

200 21 703 IV
KNB/SCC/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. April 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 6. September 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2002 erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Nach medizinischen Abklärungen und beruflichen Abklärungen der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit, letztere brach der Versicherte vorzeitig ab (act. II 16, 21), zog er im Mai 2003 das Leistungsgesuch vorbehaltlos zurück (act. II 23). Im Mai 2004 meldete er sich erneut an (act. II 30) und die IVB entschied – nach einer bidisziplinären Begutachtung (act. II 37 f.) – mit Verfügung vom 18. Februar 2005 über das Leistungsgesuch abschlägig (act. II 39). Die Verfügung wurde nicht angefochten. Nach einer weiteren Anmeldung gewährte die IVB Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (act. II 48). Der Versicherte erkrankte in der Folge an Krebs im Nasenrachenraum und es erfolgten Bestrahlung und Chemotherapie (act. II 51 ff.). Nach einer Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 79, 88) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. November 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 28 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 89). Die hiergegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 10. Dezember 2009 (IV/70140; act. II 117) gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zurück an die Verwaltung zur weiteren Abklärung. Die IVB holte Berichte des RAD (act. II 121 f., 129, 141) sowie ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juni 2010 (act. II 127) ein. Mit Verfügung vom 22. Februar 2011 verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 33 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 148), was unangefochten blieb. Nach einer weiteren Neuanschuldung im September 2012 (act. II 153) holte die IVB einen Bericht des RAD (act. II 182) und einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende (act. II 184) ein und verneinte mit Verfügung vom 12. Dezember 2013 (act. II 188) bei einem Invaliditätsgrad von 33 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten. Nachdem der Versicherte im Februar 2014 eine Wiedererwägung (allenfalls ein Revisionsverfahren, Umschu-

lungsmassnahmen oder andere berufliche Integrationsmassnahmen) beantragt hatte (act. II 191), gewährte die IVB Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche. Der Versicherte verzichtete sodann auf weitere Arbeitsvermittlung, woraufhin die IVB die Arbeitervermittlung abschloss. Mit Verfügung vom 1. Dezember 2014 verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 30 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 205), was unangefochten blieb. Im März 2015 meldete sich der Versicherte abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 208). Die IVB trat mit Verfügung vom 1. Mai 2015 auf das Leistungsgesuch nicht ein (act. II 216); die Verfügung wurde nicht angefochten. Auf eine erneute Anmeldung im August 2016 (act. II 217) trat die IVB mit Verfügung vom 4. Januar 2017 nicht ein (act. II 226). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies die Einzelrichterin des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern mit Urteil vom 11. Mai 2017 ab (IV/2017/114; act. II 238).

B.

Im März 2019 meldete sich der Versicherte wegen eines Rückenleidens, Beschwerden in der linken Schulter nach Strahlentherapie und psychischen Beschwerden erneut zum Bezug von Leistungen an (act. II 240). Die IVB holte eine Stellungnahme des RAD vom 17. Oktober 2019 (Akten der Invalidenversicherung, [act. IIA] 250) ein. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2019 trat die IVB auf die Neuanmeldung nicht ein (act. IIA 261). Weil der Versicherte parallel bereits am 11. Dezember 2019 berufliche Massnahmen beantragt hatte (act. IIA 260), erfolgte vom 10. Februar bis 13. September 2020 eine berufliche Abklärung in der C._____ (act. IIA 312). Die IVB veranlasste in der Folge eine interdisziplinäre (orthopädisch-traumatologische, psychiatrische, onkologische, internistische) Begutachtung durch die MEDAS D._____ (MEDAS-Gutachten vom 23. April 2021; act. IIA 331.1) und prüfte in der Folge auch den Rentenanspruch neu. Gegen den leistungsablehnenden Vorbescheid vom 11. Mai 2021 (act. IIA 339) erhob der Versicherte Einwände (act. IIA 340). Der RAD holte eine Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 30. August 2021 ein (act. IIA 345.1). Mit Verfügung vom 6. September 2021 lehnte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 12 % den Anspruch auf eine Rente ab (act. IIA 346).

C.

Am 7. Oktober 2021 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung vom 6. September 2021 sei aufzuheben und die Sache sei an die Verwaltung zurückzuweisen zur Einholung eines neuen Gutachtens.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer reichte am 20. Dezember 2021 unaufgefordert weitere Arztberichte ein und bestätigte sinngemäss seinen Antrag.

Am 15. Februar 2022 liess der Beschwerdeführer dem Verwaltungsgericht einen MR-Untersuchungsbericht vom 14. Februar 2022 zukommen.

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 6. September 2021 (act. II 346). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente.

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.

Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

2.1 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 Er-

werbsmöglichkeit 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). 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). 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). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228).

2.3 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 aArt. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 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 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 mate-

rielle 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 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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).

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

2.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat im Nachgang zur Anmeldung für berufliche Massnahmen vom 11. Dezember 2019 auch die Rentenfrage (neu) geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 1. Dezember 2014 (act. II 204), mit welcher der Anspruch auf

eine Rente nach umfassender Prüfung abgelehnt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. September 2021 (act. IIA 346) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.3 hiervor).

Nicht als Vergleichszeitpunkte zu berücksichtigen sind die Verfügung vom 1. Mai 2015 (act. II 216), welche unanfechtbar in Rechtskraft trat, und diejenige vom 4. Januar 2017 (act. II 226), welche mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 11. Mai 2017 bestätigt wurde (IV/2017/114: act. II 238). Denn die Beschwerdegegnerin trat jeweils auf die Neuansmeldungen nicht ein (act. II 216).

3.2 Die Verfügung vom 1. Dezember 2014 stützte sich im Wesentlichen auf die folgenden medizinischen Berichte:

3.2.1 Im Bericht des E. _____ vom 12. Februar 2014 (act. II 189/2) wurde eine neue Diskushernie im Segment L4/L5 mit hochgradiger Spinalkanalstenose genannt. Im Segment L5/S1 bestünden im Vergleich zu 2013 unveränderte postoperative Verhältnisse.

3.2.2 Im Bericht des F. _____ vom 13. Februar 2014 (act. II 191/14) wurde bei im Vordergrund stehender Instabilitätsproblematik und neurogener Claudicatio eine operative Intervention empfohlen.

3.2.3 In der Stellungnahme vom 6. Mai 2014 (act. II 194) diagnostizierte Dr. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Rückenschmerzen bei einem Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 bei Massenprolaps mit persistierendem Cauda-equina-Syndrom, überwiegend sensibel sowie aktuell radiologisch einer Diskushernie L4/5. Es bestehe zwar eine neue Diagnose (Diskushernie jetzt auf Höhe L4/5), aber bisher kein nachweislich neuer klinischer Zustand bezüglich Auswirkungen. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei dadurch nicht verändert. Das Röntgenbild allein begründe nicht eine Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, zumal klinisch-neurologisch keine Verschlechterung eingetreten sei. Bei wechselbelastenden leichten Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg, in einem Milieu ohne Dämpfe von Lacken oder Farben und ohne hohe Staubeentwicklung

sei weiterhin eine Leistung von 90 % zu erwarten. Sofern der Beschwerdeführer sich mittels der vorgeschlagenen Spondylodese operieren lasse, müsse danach aber eine neue Beurteilung erfolgen.

3.2.4 Laut Bericht des F. _____ vom 13. Juni 2014 (act. II 201/3) wünschte der Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt keine Interventionen. Gemäss Bericht vom 19. November 2014 (act. II 203) klagte er über chronische Lumboischialgien, wobei er den empfohlenen fusionierenden Eingriff voraussichtlich L4-S1 weiterhin ablehnte.

3.3 Den weiteren danach erstellten medizinischen Berichten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Gemäss Bericht des F. _____ vom 11. August 2016 (act. II 221/2) zeigte ein MRI einen massiven Bandscheibenvorfall L4/L5 mit einer totalen Spinalkanalstenose. Der Beschwerdeführer benötige dringend eine operative Sanierung. Laut Bericht vom 8. September 2016 (act. II 221) leide der Beschwerdeführer "wie immer" an starken Schmerzen mit "komischen" Kribbelparästhesien im Gesäss und in beiden Beinen. Es werde eine Dekompression L4/5 durchgeführt mit grosszügiger Bandscheibenresektion und Spinalkanaldekompensation.

3.3.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ diagnostizierte im Bericht vom 26. Oktober 2016 (act. II 224) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Cauda equina-Syndrom und nach Mikrodiskektomie L5/S1 in der Folge mit persistierendem Ausfall S1-4 rechts und S2/3 links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden aktuell Segmentdegenerationen L3/4 und L4/5, bei L4/5 auch Discusprolaps. Sofern der Versicherte die geplante Operation durchführe, werde er wahrscheinlich vorübergehend einige Monate arbeitsunfähig sein. Danach werde jedoch das Problem von L4/5 behoben sein. Ob tatsächlich auch noch eine Spondylodese folgen werde, müsse sich weisen. In einem solchen Fall wäre die Situation erneut zu prüfen. Wie anlässlich der Verfügung vom 1. Dezember 2014 sei dem Versicherten unverändert eine angepasste Tätigkeit (wechselbelastende leichtere Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg in einem Milieu ohne Dämpfe von Lacken oder Farben und ohne hohe Staubentwicklung) in einem vollen zeitlichen Rahmen mit einer 90%-igen Leistung zumutbar.

3.3.3 Im Bericht vom 28. Mai 2020 (act. IIA 304) führte Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer sei mehrfach schwer traumatisiert durch Kriegserlebnisse, eigene maligne Tumorkrankheit mit Triggerwirkung früherer traumatischer Erlebnisse, Folgeschäden durch die Tumorbehandlung mit traumatischer Triggerung, soziale, vor allem auch berufliche Einschränkungen mit Triggerwirkung. Diagnostisch liege eine ausgeprägte PTBS mit reaktivem depressivem Zustandsbild mittelschwerer bis schwerer Ausprägung vor (act. IIA 304/7).

3.3.4 Die angefochtene Verfügung vom 6. September 2021 (act. IIA 246) stützt sich auf das MEDAS-Gutachten vom 23. April 2021; act. IIA 331.1); darin diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. IIA 331.1/7):

1. Nasopharynxkarzinom mit bilateralen Lymphknotenmetastasen, Stadium cT4, cN3
 - Erstmanifestation Frühling 2006
 - Diagnose mittels Biopsie 8. Dezember 2006, Histologie: undifferenziertes nicht verhornendes Karzinom
 - Perkutane Radiotherapie des Nasopharynx und des Lymphabflusses beidseits, Gesamtdosis 17 Gy, mit Simultanangabe von drei Zyklen Chemotherapie mit Cisplatin, gefolgt von drei Zyklen Kombinations-Chemotherapie mit Cisplatin und Fluorouracil
 - Anhaltende komplette Remission
 - Aktuell: Folgeschäden: Xerostomie, Ageusie, Hypakusis rechtsbetont mit beidseitigem Tinnitus
2. Lähmung des N. accessorius links mit Einschränkung der Motorik des M. sternocleidomastoideus links und des M. trapezius links und konsekutiver Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit links und der Kraft des linken Armes für das Schulterheben
3. Chronische Schmerzen der LWS
 - Status nach insgesamt vier LWS Operationen (Mai 2012, März 2019, Oktober 2019 und November 2019)
 - Residuelle Wurzelreizsymptomatik L3/L4, L4/L5 und L5/S1 als sensible neurologische Ausfälle

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Experten das Folgende (act. IIA 331.1/7):

1. Zustand nach möglicher posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F41.2), aktuell sind die Kriterien einer PTBS nicht erfüllt
2. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) mit gelegentlichen Panikattacken
3. Hypothyreose, postradiogen, substituiert
4. Arterielle Hypertonie (bisher unbehandelt)
5. Übergewicht (BMI 26.6 kg/m²)
6. Nikotinabusus

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer schildere anhaltende Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat, insbesondere im Bereich des unteren Rückens mit Ausstrahlung in die Beine. Die klinisch orthopädischen und neurologischen Befunde dokumentierten nach mehrfacher erfolgten Wirbelsäuleneingriffen auch neurogene Schäden, so dass die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik im lumbalen Bereich mit Ausstrahlung in die Beine sowie die geschilderte inkomplette Reithosen-symptomatik durch organische Befunde erklärbar seien. Ferner beklage sich der Beschwerdeführer über Nackenschmerzen bei HWS-Syndrom ohne radikuläre Ausstrahlung, jedoch einhergehend mit offenbar zeitweilig verstärkten Nacken-/Hinterkopfschmerzen. Ein Rezidiv des ab Januar 2007 mit Radio-/Chemotherapie behandelten Nasopharynxkarzinoms mit bilateralen Lymphknotenmetastasen, cT4 cN2c, sei bisher nicht aufgetreten, die Nebenwirkungen der Behandlung im Sinne der Mundtrockenheit und Zahnprobleme bestünden weiter und benötigten regelmässige Kontrollen und Behandlung (act. IIA 331.1/5). Durch die Radiotherapie sei es zu einer Lähmung des N. accessorius mit entsprechenden muskulären Ausfällen gekommen. Diese seien aufgrund einer Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenkes diagnostiziert worden. Im Vordergrund stünden jedoch chronische Schmerzen der LWS aufgrund fortgeschrittener degenerativer Veränderungen und multietageren Bandscheibenvorfällen, die zu insgesamt vier Operationen geführt hätten. Auch aktuell finde sich eine residuelle neurologische Symptomatik, die auf Läsionen der Wurzeln L3/L4 bis L5/S1 zurückgeführt werden könnten. Diese residuelle neurologische Symptomatik sei im Wesentlichen sensibler Natur, es bestünden nur geringgradige motorische Ausfälle im Sinne einer Fussheber- und Fussenkerschwäche, links Kraftgrad M4. Trotz der vier Operationen der LWS sei bis dato keine Spondylodese durchgeführt worden, so dass die degenerativen Veränderungen aller ärztlicher Erfahrung nach fortschreiten würden. Anhaltspunkte für eine psychosomatische Schmerzentwicklung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzerkrankung bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ergäben sich nicht im ausreichenden Umfang. Die Schilderung traumatisierender Erlebnisse in Kindheit und Jugend mit in der Vergangenheit bestehenden Ängsten und einzelnen Symptomen einer Traumafolgestörung lasse an eine früher durchgemachte PTBS denken. Aktuell seien die Voraussetzungen

für eine PTBS nicht erfüllt. Bereits im Jahr 2005 habe der Gutachter Dr. med. B. _____ darauf hingewiesen, dass eine PTBS abgeklungen sei. Auch die Folgen der Karzinomerkrankung hätten keine nachhaltigen psychischen Folgen hinterlassen. Die klinisch ängstlich depressive Störung (ICD-10 F41.2) mit einer Neigung zu gelegentlichen Panikattacken sei nicht so gravierend, dass daraus wesentliche Beeinträchtigungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit resultierten (act. IIA 331.1/6). Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aufgrund der orthopädischen Gesundheitsstörungen sei die Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Eine adaptierte Arbeit (körperlich leichte Tätigkeit, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zum Positionswechsel, keine Leitertätigkeiten, keine Zwangshaltungen der LWS; act. IIA 331.1/8 Ziff. 4.5) könne der Beschwerdeführer ausüben, wobei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Spätfolgen der Krebstherapie in leichtem Masse (20 %; act. IIA 331.1/8 Ziff. 4.8) eingeschränkt sei. Weder aus psychiatrischer noch aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (act. IIA 331.1/8 Ziff. 4.3, 4.8). Der Beschwerdeführer sei zu 80 % (8.5 Stunden pro Tag mit Leistungsminderung von 20 %) in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig (act. IIA 331.1/10 Ziff. 4.8). Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit sei ab 1. Januar 2019 durch ein Rezidiv der Bandscheibenhernie L3/L4 aufgehoben gewesen; drei Monate nach der Operation vom 6. März 2019 sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wieder eingetreten. Ab Anfang Oktober 2019 sei die Arbeitsfähigkeit wegen der Diskushernie L4/L5 links wieder aufgehoben gewesen. Am 25. Oktober 2019 sei eine Mikrodiskektomie und am 13. November 2019 eine Re-Dekompression bei Frührezidiv erfolgt; ab 1. April 2020 sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit wieder arbeitsfähig gewesen (act. IIA 331.1/10 Ziff. 4.8, 331.1/11).

3.3.5 Im Bericht vom 6. Juni 2021 führte Dr. med. H. _____ aus, der Beschwerdeführer habe kulturbedingt Schwierigkeiten, psychiatrische Störungen oder Krankheiten von aussen erkennbar werden zu lassen, da dies zu einem Gesichtsverlust führe. Das Gutachten von Dr. med. B. _____ werde zur Diagnosebestätigung unterstützend erwähnt, der Beschwerdeführer sei damals aber nur 15 Minuten befragt worden. Im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten fehle eine differenzierte Gesamtbe-

fundbeschreibung, vor allem das depressive Zustandsbild und die PTBS betreffend. Es fänden sich auch keine systematischen psychometrischen Testuntersuchungen (z.B. AMDP-Modul Depression der Beck'sche- und Hamilton-Depressionstest). Das Nichteinnehmen von Schmerzmitteln werde negativ gewürdigt, die Einnahme der Psychopharmaka werde nicht positiv gewürdigt. Das lasse an eine mögliche negativ gefärbte Grundeinstellung gegenüber dem Beschwerdeführer denken. Eine Gesamtuntersuchungszeit von 1 Stunde und 15 Minuten sei zu kurz, um an ein differenziertes fundiertes Untersuchungsergebnis zu gelangen (act. IIA 340/7 f.).

3.3.6 In der Stellungnahme vom 30. August 2020 hielten die MEDAS-Gutachter fest, die kulturbedingten Schwierigkeiten psychische Störungen offenbar werden zu lassen, seien dem Gutachter aus langjähriger Erfahrung bekannt und seien in der Diagnosefindung berücksichtigt worden. Das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten weise eine Befundbeschreibung gemäss AMDP-Systematik auf, darin werde eine differenzierte Gesamtbefundbeschreibung geliefert. Zur Diagnosestellung bedürfe es nicht psychometrischer Testuntersuchungen. Die Befunderhebung sei entsprechend dem Standard des Fachgebietes erfolgt. Die Symptome einer PTBS hätten nicht vollumfänglich bestätigt werden können. Die Nichteinnahme der Analgetika müsse negativ als bewusste Fehlangebe des Beschwerdeführers gewertet werden. Er habe den Untersucher offenbar ganz bewusst in der Annahme gelassen, dass er nicht unerhebliche Mengen von Schmerzmitteln einnehme. Zur Dauer der Untersuchung sei festzuhalten, dass der Untersucher sich auf die Berichte im Dossier habe abstützen können, insbesondere habe er sich mit dem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 25. August 2020 auseinandersetzen können, wobei der Gutachter die PTBS anlässlich der psychiatrischen Exploration nicht habe bestätigen können (act. IIA 345.1)

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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 – bzw. hier im Neuanmeldungskontext – 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).

3.5 Das MEDAS-Gutachten vom 21. April 2021 (act. IIA 331.1) und die Stellungnahme vom 30. August 2021 (act. IIA 345.1) erfüllen die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Basierend darauf haben die Gutachter die medizinischen Befunde, die zu stellenden Diagnosen und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt. Desgleichen haben sie in überzeugender Weise zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen Stellung genommen, wonach der Beschwerdeführer körperlich leichte den Beschwerden angepasste Tätigkeiten ausüben kann, wobei dieses Zumutbarkeitsprofil seit Beendigung der Krebstherapie gilt und auch die Progredienz der multieta-geren Bandscheiben berücksichtigt. Die Experten äusserten sich nachvollziehbar und überzeugend zu den Ressourcen, wonach es dem Beschwer-

deführer gelinge, den Alltag zu planen und zu strukturieren. Auch wenn die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit leicht beeinträchtigt ist, wiesen Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität, Antrieb- und Spontanaktivität keine gravierenden Defizite auf und die Selbstbehauptungs-, Interaktions- und Kontaktfähigkeit sind erhalten (act. IIA 331.1/9 Ziff. 4.5), was überzeugt. Einleuchtend ist auch die Beurteilung zur Konsistenzprüfung, wonach aus orthopädisch-traumatologischer Sicht keine relevanten Widersprüche vorlägen, die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und Einschränkungen im Bereich des Kopfes, Nackens und der oberen Extremitäten als Folge der Krebsbehandlung plausibel und konsistent wirkten. Aus psychiatrischer Sicht erachteten die Gutachter, dass die geschilderten Beschwerden im Hinblick auf die Akten und die aktuell durchgeführten Untersuchungen nachvollziehbar seien (act. IIA 331.1/9 Ziff. 4.6), was überzeugt. Mithin kann auf die voll beweiskräftige Expertise grundsätzlich (vgl. auch E. 3.8 hiernach) abgestellt werden (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Gestützt auf die interdisziplinäre Beurteilung im MEDAS-Gutachten ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführer aus somatischer und psychischer Sicht eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit, sitzend, mit der Möglichkeit die Position zu wechseln, zu 80 % (d.h. 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsminderung von 20 % wegen der Folgen nach Behandlung der Krebserkrankung) ausüben kann.

3.6 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag das schlüssige MEDAS-Gutachten vom 23. April 2021 nicht in Zweifel zu ziehen: Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers sind die traumatischen Erlebnisse in der Kindheit (Tod der Mutter im Krieg, Flucht, Mobbing während der Schulzeit in der Schweiz) im Gutachten ausführlich in der psychiatrischen und biographischen Anamnese (act. IIA 331.5/4 f.) besprochen worden; es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die Schilderung der Kindheit und Jugend in der Beurteilung nicht genügend berücksichtigt worden wäre, vielmehr geht der psychiatrische Gutachter davon aus, dass eine früher durchgemachte PTBS vorgelegen habe; die Voraussetzungen bezüglich einer PTBS aktuell nicht mehr erfüllt seien (act. IIA 331.5/11), was einleuchtet. Überzeugend sind auch die Ausführungen der Gutachter, dass keine andauernde Persönlichkeitsveränderung mit prägender paranoider Symptomatik diagnostiziert werden konnte (act. IIA 331.1/8 Ziff. 4.4). Die

körperlichen Beschwerden (Nervenläsion im Hals, erhebliche Artikulationsbeschwerden, Beschwerden in der Lendenwirbelsäule mit Schmerzattacken) sind vom psychiatrischen Gutachter zur Kenntnis genommen worden, hielt er doch fest, die geschilderte Schmerzsymptomatik sei durch organische Befunde weitgehend erklärbar. Ebenso wurden die Nackenschmerzen bei HWS-Syndrom mit zeitweilig verstärkten Nacken-/Hinterkopfschmerzen erwähnt. Dass der Gutachter nicht in ausreichendem Umfang Anhaltspunkte für eine psychosomatische Schmerzentwicklung bzw. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren findet, gehört zu seiner Beurteilung (act. IIA 331.5/11) und weckt keine Zweifel an der Schlüssigkeit seines Gutachtens und der interdisziplinären Beurteilung. Im Übrigen haben sich die Gutachter Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, und Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie, für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der Stellungnahme vom 30. August 2021 (act. IIA 345.1) ausführlich zur Kritik des Psychiaters Dr. med. H. _____ geäußert und es ergaben sich keine neuen Gesichtspunkte, auch nicht bezüglich einer PTBS, was überzeugt (act. IIA 340/7). Dazu gehörte auch die Kritik an der Dauer der Untersuchung; zu Recht führten die MEDAS-Gutachter an, sie hätten Kenntnis der Berichte der behandelnden Ärzte gehabt. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3). Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die psychiatrische Begutachtung diesbezüglich unsorgfältig durchgeführt worden wäre. Die Beschwerdegegnerin wendet ferner zu Recht ein, dass der Beschwerdeführer zurzeit nicht in psychiatrischer Behandlung ist und bisher kein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt erfolgte (vgl. Beschwerdeantwort, Ziff. 4; act. II 304 Ziff. 1.2). Damit kann auch dem Einwand, es sei keine wertfreie Verwendung von Vorbefunden erfolgt, da die Ausführungen des Dr. med. H. _____ bezüglich der Diagnose einer PTBS kritisiert und gleichzeitig das Gutachten von Dr. med. B. _____

beigezogen worden seien, wobei Letzterer den Beschwerdeführer lediglich während 15 Minuten untersucht habe, nicht gefolgt werden. Zudem steht die Beurteilung zum "Ich-Bewusstsein" des psychiatrischen Gutachters (act. IIA 331.5/9) in Einklang mit der Einschätzung von Dr. med. B._____ (act. II 127/6). Der Beschwerdeführer beanstandet weiter die Ausführungen zu den Ressourcen (vgl. act. IIA 331.1/9), da seiner Ansicht nach keine Untersuchungen stattgefunden hätten. Er berücksichtigt in seiner Kritik jedoch nicht, dass die Gutachter aufgrund der Befunde sowie den Angaben des Beschwerdeführers zum Tagesablauf, zur Freizeitgestaltung, Hilfe im Haushalt und Alltag (act. IIA 331.5/6 f.) ohne weiteres eine Würdigung vornehmen konnten. Die Gutachter verfügen zudem in ihrem Fachgebiet über einen entsprechenden Facharzttitel und es erfolgten Angaben zur Entstehung des Konsenses (act. IIA 331.1/11 Ziff. 5), weshalb die diesbezügliche Kritik des Beschwerdeführers auch nicht überzeugt. Es ist weiter nicht zu beanstanden, dass sich die Gutachter zur ungenügenden Medikamenteneinnahme äusserten, da dies auf eine Inkonsistenz hindeutet. Zwar ist der Einwand des Beschwerdeführers, der onkologische Teilgutachter habe fälschlicherweise erwähnt, der Vater und nicht die Mutter sei im Krieg erschossen worden (vgl. act. IIA 331.6/3), richtig. Der orthopädisch/traumatologische (act. IIA 331.3/2) und der psychiatrische Gutachter (act. IIA 331.5/4) erhoben ihrerseits jedoch die Anamnese korrekt. Die falsche Angabe im onkologischen Gutachten ist denn auch nicht geeignet, die schlüssige Beurteilung aus onkologischer Sicht in Frage zu stellen, denn es ist nicht erkennbar, inwiefern es sich in diesem Fachgebiet um eine entscheidungsrelevante Feststellung handeln sollte, welche den Gutachter zu anderen Schlussfolgerungen hätte führen müssen. Nach dem Dargelegten kann dem sinngemässen Vorbringen des Beschwerdeführers, es lägen zahlreiche Hinweise dafür vor, dass die Gutachter nicht konsequent und sorgfältig gearbeitet hätten, nicht gefolgt werden.

Die im Beschwerdeverfahren am 20. Dezember 2021 eingereichten und nach Verfügungserlass erstellten Berichte von Dr. med. K._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. November 2021 (in den Gerichtsakten) und von Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 17. Dezember 2021 (in den Gerichtsakten) ändern nichts am Ergebnis, wonach

auf das überzeugende MEDAS-Gutachten abzustellen ist. Dr. med. K._____ berichtet über die (vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten) Beschwerden im Zusammenhang mit den Folgen der Behandlung der Krebserkrankung, welche in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden waren. Es werden keine neuen Aspekte erwähnt, welche die MEDAS-Gutachter nicht bereits beurteilt hätten. Dr. med. L._____ bezieht mit der Aussage, der Beschwerdeführer habe aufgrund der Gesamtheit aller gesundheitlichen Probleme eindeutig Anspruch auf eine Rente, advokatorisch Stellung zum Rentenanspruch, somit nicht nur zu den medizinischen, sondern auch zu den erwerblichen Faktoren; zudem ist davon auszugehen, dass er sich vor allem auf die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... bezieht. Auch der Bericht vom 14. Februar 2022, betreffend die fünfeinhalb Monate nach der massgebenden Verfügung erfolgten MR-Untersuchung, ändert an der schlüssigen MEDAS-Einschätzung nichts.

3.7 Der psychiatrische Gutachter führte überzeugend aus, dass in psychischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Hinsichtlich einer allfällig früher durchgemachten PTBS seien die entsprechenden Voraussetzungen für eine PTBS aktuell nicht erfüllt. Die klinisch ängstlich depressive Störung sei nicht so gravierend, dass daraus wesentliche Beeinträchtigungen resultieren würden. Das Zumutbarkeitsprofil und die Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % beruht damit einzig und allein auf somatischen Gründen. Unter diesen Umständen besteht für das Gericht keine Veranlassung zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens, denn praxisgemäss bleibt ein solches entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit (in psychischer Hinsicht) in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2019, 8C_597/2019, E. 7.2.3, vom 22. November 2019, 9C_568/2019, E. 5.6).

3.8 Die Beschwerdegegnerin führte in der Beschwerdeantwort (S. 3 Ziff. 7) zutreffend aus, es sei fraglich, ob überhaupt eine revisionsrechtlich relevante Veränderung im Sachverhalt vorliege. Gemäss MEDAS-Gutachten gilt die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit seit Abschluss der Behandlungen des Nasopharynxkarzinoms ca.

Mitte 2008. Sie war lediglich aus somatischen Gründen wegen den operativen Eingriffen und während den dreimonatigen Rekonvaleszenzen jeweils kurz zu 100 % aufgehoben (vgl. act. IIA 331.1/10). Danach war dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte Tätigkeit zu 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 20 % wieder zumutbar. Im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. med. G. _____ im Mai 2014, wonach bei wechselbelastenden leichten Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg, in einem Milieu ohne Dämpfe von Lacken oder Farben und ohne hohe Staubentwicklung weiterhin eine Leistung von 90 % zu erwarten sei (act. II 194), und vom 26. Oktober 2016, wonach unverändert eine angepasste Tätigkeit (wechselbelastende leichtere Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg in einem Milieu ohne Dämpfe von Lacken oder Farben und ohne hohe Staubentwicklung) in einem vollen zeitlichen Rahmen mit einer 90%-igen Leistung zumutbar sei (act. II 224), ist nicht von einer wesentlichen Veränderung auszugehen; die unterschiedliche Einschätzung der Leistungsminderung von 10 % bzw. 20 % weist eher auf eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts hin. Letztlich kann dies aber offenbleiben, denn auch bei Annahme einer wesentlichen tatsächlichen Änderung des medizinischen Sachverhalts (leicht höhere Leistungseinschränkung) und nach einer allseitigen Prüfung, inklusive eines Einkommensvergleichs, ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 4 hiernach).

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. 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).

4.1.2 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung – gestützt auf die rechtskräftige Verfügung vom 1. Dezember 2014 (GAV ... 2012, Kategorie B, von Fr. 59'720.--, indexiert auf das Jahr 2014 [Fr. 59'720 / 2188 x 2204 + 0.7 %]; vgl. act. II 205) – vom Einkommen von Fr. 60'579.-- aus, welches der Beschwerdeführer als ... erzielt habe (act. IIA 346) und was nicht zu beanstanden ist. Aufgerechnet auf das Jahr 2020 (BFS 2020, Nominallohnindex, Männer, 2011-2020, Bst. F, Ziff. 41-43 Bau-gewerbe/Bau, 2014: 102.8; 2020: 105.6) ergibt dies ein Einkommen von Fr. 62'229.-- (Fr. 60'579.-- / 102.8 x 105.6).

4.2

4.2.1 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).

4.2.2 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 pflichtgemäsem 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).

4.2.3 Da der Beschwerdeführer keine angepasste Tätigkeit ausübt, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht das hypothetische Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE ermittelt. Bei einem monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'417.-- (BFS 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert], Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, 2018, Kompetenzniveau 1, Männer, Total), angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (Total, 2018, 41.7 Stunden pro Woche), aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2020 (BFS 2020, Nominallohnindex, Männer, 2011-2020, Bst. B-S, Ziff. 5-96, Total, 2018: 105.1; 2020: 106.8) und unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsminderung von 20 % ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 55'090.25 (Fr. 5'417.-- / 40 x 41.7 x 12 / 105.1 x 106.8 x 0.80). Einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn hat die Beschwerdegegnerin nicht vorgenommen; die medizinische Einschränkung wegen der Folgen der Krebserkrankung ist bereits berücksichtigt worden. Selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 10 % änderte sich nichts am Ergebnis, weil der Beschwerdeführer wegen der Rückenproblematik nunmehr lediglich leichte Tätigkeiten ausüben kann, was ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 49'581.20 (Fr. 55'090.25 x 0.90) ergäbe (vgl. E. 4.3 hiernach). Weitere Kriterien sind nicht erfüllt, insbesondere werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (vgl. BGE 146 V 16 E. 7.2.1 S. 26).

4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'229.-- und einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 49'581.20 resultiert eine Einbusse von höchstens Fr. 12'647.80 und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 20 % (Fr. 12'647.80 / Fr. 62'229.-- x 100 = 20.3 %).

4.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 6. September 2021 (act. IIA 346) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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.

5.2 Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (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):
 - A. _____
 - 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.