

200 20 751 IV
LOU/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Mai 2021

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. September 2020



Sachverhalt:

A.

Nachdem der 1962 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) im April 2007 einen Unfall erlitten hatte, meldete er sich im Sommer 2008 unter Hinweis auf einen Status nach zwei Operationen an der rechten Schulter nach einer Rotatorenmanschettenruptur bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 5 S. 60). In der Folge erteilte die IVB dem Versicherten Kostengutsprache für ein Arbeitstraining in der Abklärungsstelle C. _____ (AB 41) und schloss die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 17. Mai 2010 (AB 42) ab. Sodann sprach sie ihm mit Verfügung vom 3. Mai 2011 (AB 48 S. 2 ff.) für die Zeit vom 1. April bis 31. Oktober 2008 sowie vom 1. Juni bis 31. Oktober 2009 eine ganze und vom 1. November 2008 bis 31. Mai 2009 sowie vom 1. November bis 31. Dezember 2009 eine halbe Rente zu und verneinte einen darüber hinausgehenden Rentenanspruch (AB 48 S. 16). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nach einem weiteren Unfall im Juni 2013 (AB 55.6) ersuchte der Versicherte unter Hinweis auf einen Sehnenriss am linken Oberarmgelenk und erfolgter Operation erneut um Leistungen der IV (AB 50). In der Folge tätigte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen. Zudem erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für ein Arbeitstraining in der Abklärungsstelle D. _____ (AB 75), welches unter Hinweis auf zu viele Absenzen vorzeitig abgebrochen wurde (AB 98, 108 S. 1 f.). Mit Vorbescheid vom 19. August 2015 (AB 85) stellte die IVB sodann die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht. Auf dagegen erhobenen Einwand (AB 94) hin nahm die IVB weitere Abklärungen vor; insbesondere holte sie auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 110 S. 2) ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie praktische Ärztin, ein (psychiatrisches Gutachten vom 1. Juni 2016 [AB 116.1]). Gestützt darauf sah die IVB mit neuem Vorbescheid vom 17. Juni 2016 (AB 117) erneut die Ablehnung des Leis-

tungsgesuchs vor und verfügte am 8. September 2016 (AB 122) entsprechend dem Vorbescheid (AB 117).

Im April 2019 gelangte der Versicherte unter Hinweis auf erfolgte Schulteroperationen, eine schwere Depression, Angstzustände sowie Schwindel abermals an die IVB (AB 123, 133). Diese tätigte wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere liess sie den Versicherten orthopädisch-psychiatrisch durch die Medizinisches Gutachtenzentrum F. _____ (MEDAS) begutachten (Gutachten vom 18. Dezember 2019 [AB 150.1 f.]) und holte einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb ein (AB 154 S. 2 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 156, 160) verneinte die IVB mit Verfügung vom 4. September 2020 (AB 162) bei einem Invaliditätsgrad von 15 % einen Anspruch auf eine Rente.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 2. Oktober 2020 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 4. September 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Oktober 2019 eine halbe Invalidenrente auszurichten.
2. Eventualiter: Die Verfügung vom 4. September 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Oktober 2019 eine Viertelsrente auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 4. November 2020 schloss 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 4. September 2020 (AB 162). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

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).

2.2.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe

nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.2.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen las-

sen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

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

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.5.2 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).

2.5.3 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).

2.5.4 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).

2.5.5 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).

2.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 8. September 2016 (AB 122) und der hier angefochtenen Verfügung vom 4. September 2020 (AB 162) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.3 f. hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 8. September 2016 (AB 122) stützte sich in medizinischer Hinsicht betreffend den psychischen Gesundheitszustand auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 1. Juni 2016 (AB 116.1), wonach der Beschwerdeführer maximal einmal pro Monat in psychotherapeutischer Behandlung war und seine Compliance in Bezug auf die Medikamenteneinnahme ungenügend bzw. nicht nachweisbar war (AB 116.1 S. 6, S. 11, S. 13 unten und S. 17 Ziff. V/1 f.). Das anlässlich der Begutachtung erwähnte Stimmenhören (AB 116.1 S. 8) war dem behandelnden Psychiater nicht bekannt (AB 116.1 S. 6). Es bestanden keine relevanten Funktionseinschränkungen und deutliche Anhaltspunkte für Selbstlimitierung (AB 116.1 S. 15 Ziff. II/3 f.). Ausserdem mangelte es dem Beschwerdeführer an Kooperation betreffend Eingliederung (AB 116.1 S. 16 Ziff. III/3 und S. 17 Ziff. V/4), es bestanden Aggravationstendenzen (AB 116.1 S. 17 Ziff. VI/1) und lediglich ein geringer Leidensdruck (AB 116.1 S. 18 Ziff. VI/4). Im Ergebnis anerkannte die Gutachterin damals keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 116.1 S. 12 unten). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach einer leichten Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) genannt (AB 116.1 S. 13 oben). Hinsichtlich der somatischen Einschränkungen stützte sich die Beschwerdegegnerin damals im Wesentlichen auf das durch den Arzt der G. _____ med. pract. H. _____, Facharzt für Chirurgie, formulierte (AB 68 S. 21) und durch den RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte (AB 72 S. 2) Zumutbarkeitsprofil. Der verfügte Invaliditätsgrad von 18 % ergab sich infolge eines leidensbedingten Abzuges von 20 % (AB 122 S. 2).

3.3 Seit der Verfügung vom 8. September 2016 (AB 122) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Der Beschwerdeführer war vom 15. Januar bis 13. Februar 2019 in der Klinik J. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. Februar 2019 stellten die Ärzte der Klinik folgende Diagnosen (AB 132 S. 1):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)
- Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.61)

- Krankheiten der Bänder: Schulterregion (Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk; ICD-10 M24.2)

Ausserdem hielten sie fest, bei der beobachteten Symptomatik seien sie von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ausgegangen. Unter regelmässiger pflegerischer Betreuung und der vorgegebenen therapeutischen Struktur sei der Beschwerdeführer affektiv leichter sowie stabiler gewesen und habe zunehmend aktiv in der Therapie mitgewirkt. Er habe jedoch wenig Veränderungsmotivation gezeigt und habe eher wenig vom stationären Setting profitiert. Unter den psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen habe eine leichte Besserung der Symptomatik erreicht werden können (AB 132 S. 4). Beim Klinikaustritt hätten noch ein leichtgradig depressives Syndrom und eine leichte innere Unruhe bestanden (AB 132 S. 5).

3.3.2 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in seinem Bericht vom 23. Mai 2019 (AB 125 S. 1), der Beschwerdeführer sei wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige bis schwere Ausprägung, seit September 2016 regelmässig bei ihm in psychiatrischer Behandlung. Es bestehe ein progredient schlechter Verlauf. Er sei wegen zunehmender Verschlechterung seines psychischen Zustands in die Klinik J. _____ überwiesen worden. Nach dem ersten Aufenthalt im Jahr 2017 sei sein psychischer Gesundheitszustand für längere Zeit stabil gewesen. Aufgrund einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei der Beschwerdeführer für die Zeit vom 15. Januar bis 13. Februar 2019 abermals hospitalisiert worden. Nach der Entlassung habe sich der Beschwerdeführer in einem leicht gebesserten psychischen Zustand befunden. Aktuell fühle er sich hoffnungs- sowie machtlos und präsentiere eine allgemeine Unsicherheit, ein mangelndes Selbstwertgefühl sowie eine negative Selbsteinschätzung. Zudem habe er kreisende Gedanken und beschäftige sich ständig mit den Symptomen. Dadurch bestehe ein hoher Leidensdruck. Aktuell sei er mit seinen ungenügenden kognitiven Ressourcen und ungünstigen psychosozialen Kontextfaktoren (geringer Ausbildungsstand, ungünstiges Wiedereingliederungsalter, Unterstützung durch die Familie, subjektives Krankheitsgefühl) nicht in der Lage, eine Arbeitsleistung in der freien Wirtschaft zu erlangen (AB 125 S. 1).

3.3.3 Im Verlaufsbericht vom 27. Juni 2019 (AB 136 S. 2 ff.) vermerkte Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Situation habe sich seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 2. Dezember 2014 grundsätzlich nicht geändert. Einzig sei ein chronischer Schwindel unklarer Ätiologie zu den Schmerzen hinzugekommen (AB 136 S. 2). Der Gesundheitszustand sei stationär und seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben (AB 136 S. 2 Ziff. 1 f.). Sowohl das bilaterale zervikobrachiale Schulter-/Armsyndrom als auch die rezidivierende depressive Störung hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 136 S. 2 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer fühle sich aufgrund der beidseitigen Schulterschmerzen nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen (AB 136 S. 3 Ziff. 12). Offenbar sei es ihm nicht mehr möglich, der bisherigen Tätigkeit nachzugehen und eigener Aussage zufolge sei ihm gar keine Tätigkeit mehr zumutbar (AB 136 S. 3 Ziff. 13 f.).

3.3.4 Im bidisziplinären Gutachten vom 18. Dezember 2019 (AB 150.1 f.) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 150.1 S. 25 Ziff. IV lit. b):

- Impingement der rechten Schulter mit Partialruptur der Infraspinatussehne bei Status nach offener Reinsertion der Supraspinatussehne 11/2007 sowie Schulterarthroskopie und offener Supraspinatussehnen-Reinsertion und Bizepsstenodese 05/2008
- Ruptur der Supraspinatussehne sowie beginnende Akromioklavikulargelenksarthrose bei Status nach Arthroskopie sowie offener Rotatorenmanschetten-Reinsertion, Bizepsstenodese und Akromioplastik links 11/2013
- Osteochondrose C6/7 (6./7. Halswirbel) mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1, F33.2)

Im orthopädischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2019 (AB 150.1 S. 1 ff.) legte Dr. med. M. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dar, die Schmerzen in der rechten Schulter und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben könnten teilweise auf das im MRI (vgl. AB 150.4 S. 3) sichtbare Impingement sowie die Partialruptur der Infraspinatussehne zurückgeführt werden. Auch die Schmerzen in der linken Schulter und die pathologischen objekti-

ven Befunde derselben seien partiell mit der im MRI (vgl. AB 150.4 S. 1) dargestellten Ruptur der Supraspinatussehne und der beginnenden Akromioklavikulargelenksarthrose vereinbar. Das Ausmass der subjektiven Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die Schulterschmerzen beidseits und das Ausmass der präsentierten pathologischen Untersuchungsbefunde der Schultern könne mit den MRI-Befunden aber nur unvollständig plausibilisiert werden. Es müsse von einer Symptomausweitung ausgegangen werden. Die Ursache der beidseitigen Hüftgelenkschmerzen seien bei normalem klinischem und radiologischem Befund unklar geblieben. Bei der klinischen Untersuchung sei eine schmerzhaft eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit aufgefallen. Die weiteren Abklärungen, insbesondere mittels MRI (vgl. AB 150.4 S. 2), zeigten eine Osteochondrose in den Segmenten C6/7 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links, welche medizinisch-theoretisch die Arbeitsfähigkeit einschränke (AB 150.1 S. 12 f. Ziff. 6). Der Gesundheitszustand habe sich seit der Verfügung vom 8. September 2016 (vgl. AB 122) dahingehend verändert, als die jüngst durchgeführten MRI (vgl. AB 105.4 S. 1 und S. 3) in der linken Schulter eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie eine beginnende AC-Gelenksarthrose und in der rechten Schulter ein Impingement bei weiterhin bestehender Partialläsion der Infrapinatussehne sichtbar gemacht hätten. Zudem sei anlässlich der Begutachtung eine Osteochondrose in den Segmenten C6/7 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links nachgewiesen worden (AB 150.1 S. 18 Ziff. 8.1). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte der Experte sodann aus, aus orthopädischer Sicht sei für die postoperativen Rehabilitationszeiten von November 2007 bis September 2008 und von November 2013 bis April 2014 sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Von Mai 2014 bis zur Begutachtung am 18. Dezember 2019 sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... bei voller Stundenpräsenz 70 % arbeitsfähig gewesen. Seit dem Begutachtungszeitpunkt bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei voller Stundenpräsenz. Ab Oktober 2008 seien angepasste körperlich leichte Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungen der Schultern und ohne Arbeiten über Tischhöhe bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zumutbar. Seit dem Zeitpunkt der Begutachtung

sollte es sich zusätzlich um Arbeiten ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte respektive starre Kopfhaltungen handeln (AB 150.1 S. 16 f. Ziff. 8).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 18. Dezember 2019 (AB 150.2) erklärte Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere, der psychische Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit dem Gutachten vom 2. (recte: 1.) Juni 2016 respektive der Untersuchung vom 26. April 2016 (vgl. AB 116.1) erheblich verändert. Beim Exploranden könne mindestens seit März 2019 eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes erhoben werden und es könne eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome, diagnostiziert werden (AB 150.2 S. 29 Ziff. 8.3). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest, aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 40%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (AB 150.2 S. 27 f. Ziff. 8.1). Ab etwa März 2019 könne in einer leidensadaptierten Tätigkeit (Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck [Stressbelastung], ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderung an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Tätigkeiten in grossen Teams und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum angenommen werden. Für den Zeitraum vor März 2019 könnten die Einschränkungen aufgrund der ungenauen anamnestischen Angaben und der fehlenden psychiatrischen Arztberichte nicht eingeschätzt werden (AB 150.2 S. 28 Ziff. 8.2). Unter regelmässiger Einnahme der verordneten Medikamente sei in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren innerhalb eines Jahres eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung zu erwarten. Es sei in einer adaptierten Tätigkeit eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von etwa 60 % zu erwarten (AB 150.2 S. 29 Ziff. 8.2).

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).

3.4.1 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). Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

3.4.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.5 Anhand der nach der Neuanmeldung vom 12. April 2019 (AB 123, 133) eingeholten Arztberichte (Austrittsbericht der Klinik J. _____ vom 22. Februar 2019 [AB 132], Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. K. _____ vom 23. Mai 2019 [AB 125 S. 1] und Verlaufsbericht von Dr. med. L. _____ vom 27. Juni 2019 [AB 136 S. 2 ff.]) könnte fraglich sein, ob überhaupt eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt, zumal Dr. med. L. _____ von einem stationären Gesundheitszustand berichtete (AB 136 S. 2 Ziff. 1) und bei Eintritt in die Klinik J. _____ am 15. Januar 2019 zwar eine depressive

rezidivierende Störung, gegenwärtig schwere Episode, bestand, diese aber nach lediglich vier Wochen nur noch leichtgradig ausgeprägt war (AB 132 S. 1 und S. 4 f.). Aus dem in der Folge veranlassten orthopädisch-psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2019 (AB 150.1 f.) geht jedoch in Bezug auf die beiden Schultergelenke sowie die neu belegte Osteochondrose in den Segmenten C6/7 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel des Segments C7 links eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes hervor (AB 150.1 S. 18 Ziff. 8.1). Bereits daher ist eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten, sodass der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen ist (vgl. E. 2.5.5 hiervor).

3.6 Die angefochtene Verfügung vom 4. September 2020 (AB 162) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 18. Dezember 2019 (AB 150.1 f.). Sowohl die orthopädische (AB 150.1 S. 1 ff.) als auch die psychiatrische (AB 150.2 S. 1 ff.) Beurteilung erfüllt die vorerwähnten Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4.1 f. hiervor) und erbringt vollen Beweis, was zwischen den Parteien denn auch unbestritten ist.

3.6.1 Dr. med. M. _____ setzte sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den orthopädischen Einschränkungen auseinander. Die Beurteilung ist für die streitigen Belange umfassend und beruht auf einlässlichen Explorationen, inklusive Labor- sowie radiologische Untersuchungen (AB 150.1 S. 11 f. Ziff. 4.3, 150.3 f.). Er hatte Kenntnis von den Vorakten (AB 150.1 S. 4 ff. Ziff. 2) und setzte sich auch mit dem Bericht des Arztes der G. _____ med. pract. H. _____ vom 16. April 2015 (vgl. AB 68 S. 20 f.) auseinander (AB 150.1 S. 15 Ziff. 7.3). In orthopädischer Hinsicht liegt mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Impingement der rechten Schulter mit Partialruptur der Infrapinatussehne, linksseitig eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie beginnende Akromioklavikulargelenksarthrose und eine Osteochondrose der Segmente C6/7 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links vor. Jedoch konnte das Ausmass der subjektiven Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit durch die Schulterschmerzen beidseits und das Ausmass der präsentierten pathologischen Untersuchungsbefunde der Schultern mit den MRI-Befunden (AB 150.4

S. 1 und S. 3) nur unvollständig plausibilisiert werden. Vollständig unklar blieben bei normalem klinischem und radiologischem Befund die geklagten Hüftgelenkschmerzen. Es muss von einer Symptomausweitung ausgegangen werden (AB 150.1 S. 13 Ziff. 6). Aufgrund der Laboruntersuchungen ist denn auch anzunehmen, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben die Schmerzmittel nicht regelmässig einnimmt (AB 150.1 S. 15 Ziff. 7.3). Die aus Anamnese, Befund und Diagnose getroffene Einschätzung, wonach in der angestammten Tätigkeit als ... ab Mai 2014 eine 30%ige und ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei voller Stundenpräsenz bestehe (AB 150.1 S. 16 Ziff. 8), überzeugt. Ebenso die Einschätzung, wonach für körperlich leichte Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungen der Schultern, ohne Arbeiten über Tischhöhe und ohne Arbeiten mit häufig inklinierter, reklinierter und rotierter respektive starrer Kopfhaltung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (AB 150.1 S. 17 Ziff. 8). In den Akten finden sich keine medizinischen Berichte, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen. Dr. med. L._____ stellte bei seiner Angabe, wonach sich der Beschwerdeführer aufgrund der Schulterschmerzen nicht in der Lage fühle, einer Arbeit nachzugehen, und er eigenen Angaben zufolge keiner Tätigkeit nachgehen könne (AB 136 S. 3 Ziff. 12 und Ziff. 14), offensichtlich einzig auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers ab, ohne dies mit objektiven Befunden nachvollziehbar zu untermauern.

3.6.2 In psychiatrischer Hinsicht legte Dr. med. N._____ nach sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung (AB 150.2 S. 9 ff. Ziff. 3 f.) schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar und einleuchtend dar, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1, F33.2), erfüllt sind (vgl. AB 150.2 S. 18 Ziff. 6.1 und S. 21 Ziff. 7.1; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.). Dem Beschwerdeführer ist es aus gutachterlicher (rein psychiatrischer) Sicht möglich, in seiner angestammten Tätigkeit 8 bzw. 8.5 Stunden am Tag zu arbeiten, wobei eine 60%ige Leistungseinschränkung anzunehmen ist (AB 150.2 S. 27 f. Ziff. 8.1). In einer leidensadaptierten

Tätigkeit (Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck [Stressbelastung], ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderung an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Tätigkeiten in grossen Teams und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) ist der Beschwerdeführer seit ca. März 2019 50 % arbeitsfähig. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit vermag der Beschwerdeführer auch nicht aus dem Bericht von Dr. med. K. _____ vom 23. Mai 2019 (AB 125 S. 1) abzuleiten, da dieser seine Einschätzung, wonach es dem Beschwerdeführer nicht möglich sei, eine Arbeitsleistung in der freien Wirtschaft zu erlangen, nicht medizinisch begründete.

Zu prüfen bleibt, ob gestützt auf die psychiatrische Diagnose und anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit zu erbringen ist, wobei der Beschwerdeführer die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.2.2 und E. 2.2.4 hiervor sowie E. 4 hiernach).

4.

4.1 Die klassifikatorischen Vorgaben hinsichtlich der gestellten Diagnose sind im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. N. _____ vom 18. Dezember 2019 (AB 150.2) – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.6.2 hiervor) – eingehalten. Im Gutachten vom 18. Dezember 2019 (AB 150.1 f.) ging jedoch insbesondere der orthopädische Gutachter von einer Symptomausweitung aus (AB 150.1 S. 13 Ziff. 6) und aufgrund der Laboruntersuchung muss davon ausgegangen werden, dass die Schmerzmittel nicht regelmässig eingenommen werden (AB 150.1 S. 15 Ziff. 7.3). Sodann fand auch der psychiatrische Experte Hinweise auf Aggravation und auf einen sekundären Krankheitsgewinn (AB 150.2 S. 22 Ziff. 7.1). Die Verdeutlichung der körperlichen Beschwerden geht einher mit einer deutlichen Selbstlimitierung und fehlender Motivation zur Eingliederung (vgl. AB 150.2 S. 24 Ziff. 7.2). Diese Einschätzungen sind nicht neu, sondern zeigten sich bereits im psychiatrischen Gutachten vom 1. Juni 2016 (AB 116.1), indem das geltend gemachte Stimmenhören nicht verifiziert werden konnte (AB 116.1 S. 14) und vorher wie nachher nie vorgebracht wurde. Auch

Dr. med. E. _____ bemerkte eine Verdeutlichung bis Aggravation und wies darauf hin, dass die demonstrierte Bewegungseinschränkung im linken Arm weder mit dem Steuern des Autos noch mit der unwillkürlichen Kratzbewegung an der linken Wange zu vereinbaren ist (AB 116.1 S. 14 und S. 17 Ziff. VI/1). Dies floss im Sinne eines Längsschnittes (und nicht als blosser Momentaufnahme) in das Gutachten vom 18. Dezember 2019 (AB 150.1 f.) ein und ist vorliegend zu berücksichtigen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. März 2021, 8C_407/2020, E. 6.1). Trotz Hinweisen darauf, ist eine Aggravation jedoch nicht ausgewiesen. Die Prüfung auf der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 2.2.3 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.2 und E. 2.2.4 hiervor).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung fielen die diagnoserelevanten Befunde gemäss dem Experten mittelgradig bis schwer ausgeprägt aus (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode; AB 150.2 S. 18 Ziff. 6.1). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung konstatierte der Experte insbesondere, der Beschwerdeführer wirke in der Stimmung niedergeschlagen, affektiv überwiegend stark vermindert mitschwingend, teils nahezu regungslos vor sich hinstarrend, mit kurzer Stimmungsaufhellung und Lächeln bei Ablenkung. Zudem wirke er psychomotorisch verlangsamt und im Antrieb deutlich vermindert. Hinzu kämen kognitive Störungen mit Konzentrationsstörungen und Gedächtnisschwierigkeiten, wobei diese teilweise auch auf mangelnde Mitwirkung zurückzuführen seien. Ausserdem wirke er negativistisch und

auf die erlittenen Unfälle mit Schulterverletzung eingeengt, äussere Schuldgefühle und wirke resigniert. Die Motivation und das Interesse erschienen deutlich vermindert und es würden leichte Ein- und Durchschlafstörungen angegeben mit subjektiv vermehrter Müdigkeit tagsüber. Zudem erscheine das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen deutlich vermindert. Hinzu kämen soziales Rückzugsverhalten und die Angabe von Libidoverlust (AB 150.2 S. 17 Ziff. 4.3 und S. 21 Ziff. 7.1). Unter diesen Umständen ist eine mittelgradige bis schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde plausibilisiert. Indessen ist die Depression bei Einhalten der Therapie offensichtlich sehr gut behandelbar, konnte der Zustand des Beschwerdeführers während der stationären Behandlung in der Klinik J._____ doch innert kurzer Zeit verbessert und stabilisiert werden (AB 132 S. 4 f.). Im Übrigen ist zu beachten, dass die gesundheitlichen Probleme durch psychosoziale Faktoren (fehlendes Einkommen mit Abhängigkeit von finanzieller Unterstützung durch die Kinder und mangelnde Integration [AB 150.2 S. 22 f. Ziff. 7.1]) mitbestimmt wurden, welche sich grundsätzlich nicht invaliditätsbegründend auswirken (vgl. hierzu BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552, 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2; BGer 8C_407/2020, E. 4.1).

4.2.1.2 Sodann ist auf Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit September 2016 eine regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung, kombiniert mit einer antidepressiven Medikation, erhält (AB 125 S. 1, 150.2 S. 23 Ziff. 7.2). Allerdings ergaben die Medikamentenblutspiegelbestimmungen, dass die neuroleptische Abendmedikation nicht eingenommen wurde (AB 150.2 S. 23 Ziff. 7.2). Demnach muss von einer unzureichenden Kooperation und Compliance des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Der Gutachter erwartet unter regelmässiger Einnahme der verordneten Medikation eine Besserung des psychischen Zustandsbildes (AB 150.2 S. 23 Ziff. 7.2). So verbesserte sich dieses denn auch während der lediglich vierwöchigen Hospitalisation in der Klinik J._____ mit der vorgegebenen therapeutischen Struktur (AB 132 S. 4 f.). Der Gutachter legte dar, dass die therapeutischen Optionen bisher nicht ausgeschöpft wurden und die Fortsetzung der regelmässigen psych-

iatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven Medikation, zu empfehlen sei. Sollte unter ambulanten therapeutischen Massnahmen keine ausreichende Besserung des psychischen Zustandsbildes zu erreichen sein, könnte zudem eine teilstationäre tagesklinische Behandlung durchgeführt werden (AB 150.2 S. 24 Ziff. 7.2). Mithin kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 Ziff. IV/2) von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung bzw. einer Behandlungsresistenz keine Rede sein. In diesem Zusammenhang erscheint denn auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Psychiater nicht stringent, indem er diese nach Austritt aus der Klinik J._____ – obwohl damals lediglich noch ein leichtgradig depressives Syndrom bestand (AB 132 S. 5) – bleibend auf 50 % bei voller Präsenz bestimmte (AB 150.2 S. 28 Ziff. 8.2). Zugleich unverständlich ist, weshalb bei Wahrung der ärztlichen und pharmakologischen Therapie eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf über 60 % nicht möglich sein sollte (vgl. AB 150.2 S. 29 Ziff. 8.2), obwohl es während dem Aufenthalt in der Klinik J._____ innert lediglich vier Wochen zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden kam.

In Bezug auf die berufliche Eingliederung ist sodann festzuhalten, dass das 2015 bei der Abklärungsstelle D._____ durchgeführte Arbeitstraining aufgrund zu vieler Krankheitstage vorzeitig abgebrochen wurde (AB 108). Allerdings zeigte der Beschwerdeführer gegenüber der Massnahme von Anfang an sehr wenig Interesse sowie Motivation, erklärte nachdrücklich, er sei nicht arbeitsfähig, und wollte die Massnahme mehrfach abbrechen (AB 108 S. 2). Insofern ist es – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erkannte (Beschwerdeantwort S. 4 lit. C Ziff. 13) – nicht erstaunlich, dass die Massnahme ohne Erfolg blieb und der Beschwerdeführer kann daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Anderweitige Eingliederungsversuche sind nicht aktenkundig und der Beschwerdeführer betont weiterhin – trotz anderer ärztlicher Beurteilung (AB 150.1 S. 26 Ziff. IV lit. c) – nicht arbeitsfähig zu sein (AB 136 S. 3 Ziff. 12 ff., 150.1 S. 9 Ziff. 3.2). Zudem wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass einer Eingliederung keine medizinischen Hinderungsgründe entgegenstünden. Eine Eingliederung sei aufgrund mangelnder Motivation jedoch wenig aussichtsreich (AB 150.2 S. 24

Ziff. 7.2). Vor diesem Hintergrund kann auch nicht von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, führten die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome, ein Impingement der rechten Schulter mit Partialruptur der Infraspinatussehne, eine Ruptur der Supraspinatussehne sowie beginnende Akromioklavikulargelenksarthrose der linken Schulter sowie eine Osteochondrose C6/7 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links auf (AB 150.1 S. 25 Ziff. IV lit. b). Die somatischen Diagnosen haben sich auf das Zumutbarkeitsprofil ausgewirkt (AB 150.1 S. 26 Ziff. IV lit. c). Wechselwirkungen zwischen den somatischen und den psychiatrischen Diagnosen wurden hingegen nicht postuliert. Im Übrigen wurde eine anhaltende somatoforme Störung verneint (AB 150.2 S. 22 Ziff. 7.1).

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) schloss der psychiatrische Gutachter eine Persönlichkeitsstörung aus und legte dar, der Beschwerdeführer habe über Jahre einer beruflichen Tätigkeit nachgehen können, habe soziale Kontakte gehabt und es bestehe seit Jahren eine aufrechte Partnerbeziehung ohne wesentliche familiäre Probleme. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Affektsteuerung, Impulskontrolle, Intentionalität und der Antrieb erschienen vor allem durch die rezidivierende depressive Störung beeinträchtigt (AB 150.2 S. 22 Ziff. 7.1). Demnach ist die Persönlichkeit im Wesentlichen intakt, wenn auch beeinflusst durch die depressive Störung.

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist ein sozialer Rückzug festzustellen (AB 150.2 S. 9 Ziff. 3.1 und S. 20 Ziff. 7.1). Der Beschwerdeführer wohnt aber immerhin mit seiner Ehefrau und einem der Söhne in einer Mietwohnung und hat – wenn auch wenig – Kontakt zu den übrigen fünf Kindern (AB 150.2 S. 14 Ziff. 3.2.9). Der Gutachter nannte denn auch die aufrechte Partnerbeziehung ohne wesentliche familiäre Probleme als Ressource. Im Übrigen hielt er fest, der Beschwerdeführer wirke im Untersuchungszeitpunkt erschwert kommunikations- und

kontaktfähig und zeige zumindest wenige Interessen (Fernsehen; AB 150.2 S. 27 Ziff. 7.4). Damit kann der Beschwerdeführer auf zwar beschränkte aber qualitativ gute Ressourcen in Form einer intakten familiären Struktur ohne relevante Probleme und einer jahrelangen guten Beziehung zur Ehefrau zählen.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) hielt der psychiatrische Gutachter dafür, es sei eine relativ gleichmässige Einschränkung zu erheben (AB 150.2 S. 24 Ziff. 7.3). Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter ist – obwohl verschiedene Inkonsistenzen bestehen (vgl. E. 4.1 hiavor) und nicht sämtliche Beschwerden objektiviert werden konnten – davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich keinen sehr aktiven Tagesablauf hat und insbesondere keinen Hobbys nachgeht. Immerhin ist jedoch insofern eine gewisse Tagesstruktur auszumachen, als er am Morgen jeweils um 5.30 Uhr aufsteht und zweimal am Tag mit der Ehefrau spazieren sowie regelmässig einkaufen geht (AB 150.2 S. 14 f. Ziff. 3.2.11). Im Übrigen war es ihm möglich, im Sommer 2019 in den ... zu fliegen (AB 150.2 S. 13 Ziff. 3.2.4, 154 S. 3 Ziff. 1.1).

4.3.2 In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist zu wiederholen, dass sich der Beschwerdeführer zwar in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet (AB 125 S. 1), er jedoch die verordnete neuroleptische Abendmedikation nicht einnimmt (AB 150.2 S. 23 Ziff. 7.2). Zudem zeigte er anlässlich der Hospitalisation in der Klinik J. _____ nur wenig Veränderungsmotivation (AB 132 S. 4). Das ungenügende Einhalten der Therapie weist auf einen lediglich geringen tatsächlichen Leidensdruck hin.

4.4 Im Rahmen der Beweiswürdigung ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Insbesondere stehen die Indikatoren Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck der attestierten 50%igen bzw. 40%igen Arbeitsunfähigkeit entgegen. Insbesondere ist nicht ersichtlich, weshalb trotz offensichtlich guter Behandelbarkeit der depressiven Störung die Arbeitsfähigkeit nicht auf über 40 % gesteigert werden können sollte. Folglich nahm die Beschwerdegegnerin – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 6 f. Ziff. IV/1) – keine unzulässige juristische Parallelprüfung vor (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364 und E. 4.3 S. 367 f., 144 V 50 E. 4.3 S. 54). Damit bleibt aus rechtlicher Sicht allein die somatisch begründete qualitative Einschränkung (körperlich leichte Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungen der Schultern, ohne Arbeiten über Tischhöhe sowie ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte respektive starre Kopfhaltung) im medizinischen Zumutbarkeitsprofil bei 100%iger Arbeitsfähigkeit (AB 150.1 S. 17 Ziff. 8) massgebend. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Ausgangslage.

5.

5.1 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 statistische Werte wie die 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; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.2 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 Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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 konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). 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 (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

5.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erhe-

ben 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). Vorliegend ist in der angestammten Tätigkeit seit Dezember 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (AB 150.1 S. 16 Ziff. 8). Der frühest mögliche Rentenbeginn ist deshalb unter Berücksichtigung des Wartejahrs und der Neuanschuldung im April 2019 (AB 123, 133) in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.3 hier- vor) auf den 1. Dezember 2020 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

5.4 Die Beschwerdegegnerin nahm den Einkommensvergleich vorliegend dergestalt vor, dass sie sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohnes (LSE 2018, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total) bestimmte (AB 154 S. 5 Ziff. 5.2), was vom Beschwerdeführer mit Blick auf seine Erwerbsbiographie (vgl. AB 150.1 S. 8 Ziff. 3.2 und S. 14 Ziff.7.1) und den Umstand, dass er die ihm zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, zu Recht nicht beanstandet wird. Da bei dieser Ausgangslage der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht, kann eine detaillierte Berechnung unterbleiben (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). In somatischer Hinsicht erleidet der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit nur funktionelle Einschränkungen im Rahmen des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils (AB 150.1 S. 17 Ziff. 8). Diesen ist mit dem durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen leistungsbedingten Abzug von 15 % (vgl. E. 5.2 hier- vor) genügend Rechnung getragen. Demnach resultiert ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.3 hier- vor) Invaliditätsgrad von 15 % (100 ./ [100 x 0.85]). Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass der in der Verfügung vom 8. September 2016 (AB 122) gewährte höhere Abzug von 20 % die Frage des Invalideneinkommens nicht zu präjudizieren vermag, da keine Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen besteht (vgl. E. 2.5.5 hier- vor). Auch ein Abzug von 20 % ergäbe jedoch einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % (100 ./ [100 x 0.80]).

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 4. September 2020 (AB 162) nicht zu beanstanden, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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 B. _____ 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.