

200 19 6 IV
SCJ/SCM/RUL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. Juni 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch B. _____, C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. November 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 20. Oktober 2008 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Mit Verfügung vom 5. Januar 2010 (AB 61) sprach die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % von August bis Dezember 2008 eine ganze Invalidenrente zu. Überdies wurden ihm diverse berufliche Massnahmen (u.a. Umschulung [AB 93]) zugesprochen (vgl. AB 64, 83). Im Rahmen einer im Jahr 2012 geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung (vgl. AB 103/1 Ziff. 1, 109) veranlasste die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS D._____ (Gutachten vom 28. Dezember 2012 [AB 120.2]) und gewährte Arbeitsvermittlung (AB 135), welche sie nach erfolgreicher Stellensuche (AB 142/2, 154/4 f.) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 18. Mai 2015 (AB 155) abschloss.

B.

Mit Schreiben vom 8. April 2016 (AB 158) ersuchte der Versicherte erneut um Prüfung des Rentenanspruchs. Die IVB trat auf dieses Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. Juli 2016 (AB 165) vorerst nicht ein. Die dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde (AB 166/3) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 24. Januar 2017, IV/2016/... (AB 169), gut und wies die Sache an die IVB zurück, damit diese auf die Neuanschuldung eintrete und den Leistungsanspruch neu prüfe. In der Folge liess die IVB ein weiteres polydisziplinäres Gutachten der MEDAS E._____ vom 21. März 2018 (AB 217.1) einholen, gestützt worauf sie – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 225/3, 230) – mit Verfügung vom 21. November 2018 (AB 233) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % ab 1. März 2017 eine halbe Rente zusprach.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch C._____, B._____, am 4. Januar 2019 Beschwerde. Er lässt die folgenden Anträge stellen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2018 sei aufzuheben. Die Sache sei zur Abklärung des vollständigen und richtigen Sachverhaltes und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Anschliessend sei über das Leistungsbegehren neu zu verfügen.
2. Eventuell sei unter Aufhebung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2018 über das Leistungsbegehren zu entscheiden.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung 21. November 2018 (AB 233), mit welcher dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. März 2017 eine halbe Invalidenrente zugesprochen worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob eine Rente bereits vor dem 1. März 2017 auszurichten sei.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.1 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 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft,

beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.2.2 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).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4

2.4.1 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).

2.4.2 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.3 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5 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 bezüg-

lich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Im VGE IV/2016/... (AB 169) war die Frage nach einer neuanschuldungsrechtlichen Sachverhaltsänderung nicht abschliessend zu beantworten, weshalb es vorliegend zunächst zu prüfen gilt, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Verfügung vom 5. Januar 2010 (AB 61) zu Grunde lag, im Zeitpunkt der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 21. November 2018 (AB 233) in den tatsächlichen Verhältnissen eine relevante Änderung eingetreten ist (vgl. E. 2.4.4 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig frei zu beurteilen (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 5. Januar 2010 (AB 61) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der MEDAS, Medizinische Abklärungsstation, Spital F. _____ (MEDAS G. _____) vom 6. August 2009. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (AB 39/18 Ziff. 4):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach totaler Thyreoidektomie und Neck dissection beidseits wegen papillärem Schilddrüsenkarzinom im August 2007 mit
 - Chronischen Schulterschmerzen rechts bei Osteochondrose C6/C7
- Status nach mehrfacher stationärer Radiojodtherapie

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rein sensible Defizite im Bereich des Plexus cervicalis nach totaler Thyreoidektomie mit Neck dissection ohne motorische Defizite
- Ellbogenarthrose rechts

- Arterielle Hypertonie
- Intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (anamnestisch)
- Leichtgradige, länger anhaltende Anpassungsstörung nach Schilddrüsenkarzinom-Erkrankung (ICD-10 F43.2)

Anlässlich der Untersuchung habe der Explorand vor allem über eine ausgeprägte Müdigkeit, Schmerzen in der rechten Schulter sowie im rechten Ellbogen und Schwindel bei raschen Lagewechseln geklagt (AB 39/13 Ziff. 2). Nach der Thyreoidektomie wegen des Schilddrüsenkarzinoms (2007) und der Radiojodtherapie sei es zu Schmerzen in der rechten Schulter gekommen, welche teilweise auf eine Osteochondrose C6/C7 zurückgeführt werden könnten (AB 39/19). Die jetzige Arbeit als ... sei dem Exploranden seit August 2007 nicht mehr möglich. Soweit im Nachhinein beurteilbar, sei für eine leichte Tätigkeit ab Januar 2009 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (AB 39/20), wobei das Heben von Gewichten auf 10 kg beschränkt sei und Überkopfarbeiten zu vermeiden seien. Die Leistungsfähigkeit sei um 15 % reduziert (AB 39/21).

3.3 Im Hinblick auf die Verfügung vom 21. November 2018 (AB 233) kann den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

3.3.1 Im polydisziplinären (allgemeininternistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen, onkologischen und endokrinologischen) Gutachten der MEDAS D. _____ vom 28. Dezember 2012 wurden die nachstehenden Diagnosen gestellt (AB 120.2/30 Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Nacken-Schulter-Arm-Beschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2/M79.60/M19.82)
 - St. n. totaler Thyreoidektomie und beidseitiger Neck Dissection 08/2007 bei papillärem Schilddrüsenkarzinom
 - Radiologisch beginnende Osteochondrose HWK6/7 (Röntgen 26.06.2009)
 - Radiologisch Partiailläsion der Supraspinatussehne, AC-Arthrose und am ehesten posttraumatisch bedingte Veränderungen am Humeruskopf (MRI 13.11.2009)
 - Radiologisch fortgeschrittene Kubitalarthrose mit freien Gelenkskörpern (MRI 20.01.2012 und Röntgen 30.03.2012)

- Anamnestisch völlig fehlendes Ansprechen auf Infiltrationen subakromial sowie im Bereich des AC-Gelenkes 03/2010 (Spital F._____)
- Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
- Adipositas (BMI 30,3 kg/m²; ICD-10 E66.0)
- Papilläres Schilddrüsenkarzinom pT1, PN1b M0 (ICD-10 C73)
 - 07.08.2007 totale Thyreoidektomie mit beidseitiger Neck dissection
 - Zustand nach dreimaliger Radiojodtherapie (09/2007, 12/2007, 01/2009)
 - Klinisch zurzeit kein Hinweis auf Rezidiv, radiojoddiagnostisch keine Speicherung im April 2012
 - Suppressive T4-Therapie
 - Xerostomie als Folge der Radiojodtherapie
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie (ICD-10 G47.31)
- Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
- Restbeschwerden nach anamnestisch 03/1995 erlittener ossärer Läsion im Beckenbereich rechts (ICD-10 T91.2)
- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
- St. n. Neck dissection beidseits 2007 mit leichtem sensiblem Defizit im Bereich des Plexus zervikalis rechts (ICD-10 C73)
- Anosmie unklarer Ätiologie

Im Rahmen eines interdisziplinären Konsensus legten die Gutachter dar, aus Sicht des Bewegungsapparates könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden im Bereich des Ellbogens durch die klinischen und radiologischen Befunde weitgehend begründet werden, wogegen die Symptomatik im Nacken- und Schulterbereich rechts aus Sicht des Bewegungsapparates nicht eindeutig zugeordnet werden könne. Aus orthopädischer Sicht bestehe für sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 9. Juli 2009, wogegen für körperlich sehr leichte Verweistätigkeiten von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 20 % im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs auszugehen sei. Weder aus internistischer, neurologischer, onkologischer noch aus endokrinologischer Sicht bestünden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das papilläre Schilddrüsenkarzinom befinde sich unter suppressiver T4-Therapie in kompletter Remission. Weder das leichte sensible Defizit im Bereich des Plexus zervi-

kalis rechts (bei Status nach Neck dissection) noch das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie begründe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 120.2/31 Ziff. 6.2). Die leichte bis mittelgradige depressive Episode führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Indessen führe die Schmerzverarbeitungsstörung, welche für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden verantwortlich sei, zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Körperlich schwere und mittel-schwere Tätigkeiten seien bleibend nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe für körperlich leichte, gut adaptierte Verweistätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Im Rahmen der Polymorbidität bestehe ein teiladditiver Effekt. Das Pensum könne mit erhöhtem Pausenbedarf voll-schichtig umgesetzt werden (AB 120.2/32 Ziff. 6.2). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit liege nicht weit entfernt von derjenigen im Gutachten der MEDAS G. _____ von 2009, wo für die angestammte Tätigkeit ebenfalls keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr attestiert und für eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 15 % angegeben worden sei (AB 120.2/32 Ziff. 6.5, vgl. AB 39/19). Zu empfehlen sei eine Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, wobei die antidepressive Medikation durchaus noch intensiviert werden könnte (AB 120.2/32 Ziff. 6.6).

3.3.2 Im polydisziplinären (neurologischen, chirurgischen, oto-rhino-laryngologischen, neuropsychologischen sowie psychiatrischen und psychotherapeutischen) Gutachten der MEDAS E. _____ vom 21. März 2018 stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (AB 217.1/54 ff. Ziff. 4.4):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Arterielle Hypertonie, medikamentös aktuell mit einer Sechsfachkombination behandelt
- Osteochondrose der HWS (C6 bis C7)
- Intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Osteochondrosen L5/S1 und L4/5
- Schulterschmerzen rechts mit degenerativer Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus)
- Aktivierte AC-Gelenksarthrose rechts
- Impingement-Syndrom rechte Schulter

- Radiologisch fortgeschrittene Cubitalarthrose mit freien Gelenkskörpern (MRI 20.01.2012 und Röntgen 30.03.2012)
- Mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (AHI 16.3/h; ICD-10 G47.31)
- Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.7) bei Diagnose 2 und 3
- Anhaltend mittelgradig ausgeprägte, ängstlich depressive Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung (ICD-10 F33.11)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Diabetogene Stoffwechsellage (anamnestische Angaben)
- Vorbekannte Dislipidämie, bisher nicht medikamentös behandelt
- Gastroösophagealer Reflux, behandelt mit Protonenpumpenblockern (anamnestische Angaben)
- Adipositas Grad I
- Vorbekannte Aortenektasie der Aorta ascendens (zuletzt 4.3 cm)
- Z. n. Synkope, vermutlich vasovagal bedingt
- Mitteltgrosse benigne Prostatahyperplasie mit Prostatolithiasis und kortikaler Nierenzyste
- Ätiologisch unklarer Kopfschmerz, mit trigemino-autonomen Symptomen links, DD atypische Migräne
- Subklinische Polyneuropathie
- Linkskonvexe LWS-Skoliose
- Anterolisthesis L5 auf S1
- St. n. Beckenfraktur rechts (1998)
- Initiale Coxarthrose rechts, osteophytische Apposition Femurkopf/Femurhals
- Beginnende Krallenzehebildung im Bereich der Zehe 2 bis 5 rechter Fuss
- Papilläres Schilddrüsenkarzinom pT1, N1b, M0 (ICD-10 C73)
 - 08/2007 totale Thyreoidektomie und neck dissection bds.
 - 2007 bis 2009 dreimalige Radiojodtherapie
- Anosmie unklarer Ätiologie DD Nebenwirkung Radiojodtherapie, idiopathisch (ICD-10 F43.0)

In der polydisziplinären Konsensbeurteilung (AB 217.1/57 f. Ziff. 4.7) hielten die Gutachter fest, in der angestammten Tätigkeit als ...- bzw. ... ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Massgeblich hierfür seien die auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen, ausgehend von der Wirbelsäule, des rechten Schultergelenkes und des rechten Ellbogengelenkes. Für eine angepasste Tätigkeit ergebe sich aus orthopädisch-chirurgischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Unabhängig von den festgestellten Gesundheitsstörungen auf orthopädisch-

chirurgischem Fachgebiet sei der Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet in seiner ursprünglichen Tätigkeit zu 50 bis 60 % eingeschränkt. Verweistätigkeiten seien ihm nur noch zu 50 % möglich, wobei die genannte Leistungsbeeinträchtigung allein aufgrund der anhaltend mittelgradig ausgeprägten ängstlich-depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung zu rechtfertigen sei. Darüber hinaus sei der Beschwerdeführer auch aufgrund seiner neuropsychologischen Gesundheitsstörungen in seinem beruflichen Leistungsvermögen eingeschränkt. Diesbezüglich ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Es bestehe jedoch nicht eine derart gegenseitige Verstärkung der Gesundheitsstörungen auf den verschiedenen Fachgebieten, die eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit für Verweistätigkeiten über die genannten 50 % hinaus rechtfertigen würden. Im Gutachten vom 28. Dezember 2012 sei für Verweistätigkeiten noch eine Leistungsfähigkeit von 70 % festgestellt worden (AB 120.2/32 Ziff. 6.2). Im weiteren Verlauf sei erst wieder ein verwertbarer psychiatrischer Befundbericht vom 18. März 2017 (AB 182) aktenkundig. Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe damals eine rezidivierend mittelgradig depressive Episode, schwankend mit Phasen von schweren Depressionen, festgestellt (AB 182/2 Ziff. 3). Für angepasste Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer von Dr. med. H. _____ als 50 % arbeitsfähig angesehen worden (AB 182/3 Ziff. 13). Da sich diese Einschätzung nicht wesentlich von der Einschätzung nach aktueller psychiatrischer Begutachtung unterscheide, sei für Verweistätigkeiten ab März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % festzustellen (AB 217.1/58 Ziff. 4.7).

3.3.3 Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin hin (AB 220) führte der fallführende Gutachter der MEDAS E. _____, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 26. April 2018 (AB 224/4 ff.) unter anderem ergänzend aus, die im Gutachten der MEDAS D. _____ vom 28. Dezember 2012 festgestellte Arbeitsfähigkeit (richtig: Arbeitsunfähigkeit) von 30 % für Verweistätigkeiten (AB 120.2/32 Ziff. 6.2) behalte Gültigkeit. Die im polydisziplinären Gutachten der MEDAS E. _____ festgestellte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten begründe sich mit den neu festgestellten Gesundheits-

störungen auf psychiatrischem Fachgebiet. Das Gutachten der MEDAS G._____ vom 6. August 2009 (AB 39) sei im Nachhinein ebenfalls nicht anzuzweifeln. Es bestehe retrospektiv betrachtet seit Januar 2009 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten. Mit Gutachtenerstellung vom 28. Dezember 2012 durch die MEDAS D._____ sei der Beschwerdeführer retrospektiv betrachtet für Verweistätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig gewesen (AB 120.2/32 Ziff. 6.2). Ab März 2017 bestehe für Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und seit dem 5. Januar 2010 liege für die frühere Tätigkeit als ... eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

3.3.4 In der Stellungnahme vom 26. Juli 2018 (AB 224/2 f.) hielt der psychiatrische Gutachter der MEDAS E._____ fest, das sich zum Untersuchungszeitpunkt darstellende psychopathologische Befundbild, in Übereinstimmung mit dem psychometrischen Untersuchungsbefund wie auch mit den Eigenangaben des Beschwerdeführers (und nicht zuletzt auch in Einklang mit dem aktuellen psychiatrischen Behandlungsbericht vom 18. März 2017 [AB 182]), weise auf ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Störungsbild hin. Der sich zum Untersuchungszeitpunkt darstellende Befund habe sich mit der Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54, vgl. Gutachten der MEDAS D._____ vom 28. Dezember 2012 [AB 120.2/30 Ziff. 5.2]) nicht mehr in Einklang bringen lassen. Hinsichtlich der zeitlichen Einordnung liege ein verwertbarer psychiatrischer Befundbericht erst wieder ab 18. März 2017 vor, sodass aus pragmatischen Gründen dieses Datum als ungefährender Zeitpunkt der veränderten Diagnose festgelegt werden könne.

3.3.5 Dr. med. H._____ führte im Bericht vom 15. September 2018 (AB 230/3) aus, das psychiatrische Befinden sei geprägt gewesen von mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden. Aufgrund der Symptome der mittelgradigen Depression habe eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bis zu einem Maximum von 50 % bestanden. Der Beschwerdeführer habe diese Arbeitsfähigkeit seit Beginn der Behandlung nie überschritten. In den schwer depressiven Phasen sei er sogar in den angepassten Tätigkeiten, denen er nachgegangen sei (... usw.) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Der vom psychiatrischen Gutachter als verwertbar angesehene psychische Befund vom 18. März 2017 habe den mittelgradi-

gen depressiven Episoden entsprochen, welche der Beschwerdeführer seit Beginn der Behandlung (25. Mai 2012) aufweise.

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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der hier angefochtenen Verfügung (AB 233) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E. _____ vom 21. März 2018 (AB 217.1) sowie die dazugehörigen Nachträge vom 26. April (AB 224/4 ff.) und 26. Juli 2018 (AB 224/2 f.). Diese Berichte erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztlichen Einschätzungen der Arbeits-

und Leistungsfähigkeit sind schlüssig und widerspruchsfrei. Dem polydisziplinären Gutachten sowie dessen Nachträgen kommt damit voller Beweiswert zu und es ist darauf abzustellen.

3.5.1 In somatischer Hinsicht wurde im Gutachten der MEDAS G. _____ vom 6. August 2009 dargelegt, dass es nach der Thyreoidektomie wegen des Schilddrüsenkarzinoms (2007) und der Radiojodtherapie zu Schmerzen in der rechten Schulter gekommen war, welche objektiv mindestens zum Teil auf eine Osteochondrose C6/C7 zurückgeführt werden konnten (AB 39/19). Im Gutachten vom 21. März 2018 der MEDAS E. _____ wurde einlässlich aufgezeigt, dass zu den früheren Problemen namentlich ein Impingement-Syndrom der rechten Schulter sowie eine radiologisch fortgeschrittene Cubitalarthrose mit freien Gelenkskörpern (MRI vom 20. Januar 2012 und Röntgen vom 30. März 2012; AB 217.1/49 f. Ziff. 3.2.1, 217.3/10 ff. Ziff. 2.2) und ein mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (AHI 16.3/h; ICD-10 G47.31; AB 217.1/50 Ziff. 3.3.1, 217.1/51 Ziff. 3.4.1, 217.4/16 Ziff. 2.4.1, 217.5/16 Ziff. 2.3.1) hinzugekommen sind. Während der Beschwerdeführer früher noch Gewichte bis 10 kg heben konnte (AB 39/21), besteht seit dem Gutachten der MEDAS D. _____ vom 28. Dezember 2012 aufgrund der Ellbogenproblematik nun eine Tragelimit von 5 kg (AB 120.2/23 Ziff. 4.2.8). Damit überzeugt, wenn aus orthopädisch-chirurgischer Sicht die angestammte Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsstörungen, ausgehend von der Wirbelsäule, des rechten Schultergelenkes und des rechten Ellbogengelenkes seit der Erstellung des Gutachtens der MEDAS G. _____ vom 6. August 2009 weiterhin als nicht mehr zumutbar beurteilt wurde (AB 217.1/57 Ziff. 4.7, 217.3/15 Ziff. 2.5.8, 120.2/31 Ziff. 6.2, 39/20 Ziff. 3). Ferner wurde schlüssig dargelegt, dass aus somatischer Sicht in einer Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche auf die orthopädische Problematik zurückzuführen ist, im Umfang von 40 % besteht (AB 217.1/57 Ziff. 4.7, 217.3/15 Ziff. 2.5.8). Diese Beurteilung ist in sich nachvollziehbar und überzeugend, weshalb in der Folge darauf abzustellen ist. Damit ist eine Verschlechterung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht erstellt.

3.5.2 Im Vergleich zum massgebenden Referenzzeitpunkt (vom 5. Januar 2010 [AB 61]), als in psychiatrischer Hinsicht ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige, länger anhaltende Anpassungsstörung nach Schilddrüsenkarzinom-Erkrankung (ICD-10 F43.2) vorlag (AB 39/18 Ziff. 4.2), hat sich insofern eine erhebliche Veränderung ergeben, als der Beschwerdeführer nunmehr an einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung (ICD-10 F06.7) sowie einer anhaltend mittelgradig ausgeprägten, ängstlich depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung (ICD-10 F33.11) leidet (AB 217.1/51 Ziff. 3.4.1, 217.1/52 Ziff. 3.5.1). Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 5. Januar 2010 (AB 61) war der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht denn auch noch vollschichtig und ohne Minderung der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig (AB 39/30) und stand nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung (AB 39/25). Im aktuellen Gutachten der MEDAS E. _____ wurde schlüssig dargelegt, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Arbeitstätigkeit aufgrund der bestehenden Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet in seiner Arbeit als ... zu 50 bis 60 % eingeschränkt ist und dass Verweistätigkeiten noch zu 50 % möglich sind (AB 217.1/57 Ziff. 4.7). Damit ist eine Verschlechterung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht erstellt.

3.5.3 Indem der Beschwerdeführer unter Berufung auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. H. _____ vom 15. September 2018 (AB 230/3) geltend macht, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % liege bereits für die Zeit vor März 2017 vor, kann er aufgrund der überzeugenden Einschätzung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS E. _____ (AB 217.6) nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie der psychiatrische Gutachter zu Recht darauf hinweist, liegt nach der Erstellung des Gutachtens der MEDAS D. _____ vom 28. Dezember 2012 (AB 120.2) ein verwertbarer psychiatrischer Befundbericht erst wieder am 18. März 2017 vor (AB 182/2, 217.1/59 Ziff. 4.7). Dass bereits vor diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 50 % bestanden hätte, ist deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Weiter ist die Stellungnahme von Dr. med. H. _____ zum einen lediglich kurz abgefasst und zum andern bestätigt sie mit der Angabe, dass die maximale Arbeitsfähig-

keit in einer angepassten Tätigkeit 50 % betrage, das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil zumindest implizit. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachärztin einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, 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 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1), was vorliegend nicht der Fall ist. Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass in Bezug auf Atteste von behandelnden Spezialärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Damit ist von einer revisionsrechtlich relevanten Verschlechterung der gesundheitlichen Situation erst seit dem Zeitpunkt des Berichts von Dr. med. H. _____ vom 18. März 2017 auszugehen.

3.6 Vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten ist die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %, welche sich im Zusammenspiel der orthopädischen sowie neuropsychologischen und psychiatrischen Einschränkungen ergibt. Wie nachfolgend im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.2.2 hiervor) dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die vom psychiatrischen Teilgutachter der MEDAS E. _____ aufgrund der bestehenden leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung (ICD-10 F06.7) und der anhaltend mittelgradig ausgeprägten, ängstlich depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung (ICD-10 F33.11) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. AB 217.1/57 Ziff. 4.7) mitberücksichtigt.

Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlicher Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49), hielt der psychiatrische Gutachter doch explizit keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation fest (AB 217.6/18 Ziff. 9.3). Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ergibt der Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298) eine langjährig verlaufende ängstlich-depressive Störung im Verlauf unterschiedlicher Schweregrade (AB 217.6/15 f. Ziff. 9.1). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit dem 25. Mai 2012 in psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. H._____ mit ca. zweiwöchentlichen Therapiesitzungen steht (vgl. AB 120.2/12 Ziff. 4.1.1.2, 182/2 Ziff. 7, 217.6/5 Ziff. 3.2, 230/3). Angesichts des vorliegenden langfristigen Verlaufs ging der psychiatrische Gutachter mittlerweile, trotz adäquater Behandlung, von einem ausgeprägten Chronifizierungsgrad aus (AB 217.6/19 Ziff. 9.5). Als massgebende Komorbidität nannte er eine ungünstige, krankheitserhaltende Wechselwirkung somatischer Beschwerden, erheblicher psychosozialer Belastungsfaktoren, geringer persönlichkeitsimmanenter Bewältigungsmöglichkeiten und einer rezidivierend ängstlich-depressiven Störung, womit die Bewältigungsmöglichkeiten des Beschwerdeführers eher gering sind (AB 217.6/19 f. Ziff. 9.5). Unter dem Komplex der Persönlichkeit ist auszuführen, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS E._____ eine Persönlichkeitsstörung ausschloss, jedoch eine ängstlich-depressive Symptomatik beschrieb, die gesamthaft am ehesten im Rahmen der rezidivierenden depressiven Symptomatik bei intermittierender Dekompensation der Problembewältigungsmöglichkeiten beurteilt werden kann (AB 217.6/17 Ziff. 9.1).

Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung der massgebenden Indikatoren besteht somit kein Anlass, von der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS E._____ abzuweichen. Die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit kann somit auch aus rechtlicher Sicht übernommen werden.

3.7 Zusammenfassend ist erstellt, dass im hier massgeblichen Überprüfungszeitraum in den medizinischen Verhältnissen wesentliche Veränderungen eingetreten sind. Folglich ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Gemäss Gutachten der MEDAS G._____ vom 6. August 2009 kann seit August 2007 (AB 39/20, 120.2/32 Ziff. 6.3) in der bisherigen Tätigkeit als ... von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, seit dem Gutachten der MEDAS D._____ vom 28. Dezember 2012 in einer angepassten Tätigkeit von einer 70%igen und ab 18. März 2017 von einer 50%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden (AB 217.1/57 f. Ziff. 4.7). Aufgrund des hinreichend erstellten Sachverhalts erübrigen sich – entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2) – weitere Sachverhaltserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung [vgl. 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]).

4.

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

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.3 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). Übt die versicherte

Person nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Die verbleibende Arbeitsfähigkeit wird nicht in zumutbarer Weise voll ausgeschöpft, wenn die versicherte Person auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt einen höheren als den tatsächlich erhaltenen Lohn erzielen könnte. Auf diesem hypothetischen Arbeitsmarkt ist ein Stellenwechsel auch dann zumutbar, wenn es für die versicherte Person auf Grund der wirtschaftlichen Gegebenheiten auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt sehr schwierig oder gar unmöglich ist, eine entsprechende Stelle zu finden (SVR 2018 IV Nr. 24 S. 79 E. 6.1).

Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). 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 pflichtgemässigem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätz-

lich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Angesichts der Anmeldung im April 2016 (AB 158) sowie der im August 2007 eröffneten Wartefrist (vgl. E. 3.7 hiavor) kann in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ein Rentenanspruch frühestens ab Oktober 2016 entstehen. In diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeits- und leistungsfähig. Infolge Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes war er ab 18. März 2017 noch zu 50 % arbeits- und leistungsfähig (AB 217.1/56 Ziff. 4.7). Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

4.5 Bezüglich der Phase von Anfang Oktober 2016 bis 18. März 2017 ist ein erster Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.5.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens zog die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung statistische Werte heran (AB 233/5). Vom 1. März 1996 bis 31. August 2009 war der Beschwerdeführer indessen bei der J. _____ AG als "... " (...) in einem Vollzeitpensum angestellt (AB 139/4). Nachdem ihm ab August 2007 infolge eines papillären Schilddrüsenkarzinoms sowie einem Status nach totaler Thyreoidektomie und Neck dissection beidseits 08/2007, welches zu einem chronischen Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Schultergürtels führte, eine 50%ige bzw. 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. AB 14/3 Ziff. 3, 29, 32/2 f., 37/2, 42/4), löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit Schreiben vom 5. August 2009 (AB 42/4) auf (vgl. auch AB 42/1). Ausserdem gab der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern der MEDAS E. _____ an, am liebsten wieder als ... zu arbeiten (AB 217.6/6 Ziff. 5), denn diese Tätigkeit habe ihm viel Spass bereitet und er sei kompetent und gut gewesen (AB 217.1/41 Ziff. 2.1.10, 217.5/8

Ziff. 2.1.1). Die Arbeitsaufgabe sei krankheitsbedingt erfolgt (AB 217.3/7 Ziff. 2.1.7.1). Nach der Schilddrüsenoperation im Jahr 2007 und den anschliessenden Therapien habe sein Arbeitgeber noch zwei Jahre auf seine Rückkehr an die Arbeitsstelle gewartet; erst als klar geworden sei, dass er seine Arbeit als ... nicht wieder aufnehmen könne, sei ihm gekündigt worden (AB 217.5/8 Ziff. 2.1.1). Unter diesen Umständen ist – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. hierzu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221), dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin bei der J. _____ AG in einem 100%-Pensum angestellt wäre, so dass für die Ermittlung des Valideneinkommens auf den dort zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Lohn abzustellen ist. Dass die Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses im betreffenden Arbeitszeugnis vom 11. November 2009 (AB 139/4) mit einer stark schwankenden konjunkturellen Entwicklung in der Baubranche begründet wurde, vermag nichts daran zu ändern. Erfahrungsgemäss werden gesundheitliche Einschränkungen in einem Arbeitszeugnis nicht erwähnt, um dem ehemaligen Mitarbeiter das berufliche Fortkommen nicht zu erschweren (vgl. ADRIAN STAEHELIN, Zürcher Kommentar zum schweizerischen Zivilrecht, Der Arbeitsvertrag, Art. 319-330a OR, 4. Aufl. 2006, Art. 330a N. 11; STREIFF/VON KAENEL/RUDOLPH, Arbeitsvertrag, Praxis-kommentar zu Art. 319-362 OR, 7. Aufl. 2012, Art. 330a N. 3e). Ebenso ändert auch die erfolgreich abgeschlossene (rein praktische) Umschulung (AB 123/2) nichts, ist doch für die Ermittlung des Valideneinkommens in einem späteren Zeitpunkt der davor (d.h. vor der invaliditätsbedingt erfolgten beruflichen Eingliederung) erzielte (höhere) Verdienst heranzuziehen (vgl. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 328 N. 53).

Für das Valideneinkommen ist demnach vom zuletzt bei der J. _____ AG im Jahr 2006 erzielten Einkommen von Fr. 69'350.-- auszugehen (AB 6/2), womit unter Berücksichtigung an die geschlechts- und branchenübliche Nominallohnentwicklung indexiert auf das Jahr 2016 (Tabelle T1.1.05, Nominallohnindex, Männer, F, Index 2006 = 101.1, Index 2010 = 107.7 bzw. Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, F, Indexbasis 2010, Index 2016 = 102.9) hin ein Betrag von Fr. 76'019.75 (Fr. 69'350.-- / 101.1 x 107.7 / 100 x 102.9) resultiert.

4.5.2 Für das Invalideneinkommen ist das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nur dann massgeblich, wenn es einer zumutbaren, d.h. die Restarbeitsfähigkeit bestmöglich verwertenden Leistung entspricht (vgl. MEYER/REICHMUTH, a.a.O., S. 336 N. 77). Zur Festsetzung des Invalideneinkommens kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) somit nicht auf das bei der K._____ AG und der L._____ AG effektiv erzielte Einkommen abgestellt werden. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte (AB 233/6, Beschwerdeantwort S. 3 f.), wird mit diesen Tätigkeiten, welche zusammen etwa ein 50%-Pensum ausmachen, das im polydisziplinären Gutachten der MEDAS E._____ vom 21. März 2018 genannte Zumutbarkeitsprofil mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in einer Verweistätigkeit (vgl. AB 217.1/57 f. Ziff. 4.7), nicht ausgeschöpft (vgl. E. 4.3 hiervor). Hingegen ist an Stelle der LSE 2012 auf die LSE 2016 abzustellen. Das Heranziehen der neueren Werte wirkt sich im Ergebnis nicht aus und ist ohne weiteres zulässig, da die Tabelle TA1 der LSE 2016 am 26. Oktober 2018 – mithin vor Erlass der angefochtenen Verfügung – veröffentlicht wurde (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.1 S. 299). Auszugehen ist dabei von der LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, im Betrag von monatlich Fr. 5'340.-- bzw. jährlich Fr. 64'080.--. Unter Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden sowie unter Berücksichtigung der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (vgl. E. 3.7 hiervor) resultiert ein Einkommen von Fr. 46'762.40 (Fr. 64'080.-- / 40 x 41.7 x 0.7). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 6), wonach er die verbleibende Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten könne und deshalb ein entsprechender behinderungsbedingter Abzug vorzunehmen sei, liegen keine persönlichen und beruflichen Merkmale vor, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen. Insbesondere wurde den gesundheitlichen Einschränkungen beim Zumutbarkeitsprofil bereits hinreichend Rechnung getragen (vgl. E. 4.3 hiervor).

4.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'019.75 und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'762.40 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 29'257.35 und damit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von

gerundet 38 % (Fr. 29'257.35 / Fr. 76'019.75 x 100 = 38.49 %; zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und E. 3.3 S. 123).

4.6 Unter Berücksichtigung der ab März 2017 attestierten Arbeitsfähigkeit von nunmehr 50 % ist ein weiterer Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.6.1 Das Valideneinkommen des Jahres 2006 in der Höhe von Fr. 69'350.-- (vgl. E. 4.5.1 hiervor) beträgt indexiert auf das Jahr 2017 hin Fr. 76'241.35 (Fr. 69'350.-- / 101.1 x 107.7 / 100 x 103.2 [Tabelle T1.1.05 bzw. T1.1.10, a.a.O., Index 2006 = 101.1, Index 2010 = 107.7 bzw. Indexbasis 2010, Index 2017 = 103.2]).

4.6.2 Das Invalideneinkommen ist gestützt auf die LSE 2016 zu ermitteln (vgl. E. 4.5.2 hiervor). Gemäss dem LSE-Totalwert für Männer im Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1_tirage_skill_level ist im Jahr 2016 in einer leidensangepassten Tätigkeit auf einen monatlichen Lohn von Fr. 5'340.-- abzustellen. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS) und die Nominallohnentwicklung per 2017 (BfS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Indexbasis 2016 bzw. 2017) ergibt sich unter Berücksichtigung der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 3.7 hiervor) ein Betrag von Fr. 33'562.15 (Fr. 5'340.-- x 12 / 40 x 41.7 / 104.1 x 104.6 x 0.5). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) ist auch hier nicht auf das bei der K. _____ AG und der L. _____ AG effektiv erzielte Einkommen abzustellen, da dieses mit Fr. 29'042.-- (Fr. 21'344.-- [AB 234/21] + Fr. 7'698.-- [AB 234/22]) im Jahr 2017 im Vergleich zum ermittelten Tabellenlohn deutlich tiefer liegt. Bezüglich des geltend gemachten Tabellenlohnabzugs sei auf die Ausführungen in Erwägung 4.5.2 hiervor verwiesen.

4.6.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'241.35 und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'562.15 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 42'679.20 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 56 % (Fr. 42'679.20 / Fr. 76'241.35 x 100 = 55.95 %).

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. März 2017 eine halbe Rente zugesprochen. Die Verfügung vom 21. November 2018 (AB 233) ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Invalidenleistungen 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. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):

- B._____, C._____ 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.