

200 20 379 IV
KOJ/SVE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Oktober 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. April 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene, zuletzt als ... in der ... tätige A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im September 2010 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2). Mit Verfügung vom 23. Mai 2011 (act. II 24) verneinte die IVB einen Leistungsanspruch.

Im Dezember 2013 stellte der Versicherte wiederum ein Gesuch um Leistungen der Invalidenversicherung (act. II 31). Die IVB sprach ihm mit Verfügung vom 21. Januar 2015 (act. II 100) eine vom 1. Juni 2013 bis zum 31. Juli 2014 befristete ganze Rente zu, was mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 21. Mai 2015, IV/2015/180 (act. II 111), bestätigt wurde.

Auf die im Oktober 2015 (act. II 120) erfolgte Neuanmeldung trat die IVB mit Verfügung vom 16. Februar 2016 (act. II 134) nicht ein.

B.

Im Juli 2018 (act. II 147) meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an, worauf die IVB mit Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 155) erneut nicht eintrat. Nach dagegen erhobener Beschwerde (Akten der IVB [act. IIA] 157 S. 6) hob die IVB die Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 155) wiedererwägungsweise mit Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. IIA 159) auf und liess den Versicherten in der Folge durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 26. September 2019 [act. IIA] 171.1). Mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2019 (act. IIA 172) stellte sie in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen. Nach hiergegen erhobenem Einwand (act. IIA 183, 188) holte die IVB Stellungnahmen bei Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 191, 197), sowie bei Dr. med. C. _____ (act. IIA 194) ein.

Mit Verfügung vom 20. April 2020 (act. IIA 198) verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 20 % einen Rentenanspruch.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, mit Eingabe vom 20. Januar 2020 (recte: 22. Mai 2020) Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2020 sei die Sache zur Vornahme einer interdisziplinären Begutachtung zur Abklärung des Gesundheitszustandes, der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Am 25. Mai 2020 (Posteingang) reichte der Beschwerdeführer das Beilagenverzeichnis inkl. redaktionell bereinigtem Beschwerdedoppel sowie am 11. und 12. Juni 2020 (Posteingang) weitere Beilagen ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 15. Juli 2020 (Posteingang) reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme samt Beilage ein, ebenso mit einer weiteren Eingabe vom 18. September 2020.

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 20. April 2020 (act. IIA 198). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausge-

glichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf

Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.1 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).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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).

2.4.3 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).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

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

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Juli 2018 (act. II 147) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 21. Januar 2015 (act. II 100), als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte (vgl. E. 2.4.3 hiervor), mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 20. April 2020 (act. IIA 198) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 f. hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 21. Januar 2015 (act. II 100) basierte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. _____,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. März 2014 (act. II 73.1) und der RAD-ärztlichen Stellungnahme von Dr. med. J. _____ vom 25. Juni 2014 (act. II 85), welcher festhielt, dass spätestens ab dem 7. Mai 2014 seitens des Morbus Hodgkin keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe (S. 5, vgl. act. II 95). Den Akten kann in Übereinstimmung mit dieser Einschätzung entnommen werden, dass der Beschwerdeführer nach der seit dem 14. Juni 2012 aufgrund der Krebserkrankung ohne wesentliche Unterbrüche bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 34 S. 19, 34 S. 23, 34 S. 31 f., 35 S. 7, 37 S. 5, 49 S. 2, 66 S. 1) ab dem 7. Mai 2014 aus somatischer Sicht wieder vollständig arbeitsfähig war (act. II 83 S. 2 f., 85 S. 5; vgl. VGE/2015/180, E. 3.4).

Psychiatrischerseits diagnostizierte Dr. med. D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung im Sinne einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21), eine Belastung bei Morbus Hodgkin, Chemo- und Radiotherapie (Juni 2010) und Rezidiv (Juni 2012), Chemotherapie (April bis Juni 2013; ICD-10 Z85; act. II 73.1 S. 14 Ziff. 4, S. 21 Ziff. 1). In der früher ausgeübten Tätigkeit als ... in der ... könne von einer reduzierten Ausdauer und erhöhter Erholungsbedürftigkeit ausgegangen werden (Ziff. 2). Ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung (24. Oktober 2013) könne daher aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert werden (S. 22 Ziff. 7).

3.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Neuanmeldung vom Juli 2018 (act. II 147) betrifft, ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Medizinische Onkologie, hielt im Bericht vom 18. Mai 2018 (act. II 149 S. 27) fest, dass bei Diagnose eines Morbus Hodgkin, initiales Stadium IA, mit Befall der rechten Axilla, aktuell keine klinischen Hinweise für ein Rezidiv bestünden.

3.3.2 Im Verlaufsbericht vom 3. September 2018 (act. II 149 S. 1) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0; seit mindestens

April 2016) sowie einen Verdacht auf eine stark angstbetonte undifferenzierte Somatisierungsstörung (S. 4 Ziff. 2.5). Seit dem Behandlungsbeginn (April 2016 [S. 2 Ziff. 1.1]) präsentierte der Beschwerdeführer ich-syntone, zunehmend systematisierende, paranoid wahnhaftige Symptome und klage über verschiedene körperliche Schmerzen (S. 3 Ziff. 2.2). Unter dem Gesichtspunkt des aktuellen Zustandsbildes, des bisherigen Verlaufs und der bestehenden Gesamtsituation sei die Prognose unklar, unsicher sowie eher ungünstig. Der Beschwerdeführer sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt eindeutig hochprozentig, eventuell sogar zu 100 % arbeitsunfähig. Das erwerbsmässige Reintegrationspotential erscheine vor dem Hintergrund der vorliegenden Krankheit(en) nach mittlerweile achtjähriger Erwerbslosigkeit ebenfalls unklar (S. 4 Ziff. 2.7). Es bestehe ein beträchtliches Konzentrationsdefizit vor dem Hintergrund des massiv paranoid-wahnhaften Erlebens mit anhaltend fokussiertem Denken auf die eigenen Beschwerden und der stark erhöhten psychischen Vulnerabilität vor dem Hintergrund der deutlich spürbaren angstbetonten Krankheits- und Insuffizienzgefühle sowie Misstrauen als zentrale Gefühlsqualitäten (S. 5 Ziff. 3.4).

3.3.3 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, hielt im Bericht vom 15. Oktober 2018 (act. IIA 157 S. 27) als Diagnosen - soweit hier von Interesse - thorakale und zervikale Schmerzen (...), kardiovaskuläre Risikofaktoren (...), einen Morbus Hodgkin, initiales Stadium IA mit Befall der rechten Axilla (...), und eine reaktive mittelschwere depressive Entwicklung mit Somatisierungsstörung fest. Aufgrund der klinischen Präsentation seien die linksthorakalen Beschwerden zweifelsohne nicht kardial bedingt. Klinisch fänden sich Hinweise auf eine mögliche muskuläre Genese. Die Echokardiographie zeige nach wie vor einen Normalbefund ohne Anhaltspunkte auf eine beginnende Erkrankung des Myokards oder der Herzklappen. Auf die Wiederholung einer Ergometrie sei aufgrund mehrerer nicht konklusiver Belastungstests in der Vergangenheit verzichtet worden. Aufgrund der klinischen Präsentation sei eine alternative Diagnostik hinsichtlich einer koronaren Herzkrankheit momentan nicht angezeigt.

3.3.4 Die Hausärztin Dr. med. H. _____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 2. Septem-

ber 2019 (act. IIA 189 S. 9) zu Händen des Gutachters folgende Diagnosen fest:

- Morbus Hodgkin 2010;
(...);
- thorakale und zervikale Schmerzen (differenzialdiagnostisch [DD] psychogen);
(...);
- kardiovaskuläre Risikofaktoren;
(...);
- Diabetes mellitus Typ 2;
- rezidivierend erhöhte Entzündungszeichen mit Husten und behinderter Nasenatmung;
- Rezidivganglion OSG rechts;
- Status nach Prostatitis im September 2019;
- stärkere, wechselnde Schmerzzustände im Bereich Thorax, Nacken;
- komplexe psychische Störung.

Der Beschwerdeführer klagt über Schmerzzustände im Bereich Thorax, Nacken etc. Eine kardiologische Abklärung habe einen kompletten kardialen Normalbefund gezeigt. Eine Gastroskopie sei für den 4. September 2019 geplant. Anlässlich der Halssonographie vom 29. März 2019 hätten sich rechts und links jeweils ein Lymphknoten gefunden, die regelmässig sonographisch kontrolliert würden.

3.3.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 26. September 2019 (act. IIA 171.1) diagnostizierte Dr. med. C. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein paranoides Zustandsbild (ICD-10 F22.0) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass der frühere Arbeitgeber und die schlechten Wohnverhältnisse dazu beigetragen hätten, dass die ganze Familie krank sei, obwohl sich keine objektiven Befunde finden liessen. Er habe zum Teil auch das Gefühl, dass Ärzte und Anwälte zusammenspannten und ihn nicht in seinem Recht unterstützten, ihn nicht richtig behandelt hätten. Es liege also ein paranoides Zustandsbild vor. Dieses umfasse aber einzig den Umgang mit seiner Krankheit, der Rest der Persönlichkeit sei davon nicht betroffen. So habe der Beschwerdeführer nach wie vor eine sehr gute Beziehung zu seiner Ehefrau und seinen Kindern

und pflege regelmässig Kontakt mit zahlreichen Verwandten, könne sich im öffentlichen Raum bewegen und fahre regelmässig in seine Heimat. Es handle sich folglich um eine Krankheitsüberzeugung isoliert betreffend das paranoide Zustandsbild. Er beklage zahlreiche somatische Beschwerden, begeben sich auch immer wieder in ärztliche Behandlung, ohne dass dabei die Beschwerden objektiviert würden resp. medizinisch erklärt werden könnten. Es handle sich dabei um eine Somatisierungsstörung, welche geringgradig ausgeprägt sei und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe. Ausser den etwas bizarr anmutenden Krankheitsvorstellungen und den Schilderungen, die sich medizinisch nicht nachvollziehen liessen, hätten keine pathologischen Befunde erhoben werden können bzw. ausserhalb der paranoiden Beschwerdeschilderung im Alltag sei der Beschwerdeführer nicht durch psychopathologische Symptome beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer benütze seine bizarren Krankheitsvorstellungen, um seine Arbeitsunfähigkeit und auch seinen Rentenanspruch zu unterstreichen (S. 33 f. Ziff. 6.3). Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, nach der er unter einer schweren Krankheit leide und nicht arbeiten könne, lasse sich weder aufgrund der somatischen noch der psychiatrischen Befunde objektivieren. Vielmehr sei diese Krankheitsüberzeugung weitgehend invaliditätsfremd und werde sich durch eine psychiatrische Behandlung kaum beeinflussen lassen (S. 35 Ziff. 7.2). Die geklagten Schlafstörungen seien auf die mangelnde Schlafhygiene zurückzuführen (S. 36 Ziff. 7.3.2). In der zuletzt ausgeübten als auch in einer angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer während sechs bis acht Stunden anwesend sein, wobei eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der paranoiden Verarbeitung seiner Krankheit bestehe. Insgesamt liege eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor (seit Jahren; S. 36 f. Ziff. 8.1 f.). Im Gegensatz zur psychiatrischen Begutachtung im Jahre 2014 hätten nun keine depressiven Verstimmungen festgestellt werden können. Neu komme eine paranoid gefärbte Verarbeitung der Krebserkrankung hinzu, die ihn aber im Alltag nicht wesentlich beeinträchtige. Anstelle einer Anpassungsstörung müsse nun neu ein paranoides Zustandsbild diagnostiziert werden. Dadurch habe sich aber die Arbeitsfähigkeit nicht verändert. Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Gutachten 2014 nicht erheblich verändert (S. 38 f. Ziff. 8.4).

3.3.6 Im Bericht vom 31. Oktober 2019 (act. IIA 189 S. 4) hielt Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, als Diagnosen atypische thorakale Beschwerden, DD Somatisierungsstörung, postinterventionell nach Behandlung eines Morbus Hodgkin (...), kardiovaskuläre Risikofaktoren (...), einen Morbus Hodgkin 2010 (...) sowie eine mittelschwere depressive Entwicklung mit Somatisierungsstörung (DD Psychose) fest. Die Beschwerden klängen seit zwei Jahren praktisch gleich, wobei zum Teil gewisse Wahnvorstellungen im Vordergrund zu stehen schienen mit Vergiftung und mit verfaulendem Fleisch am Hals. Der Beschwerdeführer sei davon überzeugt, dass sein Herz krank sei. Die Ergometrie zeige eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit 45 % SAK, etwas weniger als vor zwei Jahren. Die Leistungsfähigkeit sei allerdings durch Ermüdung begrenzt gewesen. Eine kardiale Ischämie könne so nicht ausgeschlossen werden. Allerdings bestünden Zweifel, dass die Vornahme weiterer Abklärungen dem Beschwerdeführer genügten, um von seiner Überzeugung, herzkrank zu sein, Abstand zu nehmen.

3.3.7 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 21. November 2019 (act. IIA 189 S. 7) ein leichtes bis mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (...), eine psychosoziale Belastungsreaktion und eine leichte bis mittelschwere restriktive Pneumopathie (...). Es erscheine, als sei die seelische Belastung deutlich ausgeprägter als noch 2016 und daher stehe sowohl die Schlafapnoe wie auch manch anderes somatisches Problem eindeutig im Hintergrund zu den als sehr ungerecht empfundenen Erlebnissen. Das Angehen der psychosozialen Belastungssituation und der als traumatisch empfundenen Erlebnisse würde die somatischen Abklärungen sicherlich deutlich vereinfachen, so sei die ganze somatische Beschwerdelage unklar.

3.3.8 Im Bericht vom 29. November 2019 (act. IIA 188 S. 4) zu Händen der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers hielt Dr. med. F. _____ fest, der Gutachter diagnostiziere mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein «paranoides Zustandsbild» und kodiere zwar korrekt, mit der Bezeichnung «paranoides Zustandsbild» werde die vorliegende Diagnose/Krankheit aber massgeblich abgemildert (paranoides Zustandsbild als Diagnose gebe es

nach ICD-10 nicht). Der Beschwerdeführer leide an einer anhaltenden wahnhaften Störung, mit deren Ausprägungsgrad sich der Gutachter nicht auseinandersetze. Es müsse betont werden, dass die vorliegende wahnhaftige Störung einen ausgesprochen schweren Ausprägungsgrad aufweise mit einem extrem expansiven Charakter, d.h. dass der Beschwerdeführer praktisch alle Menschen ausserhalb seiner Familie in sein Wahnsystem implementiere bzw. als Feinde erlebe. Dies führe so zu einer massiven Funktionalitätsstörung, welche eine an sich regelrechte Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit entsprechender Leistungsanforderung praktisch ausschliesse. Auch hinsichtlich der Somatisierungsstörung habe sich der Gutachter nicht mit dem Ausprägungsgrad auseinandergesetzt. Angesichts der sehr hohen Ich-Syntonzität der somatisierenden Symptome, deren dynamisch-pathogenetisches Korrelat zumindest teilweise im Bereich des o. e. expansiven Wahnsystems zu suchen sei, müsse die Somatisierungsstörung als eindeutig schwer eingestuft werden, gleichzeitig sei ihr deutliche Relevanz für die Arbeitsunfähigkeit beizumessen. Der Gutachter beschreibe eine mangelnde Schlafhygiene als Grund für die Müdigkeit und Schlafstörungen. Unter Berücksichtigung der Akten werde jedoch eine schwere Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch eine tumorbedingte Fatigue beschrieben. Das Gutachten sei an sich einseitig, lückenhaft und müsse ohne Beurteilung der essentiellen Kausalitäten zwischen den Diagnosen, deren Ausprägungsgrad und den daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen als nicht haltbar angesehen werden. Vielmehr sei eine interdisziplinäre Begutachtung angezeigt.

3.3.9 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, hielt im Bericht vom 6. Januar 2020 (act. IIA 193 S. 29) fest, es ergäben sich in der Blutuntersuchung keine Hinweise für ein Rezidiv des Morbus Hodgkin. Der Beschwerdeführer fühle sich aber krank mit vielen diffusen Symptomen. Differenzialdiagnostisch handle es sich um eine Somatisierungsstörung.

3.3.10 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ hielt in der Stellungnahme vom 14. Januar 2020 (act. IIA 191) fest, aus den durch den Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen gingen keine Hinweise auf eine objektiv nachweisliche leistungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands

hervor. Es seien aus somatischer Sicht denn auch keine leistungsrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgewiesen.

3.3.11 Dr. med. L. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte im Bericht vom 20. Januar 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6) eine craniomandibuläre Dysfunktion mit Globusgefühl, Ohrdruck und Kopfschmerzen. Es bestehe eine unverändert unauffällige Halspalpation, eine diffuse Druckdolenz über der Kiefergelenkmuskulatur beidseits und dem Hyoid beidseits. Die endoskopische Untersuchung des Pharynx und Larynx sowie der restliche ORL-Status seien unauffällig.

3.3.12 In der Stellungnahme vom 12. Februar 2020 (act. IIA 194) führte Dr. med. C. _____ aus, im Kapitel F22.0 der ICD-10 werde unter der Diagnose wahnhafte Störung der dazugehörige Begriff paranoides Zustandsbild diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass der frühere Arbeitgeber und die schlechten Wohnverhältnisse dazu beigetragen hätten, dass die Familie krank sei. Die wahnhafte Störung sei einzig auf diese Komplexe eingeschränkt. Die übliche Persönlichkeit sei von dieser wahnhaften Überzeugung nicht betroffen. Weiter habe der Beschwerdeführer nicht berichtet, im Alltag durch seine somatischen Beschwerden wesentlich eingeschränkt zu sein. Er berichte einzig, aufgrund eines Prostataleidens nachts öfter Wasser lösen zu müssen. Zusammenfassend werde auch in Anbetracht der zwischenzeitlich eingegangenen Akten an den im Gutachten vom 26. September 2019 (act. IIA 171.1) gezogenen Schlussfolgerungen festgehalten. Beim Beschwerdeführer bestehe in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

3.3.13 Prof. Dr. med. M. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. N. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, diagnostizierten im Bericht vom 14. Februar 2020 (act. I 4) eine nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (...), einen Diabetes mellitus, bisher nicht insulinpflichtig (...), einen Morbus Hodgkin, ED 2010 (...), eine reaktive mittelschwere depressive Entwicklung mit Somatisierungsstörung (DD Psychose) sowie einen Vitamin-D-Mangel. Es fänden sich keine Hinweise auf eine relevante Fibrosierung der Leber. Empfohlen werde regelmässige physische Aktivität und Ernährungsumstellung (Ziel:

Gewichtsreduktion), eine optimale Einstellung des metabolischen Syndroms und CAVE vor allfälliger Chemotherapie/Immun-suppression bei durchgemachter Hepatitis B.

3.3.14 Im Bericht vom 25. Februar 2020 (act. I 5) diagnostizierte Dr. med. O._____, Facharzt für Neurochirurgie, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit am ehesten pseudoradikulärer Komponente rechts. Weder klinisch noch radiologisch fänden sich klare Hinweise für eine radikuläre Ursache der Beschwerden. Die fehlenden Reflexe dürften Folge der Chemotherapie sein, möglicherweise auch die durch den Beschwerdeführer beschriebenen abendlichen Schmerzen in Unterschenkeln und Füßen. Erschwerend komme eine reaktive (Morbus Hodgkin) depressive Entwicklung mit Somatisierungsstörung hinzu.

3.3.15 Der RAD-Arzt Dr. med. J._____ hielt in der Stellungnahme vom 2. April 2020 (act. IIA 197) fest, dass sich aus der Stellungnahme des Gutachters keine Hinweise auf psychische oder körperliche Einschränkungen von Leistungsrelevanz ableiten liessen. Aus dem Bericht von Dr. med. K._____ gehe hervor, dass kein Rezidiv des Morbus Hodgkin vorliege. Somit sei weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht eine leistungsrelevante gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen.

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).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.5 Im VGE/2015/180, E. 3.5.2, wurde das konkrete Ausmass (0 % bzw. 20 %) der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Anpassungsstörung offengelassen und davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer seit dem 7. Mai 2014 noch zu maximal 20 % arbeitsunfähig sei (E. 3.6). Zwischenzeitlich liegt nun gestützt auf die – wie nachfolgend (vgl. E. 3.5.1 hiernach) aufzuzeigen ist beweiskräftige – Expertise vom 26. September 2019 (act. IIA 171.1) von Dr. med. C._____ eine neue psychiatrische Diagnose mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % für sämtliche Tätigkeiten vor (vgl. act. IIA 171.1 S. 36 f. Ziff. 8.1 f.). Damit ist ein Revisionsgrund gegeben, so dass eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

3.5.1 Das Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 26. September 2019 (act. IIA 171.1) samt Stellungnahme vom 12. Februar 2020 (act. IIA 194) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hienvor) und erbringt vollen Beweis. Es ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung sowie hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in allen Teilen nachvollziehbar, die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig beantworten.

Nicht gefolgt werden kann hingegen dem RAD-Arzt, Dr. med. J. _____, insoweit er eine relevante Einschränkung aus psychiatrischer Sicht verneint (vgl. act. IIA 197 S. 3), attestieren doch sowohl der psychiatrische Gutachter (vgl. act. IIA 171.1 S. 36 f. Ziff. 8.1 f.) als auch der behandelnde Psychiater (vgl. act. II 149 S. 4 Ziff. 2.7) dem Beschwerdeführer einen psychischen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Soweit dabei Dr. med. F. _____ dem Gutachter eine ungenaue Diagnosestellung vorwirft, ist dies nicht entscheidend. Unbestritten ist, dass sich die beiden Ärzte immerhin insoweit einig sind, dass beim Beschwerdeführer ein wahnhaftes Geschehen im Sinne von ICD-10 F22.0 vorliegt. Ob nun mit Dr. med. F. _____ von einer anhaltend wahnhaften Störung (ICD-10 F22.0) oder mit dem Gutachter von einem paranoiden Zustandsbild (ICD-10 F22.0) auszugehen ist, kann offen bleiben, weil letztlich nicht die diagnostische Zuordnung massgebend ist, sondern, welche Auswirkungen der Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Juli 2019, 9C_857/2018, E. 4.2.1, sowie BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 346). Schliesslich sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen zulässig und zu respektieren, sofern der Experte - wie in concreto - lege artis vorgegangen ist (statt vieler: Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen), wird doch vorliegend im Gutachten vom 26. September 2019 (act. IIA 171.1) die Diagnose ausführlich hergeleitet (vgl. act. IIA 171.1 S. 33 Ziff. 6.3). Was die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betrifft, ist überdies dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung - gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie - eine hohe Variabilität aufweist und unaus-

weichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253) sowie dass die behandelnden Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall die Einschätzung eher zu Gunsten ihrer Patienten vornehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; siehe dazu auch Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 8). Folglich vermag die abweichende Einschätzung von Dr. med. F. _____, welcher dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. act. II 149 S. 4 Ziff. 2.7), keine Zweifel am gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil zu wecken.

Was der Beschwerdeführer gegen die gutachterliche Einschätzung einwendet, verfängt ebenfalls nicht. Zunächst rügt er (Beschwerde S. 3 Ziff. 1), der psychiatrische Gutachter habe sich nicht mit der Festsetzung des Schweregrads der von ihm diagnostizierten Schmerzstörung auseinandergesetzt. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. C. _____ den Schweregrad der Schmerzstörung sehr wohl thematisierte, indem er nachvollziehbar und einleuchtend darlegte, dass der Beschwerdeführer aufgrund zahlreicher somatischer Beschwerden zwar immer wieder Ärzte aufsucht, wobei die Beschwerden jeweils objektiv nicht erklärt werden können resp. es an pathologischen Befunden fehlt, was im Übrigen mit den Berichten der behandelnden Ärzte übereinstimmt (vgl. E. 3.5.2 nachfolgend). Gegenüber dem Gutachter äusserte der Beschwerdeführer allerdings in keiner Weise - mit Ausnahme des gehäuften nächtlichen Wasserlösens - durch diese Beschwerden in seinem Alltag eingeschränkt zu sein. Vielmehr pflegt er eine gute Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen Kindern, kann sich ohne weiteres ausser Haus bewegen und Auto fahren, geht einkaufen, hat regelmässig Kontakt mit zahlreichen Verwandten und besucht auch seine Heimat immer wieder (vgl. act. IIA 171.1 S. 30 Ziff. 3.2.11, S. 35 Ziff. 6.3). Folglich legte der Gutachter schlüssig dar, dass der Beschwerdeführer ausserhalb der paranoiden Beschwerdeschilderung im Alltag nicht durch psychopathologische Symptome beeinträchtigt ist. Dementsprechend leuchtet auch die Diagnose einer Somatisierungsstörung leichter Ausprägung, welche keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet (act. IIA 171 S. 33 Ziff. 6.3), ein. An dieser Einschätzung vermag auch der Umstand, wonach Dr. med. C. _____ in unzutreffender Weise ausführte, Dr. med. F. _____ habe ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit attestiert

(act. IIA 171.1 S. 34 Ziff. 6.3), nichts zu ändern, legte der Gutachter doch seine Begründung, weshalb er eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als nicht gegeben erachtet - wie vorgängig aufgezeigt - plausibel dar.

Damit ist auch erstellt, dass der Gutachter die Tragweite der paranoiden Störung (Beschwerde S. 4 Ziff. 2) nicht verkennt. Vielmehr hat er in nachvollziehbarer Weise erörtert, dass das paranoide Zustandsbild einzig den Umgang mit der Krankheit betrifft, nicht aber den Rest der Persönlichkeit. So ist der Beschwerdeführer von der paranoiden Beschwerdeschilderung im Alltag nicht durch psychopathologische Symptome beeinträchtigt, weisen doch seine subjektiven Angaben auf eine aktive Alltagsgestaltung hin (vgl. act. IIA 171.1 S. 33 Ziff. 6.3). Aufgrund der paranoiden Verarbeitung seiner Krankheit ist ihm gestützt auf die gutachterliche Einschätzung jedoch sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu attestieren, womit insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht (S. 36 f. Ziff. 8.1 f.).

Wie die Beschwerdegegnerin sodann zutreffend ausführt (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8), erfolgte die Begutachtung in Kenntnis der ausführlichen Vorakten und ist das Einholen einer Fremdanamnese (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 2) in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Entscheid des BGer vom 27. März 2018, 8C_794/2017, E. 4.2.1). Was schliesslich die durch den Beschwerdeführer behauptete Missachtung der Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten betrifft, stellen diese gemäss Rechtsprechung lediglich eine Empfehlung dar, von welcher im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262). Ein sich formal und inhaltlich nach den Leitlinien richtendes Gutachten soll demnach den Regelfall bilden. Als Standard bei der Begutachtung sind die Leitlinien dem Rechtsanwender bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262). Sie sollen die gutachterliche Ermessensausübung strukturieren und diese - insbesondere für die Rechtsanwendung - nachvollziehbar machen. Ein Gutachten verliert jedoch nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die Leitlinien anlehnt. Der Nichtbefolgung der Begutachtungsleitlinien ist aber bei der Beurteilung des Beweiswertes Rechnung zu tragen, wobei massgebend bleibt, ob ein Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar be-

gründet und überzeugend ist (SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 3.3). Wie bereits dargelegt, zeigt der psychiatrische Gutachter die Herleitung der Diagnosen und die Einschätzung der Leistungsfähigkeit nachvollziehbar anhand von Fakten aus der Biographie des Beschwerdeführers auf. Dieses Vorgehen spricht hier für den vollen Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens (vgl. SUSANNE BOLLINGER, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, Jusletter vom 31. Januar 2011, Rz. 21 mit Hinweisen), weshalb vorliegend unerheblich ist, ob die Begutachtung in Abweichung von den Qualitätsrichtlinien erfolgte oder nicht. Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang erwähnten Fragebogens (Beschwerde S. 4 Ziff. 1) hält der RAD-Arzt zu Recht fest (act. IIA 191 S. 3), dass damit einzig eine subjektive Einschätzung wiedergegeben wird, welche - auch wenn der Fragebogen durch die Hausärztin ausgefüllt wurde - wenig aussagekräftig ist.

Folglich ist auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit samt Zumutbarkeitsprofil, wonach der Beschwerdeführer aufgrund des festgestellten paranoiden Zustandsbildes sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.3.5, 3.3.12 hiervor), abzustellen.

3.5.2 In somatischer Hinsicht rügt der Beschwerdeführer zunächst, dass lediglich monodisziplinäre Gutachten verletze den Anspruch auf eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung (Beschwerde S. 3 Ziff. 1). Insoweit kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. med. E. _____ hielt bereits im Mai 2018 (act. II 149 S. 27) und später Dr. med. K. _____ im Januar 2020 (act. IIA 193 S. 29) keine Hinweise auf ein Rezidiv des Morbus Hodgkin fest. Sowohl Dr. med. G. _____ (vgl. act. IIA 157 S. 28) als auch Dr. med. I. _____ (vgl. act. IIA 189 S. 5) stellten 2018 resp. 2019 kardiologisch keine auffälligen Befunde fest. Dr. med. I. _____ führte zwar eine etwas eingeschränkere Leistungsfähigkeit als vor zwei Jahren auf, allerdings auch deren Begrenzung durch Ermüdung. Obgleich sie eine kardiale Ischämie nicht gänzlich ausschloss, ging sie davon aus, dass selbst weitere Abklärungen nicht genügen, um den Beschwerdeführer von seiner Überzeugung, herzkrank zu sein, abzubringen. Auch der Pneumologe,

Dr. med. J. _____, erachtete die somatischen Probleme eindeutig im Hintergrund zu den als sehr ungerecht empfundenen Erlebnissen sowie der psychosozialen Belastungsreaktion (act. IIA 189 S. 8). Wie in der Beschwerdeantwort (S. 2 f. Ziff. 7) zutreffend aufgezeigt wird, vermögen auch die weiteren Berichte keine leistungsrelevanten Beeinträchtigungen aus somatischer Sicht darzulegen. So fanden Prof. Dr. med. M. _____ und Dr. med. N. _____ keine Hinweise auf eine relevante Fibrosierung der Leber (act. I 4). Dr. med. O. _____ führte aus, dass weder klinische noch radiologische Hinweise für eine radikuläre Ursache des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms vorliegen. Nebst der diffusen Druckdolenz über der Kiefergelenkmuskulatur hielt auch Dr. med. L. _____ keine somatisch objektivierbaren Befunde aus oto-rhino-laryngologischer Sicht fest. In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer thematisierte tumorbedingte Fatigue (Beschwerde S. 4 Ziff. 4) hat keiner der behandelnden Ärzte aktuell eine solche diagnostiziert bzw. den Verdacht auf eine solche geäussert. So gab auch der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung lediglich an, gelegentlich tagsüber zu schlafen (act. IIA 171.1 S. 30 Ziff. 3.2.11). Von einer dauerhaften geschweige denn chronischen und einschränkenden Müdigkeit lässt sich den subjektiven Beschwerdeangaben nichts entnehmen. Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht durch eine Fatigue in seinen Alltagsaktivitäten eingeschränkt ist. Soweit nach Auffassung der Rechtsanwältin offensichtlich chronische Langzeitfolgen der Krebstherapie vorliegen (vgl. act. IIA 193 S. 2), sind ihre Ausführungen bereits deshalb unbehilflich, weil sie als medizinische Laiin hierfür nicht befähigt ist (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1). Weiter wird in der Beschwerde (S. 3 Ziff. 1) geltend gemacht, die chronischen körperlichen Begleiterkrankungen seien ganz sicher ressourcenraubend. Diesbezüglich ist ergänzend wiederum darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung - mit Ausnahme des gehäuften nächtlichen Wasserlösens aufgrund eines Prostataleidens - nicht angab, im Alltag durch die (nicht objektivierbaren) somatischen Beschwerden beeinträchtigt zu sein (act. IIA 194 S. 2, 171.1 S. 35). Sowohl dem Bericht der Hausärztin vom 8. Juni 2020 (act. I 16) als auch dem Bericht von Dr. med. F. _____ (act. I 18) lassen sich keine neuen Befunde entnehmen, vielmehr werden die bereits bekannten Einschätzungen wiederholt. Soweit schliesslich Dr. med. H. _____ eine 100%ige Arbeitsun-

fähigkeit attestierte, hielt sie fest, aufgrund seines paranoiden Zustandsbildes sei der Beschwerdeführer keinem Arbeitgeber zumutbar (act. I 16). Sie begründet die Arbeitsunfähigkeit folglich nicht mit somatischen Faktoren, sondern – in Widerspruch zu den entsprechenden gutachterlichen Schlüssen – mit dem psychischen Gesundheitszustand, wofür ihr als Internistin jedoch die Fachkompetenz fehlt (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheide des BGer vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2, und vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3).

In somatischer Hinsicht ist damit, wie der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ zu Recht festhält (vgl. act. IIA 191 S. 3), keine leistungsrelevante gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, zumal von keinem Spezialarzt eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bzw. dargelegt wird, inwiefern aufgrund somatischer Beschwerden eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit bestehen soll und regelmässig auf die psychische Komponente der geklagten Beschwerden hingewiesen wird. Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt. Auf weitere diesbezügliche Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Daran ändert die Eingabe des Beschwerdeführers vom 18. September 2020 nichts, zumal diese einen nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretenen Sachverhalt betrifft.

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).

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

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BfS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkre-

ten 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). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

4.1.3 Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 6.2.1).

4.2 Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung im Juli 2018 (act. II 147) und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG wäre der frühestmögliche Rentenbeginn am 1. Januar 2019 (vgl. E. 2.3 hiavor). Entsprechend müsste zu diesem Zeitpunkt während eines Jahres, d.h. zwischen dem 1. Januar und 31. Dezember 2018, eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben (sog. Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Indes besteht gestützt auf die Expertise vom 26. September 2019 (act. IIA 171.1) sowie die RAD-ärztlichen Stellungnahmen vom 14. Januar (act. IIA 191) und 2. April 2020 (act. IIA 197) weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht zwischen dem 1. Januar 2018 und der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2020 (act. IIA 198) als massgebendem Beurteilungszeitpunkt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) eine entsprechende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % (vgl. E. 2.3 hiavor). Demzufolge ist die kumulative Voraussetzung des Wartjahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt, weshalb von vornherein kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (vgl. zu den verschiedenen Funktionen dieser Fristen: BGE 142 V 547 E. 3.2 S. 550 f.).

4.3 Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass selbst unter der Annahme, das Wartejahr sei erfüllt (vgl. dazu E. 4.1 hiervor), angesichts der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bisherigen Tätigkeit (vgl. act. II 171 S. 36 f. Ziff. 8.1 f.) ohne weiteres davon auszugehen ist, dass der Invaliditätsgrad weniger als 40 % beträgt, weshalb sich ein ziffernmässiger Einkommensvergleich grundsätzlich erübrigt (Entscheid des BGer vom 19. Juli 2019, 9C_27/2018, E. 6.3 mit Hinweisen). Ebenso erübrigt sich in Anbetracht der ausgewiesenen hohen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe von BGE 141 V 281 und 143 V 209 hinsichtlich der gutachterlich attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht (vgl. Entscheid des BGer vom 6. November 2018, 8C_445/2018, E. 5.5).

4.4 Schliesslich besteht selbst bei Vornahme eines Einkommensvergleichs (vgl. E. 4.1 hiervor) kein Anspruch auf eine IV-Rente. Der Beschwerdeführer ging letztmals bis am 30. September 2010 als ... bei der P._____ AG einer Erwerbstätigkeit nach. Nach Ablauf der gesetzlichen Sperrfrist wurde das Arbeitsverhältnis durch den damaligen Arbeitgeber zwar aus gesundheitlichen Gründen gekündigt (act. II 9). Allerdings ist unter Berücksichtigung der seit dem 7. Mai 2014 zwischenzeitlich aus somatischer Sicht wieder bestehenden vollständigen Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.2 hiervor) und der aus psychiatrischer Sicht seit Jahren bestehenden 80%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.3.5, 3.3.12) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin dort tätig wäre, zumal er seit Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht überhaupt keiner Erwerbstätigkeit nachging. Folglich ist für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE 2018, Tabelle TA1, abzustellen (vgl. E. 4.1.1, 4.1.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin stellte zu Recht auf den Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer, ab.

Was das Invalideneinkommen betrifft, ist dieses ebenfalls anhand von Tabellenlöhnen zu berechnen, da der Beschwerdeführer seine bestehende Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht ausschöpft (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Auch hier ist auf die Tabelle TA1 der LSE 2018 (vgl. E. 4.1.3 hiervor), Totalwert, Kompetenzniveau 1, Männer, abzustellen.

In Fällen wie dem vorliegenden, bei denen Validen- wie Invalideneinkommen auf der gleichen statistischen Basis zu berechnen sind, kann eine detaillierte Berechnung unterbleiben, entspricht doch der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7).

Die Beschwerdegegnerin gewährte einen Abzug vom Tabellenlohn von 20 % aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung (act. IIA 198). Ob dieser Abzug gerechtfertigt ist, kann insoweit offenbleiben, als ihm keine anspruchsentcheidende Bedeutung zukommt. Einerseits wurden den Einschränkungen mit der um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit im Rahmen des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 3.5.1 hiervor) bereits hinreichend Rechnung getragen, so dass diese grundsätzlich nicht doppelt und zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen wären (vgl. u.a. Entscheide des BGer vom 22. September 2010, 8C_652/2019, E. 5.2.2. und vom 7. März 2014, 9C_841/2013, E. 4.6). Andererseits sind vorliegend sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln, so dass invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ohnehin ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_558, E. 5.3.2). Im besten Fall zu Gunsten des Beschwerdeführers resultierte folglich mit dem von der Beschwerdegegnerin gewährten Abzug von 20 % ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 36 % ($\text{Fr. } 65'004.-- [12 \times \text{Fr. } 5'417.--] - \text{Fr. } 41'602.55 [12 \times \text{Fr. } 5'417.-- \times 0.8 \{\text{Arbeitsfähigkeit}\} \times 0.8 \{\text{leidensbedingter Abzug von } 20 \%\}] \times 100 / \text{Fr. } 65'004.--$).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. April 2020 (act. IIA 198) 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 IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

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

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 Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 18. September 2020)
 - 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.