und konsistente psychische Störung mit Einfluss auf die Belastbarkeit bzw. das funktionelle Leistungsvermögen feststellen (AB 85.2/5 oben i.V.m. AB 85.6/24 Ziff. 6), dies bei unauffälligem psychiatrischem Befund (AB 85.6/16 f. Ziff. 4.3.1) und nicht authentischem Antwortverhalten anlässlich der testpsychologischen Zusatzuntersuchung (AB 85.6/17 ff. Ziff. 4.3.2).

3.4.2.1 Die vom Hausarzt – und damit von einem Allgemeinmediziner und nicht von einem psychiatrischen Facharzt – gestellte Diagnose einer somatischen Belastungsstörung mit/bei chronischem Schmerzsyndrom nach Unfall mit Verletzungen des rechten Handgelenks und des rechten Fusses (nach dessen Einschätzung mit hochgradigen Funktionseinschränkungen), chronischen Schlafstörungen, Erschöpfungssyndrom und depressivem Zustandsbild (AB 48/3 Ziff. 2.5 = 59/3 Ziff. 2.5) widerlegte die psychiatrische Gutachterin nachvollziehbar (AB 85.6/30; vgl. E. 3.3.4 hiervor). Damit liegt denn auch keine entsprechende fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung vor (vgl. E. 2.3 hiervor), zumal die hausärztliche Diagnosestellung eigenen Angaben zufolge ohnehin einzig aufgrund der Anamnese und damit ohne eingehende Testung erfolgt ist (AB 48/3 Ziff. 2.4 = 59/3 Ziff. 2.4).

3.4.2.2 Entgegen den Vorbringen des Hausarztes (AB 99/4 = 100/3 = 101/3) ist im MEDAS-Gutachten sehr wohl auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung eingegangen worden. Einerseits widerlegte die psychiatrische Gutachterin, wie bereits in E. 3.4.2 hiervor ausgeführt, dessen entsprechende Diagnose, andererseits nahm sie hierauf auch im Rahmen der nachvollziehbaren Verneinung der im Spital H. _____ diagnostizierten chronischen Schmerzstörung auf dem Boden eines Polytraumas nach Unfall mit hochgradigem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und depressive Entwicklung (AB 32.10/1) bzw. einer solchen mit somatischen und psychischen Anteilen (AB 35.18/1 = 35.17/3, 35.5/1) sowie des in der Rehaklinik J. _____ diagnostizierten Verdachts auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (AB 37.18/2, 41/2 = 42.17/2) Bezug. Diese letztgenannten Diagnosen, wobei es sich teilweise ohnehin um blosser Verdachtsdiagnosen handelt, erfolgten zwar unter fachpsychiatrischer Mitwirkung, jedoch ohne Angabe eines AMDP-konformen psychiatrischen Befundes (AB 85.6/27 ff.; vgl. E. 3.3.4 hiervor). In dem erst nach Verfügungserslass und damit nach der zeitlich massgebenden Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) ergangenen Bericht des Spitals H. _____ vom 18. Januar 2022 (BB 1; vgl. E. 3.1.10 hiervor) werden im Wesentlichen die von dieser Institution schon früher gestellten Diagnosen (AB 35.18/1 = 35.17/3, 35.5/1) wiederholt, ohne dass sich dieser Bericht zu allfälligen Ein-

schränkungen in der Arbeitsfähigkeit äussert, sondern allein die eingeleiteten Behandlungen umschreibt. Insoweit handelt es sich nicht um neue und wesentliche Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. 3.2.2 hiervor).

3.4.2.3 Soweit der Hausarzt (AB 99/4 = 100/3 = 101/3) und gestützt darauf der Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 2) nunmehr ein psychosomatisches Gutachten fordern, gilt es festzuhalten, dass einerseits der Hausarzt weder einen klinischen Befund noch nähere Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit anhand eigener klinischer Befunde gemacht hat (vgl. AB 109) und es andererseits im Ermessen der Gutachter liegt, inwieweit weitere fachärztliche Abklärungen vorzunehmen bzw. ob weitere Experten beizuziehen sind (vgl. E. 3.2.1 hiervor).

3.4.2.4 Der beschwerdeweise geltend gemachten vorschriftsmässigen Medikamenteneinnahme steht die gutachterliche Plausibilitätsprüfung entgegen, wonach sich im Labor keine wirksamen Spiegel mehrerer im Blut geprüfter Medikamente zeigten (AB 85.2/5 f.). Ein Mangel an Compliance wurde bereits in der Rehaklinik J. _____ festgestellt (AB 37.18/4 oben) und ein empfohlener Aufenthalt in der Klinik M. _____ wurde vom Beschwerdeführer abgelehnt (vgl. AB 85.6/28). In dieses Bild passt die gutachterliche Folgerung, wonach der Beschwerdeführer geneigt sei, sämtliche Verantwortung dem Behandlungsteam abzugeben, sich passiv und gleichzeitig fordernd, aber auch ablehnend und verbal fordernd zu verhalten (AB 85.6/27 unten).

3.4.2.5 Nach dem Gesagten lassen die Ausführungen des Beschwerdeführers keine Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen aufkommen, so dass kein Bedarf an weiteren medizinischen Abklärungen bzw. Beweiserhebungen (insbesondere einem psychosomatischen Gutachten) besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2). Letztlich resultiert in psychiatrischer Hinsicht allein ein schädlicher Gebrauch von Opiaten (DD: Abhängigkeit), dies allerdings ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 85.6/30; vgl. E. 3.3.4 hiervor). Mangels einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten und zu einer Einschränkung der

Leistungsfähigkeit führenden Gesundheitsbeeinträchtigung erübrigt sich die Indikatorenprüfung von vornherein (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.5 Dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 21. April 2021 (AB 85.2) zufolge bestehen keine relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (AB 85.2/6 f. Ziff. 4.2) und keine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (AB 85.2/9 Ziff. 4.8; vgl. auch AB 42.3/3 f. = 58/6 f. = 60/2 f.). Darauf ist nach dem Dargelegten abzustellen und auf dieser medizinischen Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

4.2 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 der LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2

S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

4.3 Die Invaliditätsbemessung (AB 110/1) wird durch den Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt und ist nur punktuell zu relativieren:

4.3.1 Da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen die seit 2013 ausgeübte Tätigkeit als ... (vgl. AB 1/6 Ziff. 5.4) weitergeführt hätte, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die Angaben des letzten Arbeitgebers abgestellt hat (Jahresverdienst 2017: Fr. 65'007.-- [AB 22/4 Ziff. 2.12]). Entgegen der angefochtenen Verfügung ist dieses Einkommen indessen nicht auf das Jahr 2020, sondern auf das Jahr 2019 zu indexieren, denn sowohl unter Berücksichtigung des Wartjahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit ab 21. August 2018 [vgl. AB 22/5 Ziff. 2.14) als auch der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. IVG (Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2019 [vgl. AB 1]) liegt der frühestmögliche Rentenbeginn im August 2019 (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Aufindexiert auf das Jahr 2019 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2021, Ziff. 41 - 43 [Baugewerbe/Bau], 2017: 103.2 Punkte, 2019: 104.8 Punkte) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 66'014.85.

4.3.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, bestimmte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht aufgrund des Tabellenlohnes der LSE, Tabelle TA1, Männer, Total, Kompetenzniveau 1. Mit Blick auf den frühestmöglichen Rentenbeginn im Jahr 2019 (vgl. E. 4.3.1 hiavor) ist indessen auf die LSE 2018 abzustellen (Fr. 5'417.--) und dieser Wert auf ein Jahr aufzurechnen (Fr. 5'417.-- x 12 = Fr. 65'004.--), auf das Jahr 2019

zu indexieren (Fr. 65'004.-- : 105.1 x 106.0 = Fr. 65'560.65; Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2021, Total, 2018: 105.1 Punkte, 2019: 106.0 Punkte) sowie auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (Fr. 65'560.65 : 40 x 41.7 = Fr. 68'345.95) umzurechnen. Ob der von der Beschwerdegegnerin aufgrund des gesundheitlich eingeschränkten Tätigkeitsspektrums vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % (vgl. AB 110/1 unten) zu Recht erfolgte, kann vorliegend offengelassen werden, da selbst so kein Rentenanspruch resultiert. Es ist demnach von einem Invalideneinkommen von mindestens Fr. 61'512.30 (Fr. 68'345.95 x 0.90) auszugehen.

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von höchstens Fr. 4'502.55 (Fr. 66'014.85 - Fr. 61'512.30), entsprechend einem rentenausschliessenden (vgl. aArt. 28 Abs. 2 IVG) Invaliditätsgrad von rund 7 % (zur Rundungspraxis siehe BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2021 (AB 110) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. _____ (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 4. April 2022)
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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