

200 21 329 IV  
MAK/LUB/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. September 2022**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. März 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog ab Dezember 1992 eine halbe bzw. ab Juni 1999 eine ganze Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV; Akten der IV [act. II] 1.1/91 ff., 32). Im Rahmen einer auf Hinweis eines behandelnden Arztes hin (act. II 37) im August 2011 eingeleiteten Rentenrevision (act. II 38) liess die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) den Versicherten bidisziplinär (neurochirurgisch-psychiatrisch) begutachten (Expertisen vom 3. Juli 2013 und 23. Februar 2014, inkl. interdisziplinärer Beurteilung vom 6. März 2014; act. II 54.1, 63.2, 65.1). Gestützt darauf hob sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 67, 75) mit Verfügung vom 7. Oktober 2015 (act. II 80) die bisherige Rente bei einem Invaliditätsgrad von 35 % per Ende November 2015 auf. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 84) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. November 2017, VGE IV/2015/999 (act. II 95), ab. Das Bundesgericht (BGer) bestätigte dieses Urteil mit Entscheid vom 27. April 2018, 8C\_871/2017 (act. II 108).

### **B.**

Nachdem die IVB zunächst mit Vorbescheid vom 6. November 2018 (act. II 126) das Nichteintreten auf eine Neuanschuldung des Versicherten vom 1. Juni 2018 (Postaufgabe; act. II 113) in Aussicht stellte, kündigte sie nach erhobenem Einwand (act. II 129, 137) und Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Berichte vom 13., 19. und 24. Juni 2019; act. II 142/2 f., 144/2 ff., 145/3 ff.) mit neuem Vorbescheid vom 1. Oktober 2019 (act. II 148) die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV bei einem Invaliditätsgrad von 35 % an. Nach erneut erhobenem Einwand (act. II 151, 153) und Stellungnahme des RAD (Bericht vom 6. Februar 2020; act. II 156/2 f.) veranlasste die IVB eine verwaltungsexterne psychiatrische Begutachtung (Expertise vom 31. Oktober 2020; act. II 183.1-183.3) und stellte mit neuem Vorbescheid vom

8. Dezember 2020 (act. II 185) wiederum die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV bei einem Invaliditätsgrad von 35 % in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte abermals Einwand (act. II 186, 188), woraufhin die IVB eine Stellungnahme des psychiatrischen Experten einholte (Bericht vom 2. März 2021; act. II 190.1). Mit Verfügung vom 23. März 2021 (act. II 195) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

### **C.**

Mit Eingabe vom 6. Mai 2021 hat der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde erhoben und folgende Rechtsbegehren gestellt:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab Dezember 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2021 aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein polydisziplinäres Gutachten einholt und hernach über den Rentenanspruch neu entscheidet.
3. Sub-Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2021 aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein psychiatrisches Obergutachten unter Wahrung der Mitwirkungsrechte einholt und hernach über den Rentenanspruch neu entscheidet.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2021 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

### **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 23. März 2021 (act. II 195). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I/1-3 [Rechtsbegehren]).

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

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-

Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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

**2.3** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die 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).

**2.4** Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invali-

Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.5** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

**2.5.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

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

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

**2.5.5** 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**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 bezüg-

lich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom 1. Juni 2018 (Postaufgabe; act. II 113) eingetreten und hat den Rentenanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 7. Oktober 2015 (act. II 80) und der Verfügung vom 23. März 2021 (act. II 195) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte die rentenaufhebende Verfügung vom 7. Oktober 2015 (act. II 80) auf die Expertisen der Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juli 2013 (act. II 54.1) bzw. 23. Februar 2014 (act. II 63.2) mit interdisziplinärer Beurteilung vom 6. März 2014 (act. II 65.1). In Letzterer wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbales und lumboischialgieformes Schmerzsyndrom links mit/bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen und Status nach Spondylodese L5/S1 im April 1991 aufgeführt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Berufs- und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z55/65; act. II 65.1/2).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung führten die Experten aus, die bestehende bewegungs- und belastungsabhängige chronische und lumboischialgieforme Schmerzproblematik links mit/bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen und Status nach operativen Eingriffen im Bereich LWS begründe eine verminderte Belastbarkeit der LWS. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht hätten keine krankheitswertige psychische

Störung, keine geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen als quantitativ und qualitativ beeinträchtigt zu beurteilen. Eine eigentliche bisherige Tätigkeit könne nicht definiert werden. Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte und zeitweise mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 10 % begrenzt) konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender 20 % verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Dabei seien aus psychiatrischer Sicht keine Anforderungen an ein spezifisches Arbeitsplatz-/Belastungsprofil zu formulieren. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich schwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS wie vornübergeneigte Tätigkeiten, Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg, repetitiv mit 5 kg, limitiert (act. II 65.1/3).

Im neurologischen (Teil-)Gutachten vom 3. Juli 2013 (act. II 54.1) führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, zusammenfassend könnten die berichteten körperlichen Beeinträchtigungen qualitativ durchaus, quantitativ jedoch nicht vollständig mit objektivierbaren Befunden erklärt werden. Unauffällige spontane Beweglichkeit, allseitig gut und kräftig ausgebildete Muskulatur sowie die in der klinischen Untersuchung erhobenen und in der elektrophysiologischen Untersuchung nachgewiesenen Befunde erlaubten trotz der in den konventionellen Röntgen- und MR-Untersuchungen ausgewiesenen Zunahme der Osteochondrose L4/5 im Vergleich mit der Voruntersuchung von Januar 2003 nicht die lineare Übersetzung der vom Beschwerdeführer beklagten körperlichen Beeinträchtigungen in eine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Störung (act. II 54.1/22).

Im psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 23. Februar 2014 (act. II 63.2) schlussfolgerte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, gemäss den Untersuchungsergebnissen liege keine relevante psychische Störung mit entsprechenden funk-

tionellen Einbussen vor. Der Beschwerdeführer könne sich bei Bedarf mobil und aktiv verhalten, Kontakte pflegen, Auto fahren und längere Auslandsreisen bewältigen. Freud- und Interessenfähigkeit seien bei Bedarf vorhanden. Einerseits lägen aktuell keine materiellen psychosozialen Belastungen mehr vor (z.B. in finanzieller Hinsicht). Dagegen könne in struktureller Hinsicht von solchen Belastungen ausgegangen werden infolge Fehlens einer angemessenen Tagesstruktur, einer regulären Tätigkeit und eines tragenden existenziellen Ziels. Bei Bedarf könne der Beschwerdeführer jedoch durchaus Ressourcen mobilisieren und er zeige aus klinischer Sicht keine mentalen, kognitiven oder intellektuellen Beeinträchtigungen im Rahmen alltagspraktischer Belange. Subjektiv äussere er sich hingegen – bei beobachteter Tendenz zu aggravorischem und appellativem Verhalten – stark defizit- und beschwerdeorientiert und habe sich dabei ausserstande erklärt, wieder eine Tätigkeit aufnehmen zu können (act. II 63.2/17).

**3.3** Seit Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2015 (act. II 80) präsentiert sich die medizinische Aktenlage – soweit entscheidungswesentlich – wie folgt:

**3.3.1** Im Bericht vom 29. November 2017 (act. II 100/9) über die Hospitalisation vom 20. bis 25. November 2017 – anlässlich der am 21. November 2017 eine mikrochirurgische Dekompression und Neurolyse L2/3, L3/4 beidseits, eine Stabilisation L3/4 und eine dorsale Spongiosaplastik DBX augmentiert durchgeführt wurde (vgl. Operationsbericht desselben Tages; act. II 99/2) – erwähnte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, als Diagnosen eine spinale Stenose, Instabilität L3/4 bei Status nach Stabilisation L4/5 und eine chronische Schmerzentwicklung. Der postoperative Verlauf gestalte sich abgesehen der üblichen initialen Darmatonie unauffällig.

Am 18. September 2018 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_\_, es bestehe ein leichtes Schonhinken nach rechts. Die aktuelle CT-Untersuchung zeige unauffällige postoperative Befunde mit einer zunehmenden Sklerosierung im Intervertebralsbereich L3/L4/L5. Die Implantateinlage sei unauffällig, eine eigentliche stenosierende Komponente liege nicht vor. Empfohlen werde ein operatives Vorgehen im Bereich der linken Hüfte, da eine weitere langzeitige Schonhaltung dem Rücken schaden würde (act. II 137/13).

**3.3.2** Im Bericht der Sprechstunde Hüftchirurgie vom 7. November 2018 (act. II 137/10) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Impingement der Hüfte links mit beginnender leichter Coxarthrose und einen Status nach Rückenoperation mit Stabilisierung L4/5 und Dekompression. Es seien kaum Knorpeldefekte vorhanden, es bestehe vor allem eine Cam-Deformität. Der Beschwerdeführer habe wirklich nur im Sitzen Probleme und kurz beim Anlaufen, ansonsten aber keine belastungsabhängigen Beschwerden, so dass eine Bump-Ektomie durch einen anterolateralen Zugang wie bei der Hüftprothese durchgeführt werden könne. Schlimmstenfalls, wenn dies nichts nütze, könnte über den gleichen Zugang immer noch eine Hüftprothese implantiert werden. Am 7. November 2018 wurde der operative Eingriff – Entfernung der Cam-Deformität über einen anterolateralen Zugang – durchgeführt (Operations- sowie Austrittsbericht vom 7. bzw. 9. November 2018; act. II 137/7-9).

**3.3.3** Im Bericht vom 14. Januar 2019 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. II 137/4-6) diagnostizierte der behandelnde Psychiater med. prakt. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) und eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; act. II 137/4). Neben der chronischen Schmerzstörung trage auch die rezidivierende depressive Störung zur längeren Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei. Aufgrund des chronischen Verlaufs der starken Schmerzsymptomatik, des komplexen Krankheitsbildes und der limitierten körperlichen Prognose sei ebenfalls die Prognose auf der psychischen Ebene stark beeinträchtigt. Auch eine medikamentöse Behandlung der Depression könne die gesundheitliche Verschlechterung nur teilweise aufheben. Eine berufliche Reintegration sei nicht realistisch. Die limitierte Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit und Stresstoleranz, die verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie die chronischen Schlafstörungen im Rahmen der Schmerzsymptomatik beeinflussten negativ die berufliche Reintegration (act. II 137/6).

**3.3.4** Im Bericht des RAD vom 13. Juni 2019 (act. II 142/2 f.) legte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für (...), dar, dass aus psychiatrischer Perspektive eine psychophysische Zustandsverschlechterung nicht nachvollziehbar sei. Die neu hinzugetretenen psychiatrischen Diagnosen, insbesondere die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als auch die andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom würden in der Stellungnahme des Psychiaters nicht differenzialdiagnostisch näher erläutert, es finde sich keine an den Kriterien der ICD-10 (oder DSM-5) geleitete Diskussion. Offensichtlich lägen bereits seit Jahren chronische Schmerzen vor, wobei mehrfach im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen das Vorliegen einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) als auch einer chronischen Schmerzerkrankung (ICD-10 45.4) ausgeschlossen worden seien. Aufgrund des vorgelegten psychopathologischen Befundes sei das aktuelle Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode nicht nachvollziehbar. Die fehlende psychopharmakologische Mitbehandlung sowie die Behandlungsfrequenz von lediglich alle zwei bis drei Wochen sprächen für eine inadäquate Behandlung. Allein der Behandlungsbeginn 2018 begründe keine Zustandsverschlechterung. Nach wie vor stünden ausgeprägte psychosoziale Faktoren im Vordergrund (act. II 142/3).

**3.3.5** Im RAD-Bericht vom 19. Juni 2019 (act. II 144/3 f.) führte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die im November 2017 durchgeführte Operation an der Wirbelsäule bedinge versicherungsmedizinisch gesehen keine Änderung des Gesundheitszustands gegenüber dem Referenzzeitpunkt. Neu festzustellen sei gegenüber dem Zeitpunkt der Begutachtung 2013/14 eine Symptomatik an der linken Hüfte, welche geringen Ausprägungsgrades sei und ihre Erklärung in einer beginnenden Coxarthrose und Impingement-Konstellation finde. Der Eingriff betreffend das Impingement sei erfolgreich gewesen. Die gesundheitliche Situation auf orthopädischem Fachgebiet sei umfassend abgeklärt. Weiterer Untersuchungen bedürfe es nicht, insbesondere keiner Begutachtung. Aus den orthopädischen Untersuchungsbefunden ergebe sich versicherungsmedizinisch eine beginnende Minderbelastbarkeit der linken Hüfte, anzunehmen ab Mai 2018. Das Zumutbarkeitsprofil wie es im Gutachten zum Referenzzeitpunkt formuliert

worden sei, habe weiterhin Gültigkeit. Hinzu kämen nun Einschränkungen seitens der linken Hüfte (act. II 144/3). Zumutbar seien dem Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, ausschliessliche Steh- und Gehbelastung, Arbeiten in gebückter Haltung, das Heben von Lasten körperfern, häufiges Treppensteigen, das Besteigen von Leitern und Gerüsten, repetitives Hocken, Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, Gehen auf unebenem Gelände sowie Kälte-, Nässe und Zugluftexpositionen. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10-15 kg gehoben und getragen werden (act. II 144/4).

**3.3.6** In der Stellungnahme des RAD vom 24. Juni 2019 (act. II 145/3-6) führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Urologie und Chirurgie, aus, die Hüftproblematik sei anlässlich der Untersuchung bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden, diese sei zu einem späteren Zeitpunkt in Erscheinung getreten. Es biete sich ein normales flüssiges Gangbild ohne Schonhinken, was den tatsächlichen Schweregrad der Hüftbeschwerden relativiere. Zudem sei nach stattgehabter regelhaft verlaufender arthroskopischer Korrektur der nachgewiesenen Cam-Deformität nach Entfernen des Knochenhöckers bei nur geringen arthrotischen Knorpelveränderungen der Hüfte keine bleibende höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (act. II 145/6).

**3.3.7** Im Bericht vom 11. Juli 2019 (act. II 153/9) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Iliopsoas-Reizhüfte links nach Entfernung einer Cam-Deformität über einen anterolateralen Zugang links am 7. November 2018. Die zwischenzeitlich CT-gesteuerte Infiltration der Bursa iliopectinea der linken Hüfte habe eine massive Verbesserung der Situation gebracht, so dass der Beschwerdeführer kaum mehr Beschwerden habe. Er könne sich besser bewegen, auch besser abspreizen und auch wieder besser belasten. Es bestehe ein sehr schönes Ansprechen auf die durchgeführte Infiltration der Bursa iliopectinea bei Iliopsoas-Reizsyndrom nach Entfernung einer Cam-Deformität.

**3.3.8** Im Bericht vom 26. Oktober 2019 (act. II 153/7 f.) erwähnte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, als Diagnosen chronische Lumbalgien, eine depressive Entwicklung und ein Impingement Hüfte links mit beginnender Coxarthrose. Nach der Infiltration des ISG (vom 2. April 2019) sei es zu keiner eindeutigen Linderung der bekannten Schmerzen gekommen. Nach der Infiltration der Facetten-Gelenke L2/3 und L3/4 links sei es zu einer deutlichen Linderung der Schmerzen im Sinne der Lokalanästhetika-Wirkung gekommen. Bei erneuter Zunahme der Schmerzen sei am 27. Juni 2019 eine diagnostische Blockade durchgeführt worden mit eindeutig negativem Resultat, weshalb weiter loco dolenti am Beckenkamm sowie im Bereich des Musculus quadratus lumborum infiltriert worden sei. Diese Infiltration habe zu einer mässigen Linderung der Schmerzen während lediglich weniger Tage geführt. Da die Facettengelenks-Infiltration die Schmerzen jeweils am besten habe adressieren können, sei diese Intervention wiederholt worden. Zuletzt hätte wieder ein Schmerz gluteal links mit Ausstrahlung ins Bein persistiert, anamnestisch ohne eindeutige Dermatombzuordnung (act. II 153/7). Nach nochmaliger Infiltration des ISG (18. Oktober 2019) sei es bisher zu keiner klaren Modulierung der Restbeschwerden gekommen. Die mittlerweile beschriebenen ischialgischen Beschwerden könnten nicht eindeutig zugeordnet werden (act. II 153/8).

**3.3.9** In der Stellungnahme vom 22. November 2019 (act. II 153/3-5) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hielt med. prakt. G.\_\_\_\_\_ fest, beide Kategorien von Antidepressiva, die bei der Behandlung von chronischen Schmerzstörungen empfohlen würden, habe der Beschwerdeführer aufgrund von Nebenwirkungen aus der Magen-Darm-Axis gestoppt. Es bestehe die weitere Behandlung mit Tramadol sowie Promazin. Es sei nirgendwo definitiv bestimmt, welche Terminfrequenz am besten wirke, vor allem bei chronifizierten Schmerzen. Eine lege artis Überprüfung der Beschwerdevalidierung sei bisher weder durch den Gutachter noch den RAD-Arzt erfolgt (act. II 153/3). Weiter konkretisierte der behandelnde Psychiater die Diagnose der chronifizierten Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (anhand entsprechender Diagnosekriterien) und der Persönlichkeitsveränderung. Er erachtete eine volle Arbeitsfähigkeit als eher unrealistisch, da sich in mehreren Bereichen der Mini-ICF-APP eine mittelgradige Beeinträchtigung zeige (act. II 153/5).

**3.3.10** Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Oktober 2020 (act. II 183.1) diagnostizierte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen und Status nach Spondylodese L5/S1 im April 1991 (act. II 183.1/32 Ziff. 6). Es sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht die in den Akten vorgeschlagene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung (hier unterdessen mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41]) zu bestätigen. Die mit der Gesundheitsschädigung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gar nicht bis gering ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätsniveaus (im Vergleich vor Eintritt der Gesundheitsschädigung), wie sie vom Beschwerdeführer für alle vergleichbaren Lebensbereiche (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) beschrieben werde, sei – soweit sie allfällig somatisch begründbare Defekte übersteige – vollständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Diese Einschätzung entspreche im Wesentlichen jener im Gutachten vom 23. Februar 2014 von Dr. med. D. \_\_\_\_\_. Eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr werde aus versicherungspsychiatrischer Sicht deshalb für keinen Zeitraum postuliert. Es stünden regelmässig somatisch begründbare Defekte im Vordergrund. Eine anhaltende wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands könne im Zeitraum zwischen Juni 1996 und aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit tatsächlich angenommen werden (act. II 183.1/39 f. Ziff. 7). Eine relevante langdauernde Arbeitsunfähigkeit, die allfällig einer somatisch begründbaren hinzugerechnet werden könnte, sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und den damit verbundenen Defiziten für keinen Zeitraum begründbar (act. II 183.1/49 f. Ziff. 8.1 f.). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit habe sich gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 25. (recte: 23.) Februar 2014 bzw. der Untersuchung vom 17. September 2013 nicht erheblich verändert (act. II 183.1/51 Ziff. 8.3).

**3.3.11** In der Stellungnahme vom 14. Februar 2021 (act. II 188/4-7) hielt med. prakt. G. \_\_\_\_\_ zur psychiatrischen Expertise von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ fest, diagnostisch handle es sich in der Tat um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41. Insgesamt führten die Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) – Behandlungs- und Eingliederungsresistenz, Komorbidität und komplexe Persönlichkeitsstörung – zu einem moderaten bis hohen Schweregrad der Symptomatik. In diesem Sinne und trotz der regelmässigen Behandlung beim Referenten bestehe keine erwähnenswerte Verbesserung der Symptomatik. Eine Anpassung der medikamentösen Therapie habe leider keine eindeutige Verbesserung erbracht. Angesichts des komplexen sozialen Kontextes bestehe zusammenfassend eine erhebliche Beeinträchtigung im sozialen, häuslichen und auch beruflichen Bereich (act. II 188/4). Die Einschränkungen könnten ebenfalls durch die Mini-ICF-APP bestätigt werden. Da der Beschwerdeführer in mehreren Bereichen mindestens eine mittelgradige Beeinträchtigung habe, könnte eine mittelgradige Gesamteinschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Es sei davon auszugehen, dass diese Einschränkung in der Ursprungstätigkeit eher grösser sei (act. II 188/5). Aufgrund der mittel- bis schwergradigen Einschränkungen der beruflichen/alltäglichen Fähigkeiten sowie der reduzierten Einsatzfähigkeit bestünden mehrere Limitationen. Eine angepasste Tätigkeit, die die gutachterlichen Kriterien bei der Begutachtung somatoform-funktioneller Schmerzstörungen der SAPPM berücksichtige, sei nur stark begrenzt zumutbar (also maximal zwei Stunden pro Tag mit stark reduzierter Leistung – mehrere Pausen durch den Tag, reduziertes Arbeitspensum usw.). In diesem Sinn sei eine angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von mehr als 10 % aktuell eher unrealistisch. Die gutachterliche Evaluation des Beschwerdeführers stütze sich nicht auf die Richtlinien der SAPPM. Betreffend die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität verfolge diese keine fundierte Überlegung, sondern mehrere Kriterien aus verschiedenen Literaturquellen. Eine qualitative Einschätzung sei dadurch nur teilweise aussagekräftig. Obwohl Dr. med. L. \_\_\_\_\_ bspw. das Pflegen von sozialen Kontakten des Beschwerdeführers in einer sehr positiven Art darstelle, sei die Frage der Anstrengung seitens des Beschwerdeführers offen, damit er diese minimalen Kontakte weiterhin behalten könne bzw. eine glückliche

Fassade behalte, damit er seine Schamgefühle überspielen könne. Diese Art von Verhalten sei in fast allen Bereichen des alltäglichen Lebens festzustellen und fordere eine mittelgradige Anstrengung seitens des Beschwerdeführers (act. II 188/6).

**3.3.12** In der Stellungnahme vom 2. März 2021 (act. II 190.1) führte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ aus, in der Stellungnahme vom 14. Februar 2021 von med. prakt. G. \_\_\_\_\_ werde eine in geringen Teilen andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes bzgl. der krankheitsbedingten Einschränkung vorgelegt. Neue Informationen, die zur Erstellung des Gutachtens vom 31. Oktober 2020 nicht bekannt gewesen seien, würden nicht dokumentiert. Ebenso würden weder Fehler noch Widersprüche aufgezeigt. Der behandelnde Psychiater stimme darüber hinaus der im Gutachten attestierten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu (act. II 190.1/1). Hauptsächlich werde kritisiert, dass sich das Gutachten nicht an die Leitlinien der SAPPM halte. Tatsächlich würden Gutachter im Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie aber aufgefordert, ihre Gutachten unter Beachtung der Leitlinien ihrer Fachgesellschaft, der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) zu erstellen, was im Fall des Beschwerdeführers auch geschehen sei. Nach Ausführungen zu den inhaltlichen Kommentaren von med. prakt. G. \_\_\_\_\_ schlossfolgerte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, dass sich zusammenfassend keine Änderung seiner Beurteilung begründe, wie sie im Gutachten erläutert worden sei, weshalb er daran festhalte (act. II 190.1/2-5).

**3.4** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 2.3).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.5** Die angefochtene Verfügung vom 23. März 2021 (act. II 195) basiert in somatischer Hinsicht massgeblich auf der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2019 (act. II 144/3 f.) und in psychiatrischer Hinsicht auf dem Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2020 (act. II 183.1), inkl. Stellungnahme vom 2. März 2021 (act. II 190.1). Diese Berichte erfüllen die vorerwähnten (vgl. E. 3.4 hiavor) höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist. Sowohl Dr. med. I. \_\_\_\_\_ als auch Dr. med. L. \_\_\_\_\_ setzten sich in Kenntnis der Aktenlage und – im Fall von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ – gestützt auf die im Rahmen der persönlichen Untersuchung gewonnen Erkenntnisse ausführlich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander. Die Ausführungen in den

Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dass der RAD-Arzt keine persönliche Untersuchung durchgeführt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich doch aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild betreffend Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status machen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**3.5.1** In somatischer Hinsicht hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ fest, dass aus dem im November 2017 durchgeführten operativen Eingriff an der Wirbelsäule keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands resultiert und deshalb das im Gutachten vom 23. Februar 2014 (act. II 54.1) bzw. in der interdisziplinären Beurteilung vom 6. März 2014 (act. II 65.1) formulierte Zumutbarkeitsprofil weiterhin Gültigkeit hat. Dies überzeugt: Der besagte Eingriff verlief unauffällig, ebenso der postoperative Verlauf, abgesehen der üblichen initialen Darmatonie (act. II 100/9). Die bildgebende Abklärung im Rahmen der Verlaufskontrolle Mitte September 2018 zeigte ebenfalls einen unauffälligen postoperativen Befund mit unauffälliger Implantateinlage und eine Stenosierung wurde verneint (act. II 137/13). Inwiefern sich das Rückenleiden nunmehr (wesentlich) verschlechtert haben soll, zeigt der Beschwerdeführer nicht substantiiert auf, insbesondere weist er keine diesbezüglichen weiteren Behandlungen nach.

Ebenso wenig resultiert aus der seit 2015 neu hinzugetretenen linksseitigen Hüftproblematik eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands. Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ führte hierzu nämlich zutreffend aus, dass die aus einer beginnenden Coxarthrose und Impingement-Konstellation herrührende geringausgeprägte Problematik inzwischen erfolgreich behandelt worden sei (act. II 144/3), was auch mit den Berichten des behandelnden Arztes übereinstimmt. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Rahmen des Eingriffs eine Cam-Deformität am vorderen Femurkopf-Schenkelhalsübergang Hüfte links mit Impingementsymptomatik mit beginnend leichter Coxarthrose mit Labrumläsion Unterfläche am Pfannenrand und ganz diskreten Knorpelschäden ohne belastungsabhängige Beschwerden und er berichtete von einem komplikationslosen Verlauf

sowie postoperativ radiologisch-kontrolliert regelrechten Stellungsverhältnissen (act. II 137/7); von einer ebenfalls diskutierten Implantierung einer Hüftprothese konnte abgesehen werden (vgl. act. 137/10). Bei dem nach der Entfernung der Cam-Deformität aufgetretenen Iliopsoas-Reizes an der linken Hüfte bestand sodann ein "sehr schönes Ansprechen" auf die CT-gesteuerte Infiltration; diese führte nach den anamnestischen Angaben zur einer massiven Verbesserung der Situation mit weitgehender Beschwerdefreiheit und es wurde danach lediglich noch eine Jahreskontrolle vereinbart (act. II 153/9). Es überzeugt somit auch, dass Dr. med. L.\_\_\_\_\_ nach Rücksprache zum Schluss kam, daraus ergebe sich ebenfalls keine klinisch relevante Veränderung (act. II 156/2).

Des Weiteren ist festzuhalten, dass das von ihm infolge der Minderbelastbarkeit der linken Hüfte formulierte Zumutbarkeitsprofil weitgehend identisch ist mit demjenigen im Gutachten vom 3. Juli 2013 (act. II 54.1/25 f.) bzw. in der interdisziplinären Beurteilung vom 6. März 2014 (act. II 65.1/3), insbesondere ist es nicht einschränkender. Schliesslich ergab sich auch aus dem Befund der Gastroskopie vom 31. Oktober 2019 einzig der Verdacht auf eine galleninduzierte Gastritis (act. II 153/6), womit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein Gesundheitsschaden erstellt ist (Entscheid des BGer vom 23. März 2022, 8C\_787/2021, E. 11.2.3). Hinzu kommt, dass sich diese laut Einschätzung des RAD ohnehin nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (act. II 156/2).

Unter diesen Umständen ist aus somatischer Sicht erstellt, dass seit Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2015 (act. II 80) keine wesentliche Veränderung ausgewiesen ist und weiterhin auf das im Gutachten vom 3. Juli 2013 (act. II 54.1) bzw. in der interdisziplinären Beurteilung vom 6. März 2014 (act. II 65.1) formulierte (somatische) Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden kann. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf somatischem Gebiet keine weiteren Abklärungen getätigt hat, insbesondere darauf verzichtet hat, verwaltungsexterne Begutachtungen anzuordnen (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 4).

**3.5.2** In psychiatrischer Hinsicht legte der Gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_\_ unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 nachvollziehbar und schlüssig dar, dass der Beschwerdeführer einzig an einer chronischen

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) leidet (act. II 183.1/32 ff.). Er bestätigt damit auch die bereits vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose (act. II 183.1/39 Ziff. 7.1). Weiter diskutierte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ die Diagnosen einer depressiven Episode (ICD-10 F32), rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), Panikstörung (ICD-10 F41.0), anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) sowie Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) und begründete ausführlich, weshalb beim Beschwerdeführer die diagnostischen Kriterien dieser Leiden nicht erfüllt sind; ein Suchtleiden schloss er ebenfalls aus (act. II 183.1/33-38). Eine somatisch angepasste Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht bei ganztägiger Präsenz und ohne leistungsmässige Einschränkung zumutbar. Obwohl der psychiatrische Gutachter die gleiche Diagnose stellt wie med. prakt. G. \_\_\_\_\_ (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), und dabei zu einer anderen Arbeitsfähigkeitsschätzung gelangt als der behandelnde Psychiater (vgl. act. II 137/4, 153/4, 188/4; Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), vermag dies keine Widersprüchlichkeit aufzuzeigen, die das psychiatrische Gutachten in Zweifel zöge. Einerseits ist der Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu beachten. Andererseits kann die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, abhängig von der Gutachterperson und den Umständen der Begutachtung, eine grosse Varianz aufweisen. Die ärztliche Beurteilung trägt der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge, die es zu respektieren gilt (vgl. Entscheid des BGer vom 8. Juli 2022, 8C\_174/2022, E. 4.3). Der Gutachter nahm zudem am 2. März 2021 überzeugend zur Kritik des behandelnden Psychiaters vom 14. Februar 2021 (act. II 188) Stellung, insbesondere zeigte er einleuchtend auf, dass beim Beschwerdeführer weder eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz noch eine relevante Komorbidität vorliegen, die Angaben zur Mini-ICF-APP von med. prakt. G. \_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar sind und der Hinweis zur gutachterlichen Einschätzung von Konsistenz und Plausibilität ins Leere geht (act. II 190.1). Sodann vermag auch die im Beschwerdeverfahren eingereichte Stellungnahme von med. prakt. G. \_\_\_\_\_ vom 4. Mai 2021 (act. I 3), soweit sie überhaupt zu berücksichtigen ist (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) – keine Zweifel zu wecken. Diese enthält keine wesentlichen Aspekte, auf die Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 31. Oktober 2020

(act. II 183.1) inkl. Stellungnahme vom 2. März 2021 (act. II 190.1) nicht eingegangen wäre.

**3.6** Der Sachverhalt ist damit hinreichend abgeklärt, weshalb – entgegen dem Eventual- bzw. Sub-Eventual-Antrag (Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bzw. psychiatrischen Obergutachtens) in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I/2 und 3) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Zusammenfassend liegt im hier zu beurteilenden Zeitraum weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne eines Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrunds vor (vgl. E. 2.5.3 hiervor). In erwerblicher Hinsicht ist ebenfalls kein Revisionsgrund erstellt. Mangels eines Revisionsgrundes verbietet sich eine neue Bemessung des Invaliditätsgrades (von 28 %; VGE IV/15/999 E. 3.7), womit die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Doch selbst wenn, entgegen dem eben Dargelegten, eine allseitige Prüfung des Rentenanspruchs statthaft wäre, wovon der Beschwerdeführer auszugehen scheint, änderte sich am Ergebnis nichts, wie nachfolgend gezeigt wird.

#### **4.**

**4.1** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Mit Blick auf die am 1. Juni 2018 (Postaufgabe) erfolgte Neuanmeldung zum Leistungsbezug (act. II 113) fielen der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG auf den 1. Dezember 2018. Auf diesen Zeitpunkt hin wäre die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

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

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). 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).

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf demjenigen der Verfügung vom 7. Oktober 2015, welches auf der Lohnangabe der ehemaligen Arbeitgeberin (M. \_\_\_\_\_ AG, aktuell nach Fusionen/Übernahmen N. \_\_\_\_\_ AG; vgl. <[www.zefix.ch](http://www.zefix.ch)>) für das Jahr 2000 als ... basiert (act. II 30), ermittelt. Dem könnte nicht unbesehen gefolgt werden. Wie bereits in VGE IV/15/999, E. 4.4, festgehalten (act. II 95/20), basiert das angegebene (hypothetische) Jahreseinkommen von Fr. 56'390.40 für das Jahr 2000 bereits auf den effektiv zu arbeitenden Stunden bei der letzten Arbeitgeberin, weshalb sich entgegen der damaligen Verfügung eine Aufrechnung auf die betriebsübliche Arbeitszeit erübrigte. Indexiert auf das Jahr 2018 ergäbe sich damit ein Valideneinkommen von (lediglich) Fr. 66'255.95 (Fr. 56'390.40 / 104.7 x 119.9 [Tabelle T1.1.93, Nominallohnindex, Männer, 1993-2001, Abschnitt I Verkehr und Nachrichtenübermittlung, Indices 2000 bzw. 2010] / 100 x 102.6 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2020, Total, Indices 2010 bzw. 2018]). Im Übrigen läge dieses Einkommen leicht über dem branchenspezifischen statistischen Wert für einen (ungelernten) ... von Fr. 65'464.85 (Fr. 5'171.-- [BFS, LSE 2018, Tabelle TA1, Ziff. 49-53 Verkehr und Lagereiszwirtschaft, Kompetenzniveau 1, Männer] x 12 [Monate] / 40 [Wochenarbeitsstunden] x 42.2 [Betriebsübliche Arbeitszeitnach Wirtschaftsabteilungen, 2018, Ziff. 49-53]).

#### **4.5**

**4.5.1** Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens wäre vorab zu berücksichtigen, dass Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. Die IV hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHl 1999 S. 238 E. 1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die

einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1).

Es trüfe zwar zu, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens vom 31. Oktober 2020 (act. II 183.1) 60 Jahre alt gewesen und ihm somit eine verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters (AHV-Alter: 65 Jahre; Art. 21 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]) von noch knapp fünf Jahren verblieben wäre (Beschwerde S. 5 Ziff. 15). Zu beachten wäre jedoch, dass der Beschwerdeführer, nachdem ihm die Rente mit Verfügung vom 7. Oktober 2015 per Ende November 2015 aufgehoben worden war, nicht mehr arbeitete, obwohl ihm seither unbestrittenermassen eine leistungsangepasste Tätigkeit ganztags mit einer Leistungsminderung von 20 % zumutbar wäre (vgl. E. 3.5.1 und 3.6 hiervor). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte (act. II 195/2; Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 5), blieben dem Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt noch rund zehn Jahre bis zum gesetzlichen Rentenalter. Trotz gerichtlich bestätigter Restarbeitsfähigkeit (act. II 95, 108) hat er diese zu keinem Zeitpunkt erwerblich umzusetzen versucht. Unter diesen Umständen könnte der Beschwerdeführer im Hinblick auf seine Schadenminderungspflicht aus seinem vorgerückten Alter nichts zu seinen Gunsten ableiten (Entscheid des BGer vom 31. Ja-

nuar 2019, 8C\_704/2018, E. 6.2). Ausserdem könnte selbst eine Zeitspanne von noch knapp fünf Jahren als ausreichend bezeichnet werden, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und diese Arbeit dann auszuüben (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2019, 8C\_563/2019, E. 5.3). Da zudem Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Entscheid des BGer vom 21. September 2020, 8C\_393/2020, E. 4.2) und das Zumutbarkeitsprofil einerseits einen breiten Fächer an möglichen Tätigkeiten zulässt sowie andererseits eine ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz mit einer Leistungseinschränkung von lediglich 20 % postuliert, wäre im Lichte der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 9C\_693/2019, E. 5), ein IV-rechtlich bedeutsamer fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Das Zumutbarkeitsprofil ist nicht derart eingeschränkt, dass eine entsprechende Arbeitsgelegenheit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt praktisch nicht existierte oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erschiene. Die geltend gemachte fehlende in der Schweiz anerkannte Ausbildung und die geringen Sprachkenntnisse sprachen ebenfalls nicht gegen die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem (hypothetischen) ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Entscheid des BGer vom 25. Februar 2020, 9C\_473/2019, E. 5.1.2). Zudem setzen Hilfsarbeiten keine lange Einarbeitungszeit voraus (vgl. BGer 8C\_563/2019, E. 5.3). Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit wäre damit entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers zu bejahen.

**4.5.2** Für das Invalideneinkommen wäre angesichts der fehlenden Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers auf den diesfalls praxisgemäss anwendbaren Totalwert der allgemeinen LSE-Tabelle TA1 (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Juli 2020, 8C\_111/2020, E. 7.3.1) im Kompetenzniveau 1 abzustellen, entsprechend monatlich Fr. 5'417.-- (BFS, LSE 2018, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer). Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Normalar-

beitszeit und der leistungsmässigen Einschränkung von 20 % resultierte ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 54'213.35 (Fr. 5'417.-- [LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer] x 12 [Monate] / 40 [Wochenarbeitsstunden] x 41.7 [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen 2018, Total] x 0.8 [leistungsmässige Einschränkung von 20 %; vgl. act. II 65.1/3 und E. 3.5.1 hiervor]).

Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn wäre nicht gerechtfertigt. Dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte (zeitweise bzw. ausnahmsweise mittelschwere) wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar wären, wäre kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn auf dem hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von körperlich leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Entscheide des BGer vom 22. Dezember 2020, 8C\_725/2020, E. 4.4.2, vom 24. Januar 2020, 8C\_586/2019, E. 5.3.1, vom 8. Oktober 2019, 9C\_447/2019, E. 4.3.2). Das Zumutbarkeitsprofil trüge den medizinischen Einschränkungen mit einer Leistungsminderung von 20 % hinreichend Rechnung, so dass diese nicht zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen wären (vgl. etwa Entscheid des BGer vom 2. Juli 2019, 8C\_136/2019, E. 4.2.2).

Weiter würde von der Zumutbarkeit einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 ausgegangen, so dass sich die fehlende (anerkannte) berufliche Ausbildung und Sprachkenntnisse in keiner einen Abzug rechtfertigenden Weise auswirkte (Entscheid des BGer vom 10. September 2019, 8C\_314/2019, E. 6.2). Sodann wäre beim Heranziehen des statistischen Durchschnittslohns für Hilfsarbeitertätigkeiten praxisgemäss der Faktor der fehlenden Dienstjahre zu vernachlässigen (Entscheid des BGer vom 19. Mai 2020, 9C\_18/2020, E. 6.2.3). Schliesslich würden Hilfsarbeiten, wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.5.1 hiervor), auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt. Im Bereich der Hilfsarbeiten wirkte sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend aus. Bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 wirkt sich das Alter gemäss den LSE bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar eher lohn erhöhend aus (Entscheid des BGer vom 10. Juni 2021, 9C\_206/2021, E. 4.4.5). Für Hilfsarbeiten wäre zudem auch kein erheblicher Einarbeitungsaufwand nötig und die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt wäre grundsätzlich kein Kri-

terium, welches zu einem Abzug vom Invalideneinkommen berechtigt (Entscheid des BGer vom 7. Mai 2020, 8C\_73/2020, E. 8.2.3).

**4.6** Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen (vgl. E. 4.4 und 4.5.2 hiervor) resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 18 % ( $[(\text{Fr. } 66'255.95 \text{ } ./ \text{ Fr. } 54'213.35)] \times 100 / \text{Fr. } 66'255.95$ ; vgl. E. 2.4 hiervor; zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

## **5.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. März 2021 (act. II 195) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**6.2** Es ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (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):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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