

200 21 831 IV
KNB/TOZ/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Juli 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. November 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2013 unter anderem unter Hinweis auf ein psychisches Leiden bei der Invalidenversicherung erstmals zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen [AB] der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin] 1.42 bis 1.43). Nach Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht (insb. ein interdisziplinäres Gutachten der Dres. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 28. August 2013; AB 1.26) und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 1.23) verneinte die IV-Stelle ... mit Verfügung vom 11. Dezember 2013 (AB 1.21) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Mai 2019 meldete sich der Versicherte wegen eines lumbovertebralen Syndroms, einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), einer Sehinderung des linken Auges, einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer rezidivierenden depressiven Störung erneut zum Leistungsbezug an (AB 8). Die nunmehr zuständige IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS ... (MEDAS; Expertise vom 23. November 2020; AB 49.1 bis 49.7). Nach Durchführung der Vorbescheidverfahren samt Rückfragen an die MEDAS (AB 50, AB 58, AB 60, AB 67, AB 72, AB 73) und nach Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 70 f., AB 79 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 1. November 2021 (AB 81) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 30 % den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die Advokatur E._____, Rechtsanwältin F._____, am 1. Dezember 2021 Be-

schwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Sachverhaltsabklärung und weiteren Begründung zurückzuweisen. Weiter ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin F. _____ als amtliche Anwältin.

Mit Eingabe vom 29. Dezember 2021 reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zu den Akten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 12. Januar 2022 zeigte die Advokatur E. _____ einen Wechsel der Rechtsvertretung an und ersuchte um Übertragung des amtlichen Mandats auf Rechtsanwalt B. _____.

Der Beschwerdeführer reichte mit Zuschrift vom 4. Februar 2022 aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 17. Januar 2022) ein aktuelles Sozialhilfebudget des zuständigen Sozialdienstes zu den Akten (Beschwerdebeilagen [BB] 5 f.).

Am 16. Februar 2022 bestätigte und belegte der Rechtsvertreter im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, dass keine Kostengutsprache der Rechtsschutzversicherung besteht (vgl. BB 7).

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 1. November 2021 (AB 81). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer insofern eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, als die Beschwerdegegnerin im Vorbescheidverfahren Stellungnahmen des RAD vom 6. und 11. Oktober 2021 (AB 79 f.) eingeholt habe, diese ihm aber vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung weder zur Kenntnis- noch zur Stellungnahme habe zukommen lassen (vgl. Beschwerde, S. 11 Ziff. 2.2).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim

Erläss von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1).

2.3 Die RAD-Ärzte Dres. med. G._____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (D), und H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, äusserten sich in den Stellungnahmen vom 6. und 11. Oktober 2021 (AB 79 S. 2 f., AB 80 S. 2 bis 4) - wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausgeführt hat (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 lit. C.b Ziff. 3) - einzig zu den vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden (AB 73) bzw. zu dem im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht des Zentrums I._____ vom 21. September 2021 (AB 76 S. 3 f.) und bestätigten im Übrigen ihre zuvor bereits in den Stellungnahmen vom 7. Juni 2021 (AB 70 S. 2 bis 4, AB 71 S. 3 f.) dargelegten Beurteilungen. Darüber hinaus ergeben sich aus den Stellungnahmen vom 6. und 11. Oktober 2021 keine neuen Erkenntnisse; so wurden namentlich weder neue Tatsachen geltend gemacht bzw. zusätzliche Unterlagen hinzugezogen noch aufgrund der bisherigen Aktenlage andere Schlüsse gezogen, sondern allein Bekanntes bestätigt (AB 70 S. 3, AB 71 S. 4). Der Beschwerdeführer hatte im Rahmen des Vorbescheidverfahrens bzw. mit Einwand vom 7. September 2021 (AB 73) Gelegenheit, sich umfassend zum Beweisergebnis und zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Unter diesen Umständen war eine Zustellung der erwähnten Stellungnahmen des RAD vor Verfügungserlass weder notwendig noch geboten; eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor. Doch selbst wenn von einer Gehörsverletzung auszugehen wäre, die indes nicht als schwerwiegend gewertet werden könnte, würde diese als geheilt gelten, da sich der Beschwerdeführer vor dem angerufenen Gericht, das sowohl den

Sachverhalt wie auch die Rechtslage und die Angemessenheit frei überprüfen kann, äussern konnte (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2021 IV Nr. 43 S. 140 E. 4.4.1, 2020 IV Nr. 57 S. 194 E. 3.3.1).

3.

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.

3.1

3.1.1 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).

3.1.2 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). 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 Gesundheits Schaden 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).

3.2 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

3.4 Um den IV-Grad 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).

3.5

3.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 IV-Grades 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).

3.5.2 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 IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad 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).

3.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung) - 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).

3.5.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Mai 2019 (AB 8) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage - da nicht streitig - vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zudem ist mit der im Jahr 2015 aufgetretenen Frozen Shoulder links, infolge derer eine residuelle relevante Funktionseinschränkung der linken Schulter bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit als ... besteht (AB 9 S. 3 Ziff. 8, AB 49.1 S. 11 Ziff. 4.2.1 und S. 15 Ziff. 4.7; vgl. E. 4.4.1 hiernach), seit dem Referenzzeitpunkt im Dezember 2013 (AB 1.21; vgl. E. 3.5.3 hiervor) eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung resp. ein Neuanschuldungsgrund unbestrittenermassen ausgewiesen. Dementsprechend ist der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 3.5.4 hiervor).

4.2 Bezüglich des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers präsentieren sich die Akten seit der Neuanschuldung vom Mai 2019 (AB 8) - soweit entscheidungswesentlich - wie folgt:

4.2.1 Im Bericht des Zentrums I. _____ vom Mai 2019 (AB 9 S. 1 bis 4) wurden als Diagnosen eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), ein lumbovertebrales Syndrom, ein chronisches zervikozephalisches und spondylogenes Schmerzsyndrom, eine Frozen Shoulder links, Knieschmerzen rechts, ein Status nach Knieinstabilität links vom 7. Januar 2010, eine chronische Bronchitis, eine COPD, eine Sehverschlechterung des linken Auges (80 %), ein Lupus erythematodes tumidus, eine Hypertriglyceridämie, eine Dyslipidämie, eine Dyspepsie mit Verdacht auf eine chronische Gastritis, eine Refluxösophagitis Grad B mit Verdacht auf einen Barrett-Ösophagus, eine axiale Hiatushernie sowie ein schwerer Mangel an Vitamin D genannt (AB 9 S. 3 Ziff. 7). Der Beschwerdeführer sei seit 2015 aufgrund von zunehmenden Schmerzen in der linken Schulter und im linken Arm zu 100 % arbeitsunfähig. Zudem leide er seit 2004 unter posttraumatischen Belastungssymptomen und einer chronischen depressiven Störung. Es träten plötzliche Erinnerungen an traumatisierende Ereignisse im Herkunftsland auf, welche mit starken Emotionen einhergingen. Sowohl die depressiven

als auch die posttraumatischen Belastungssymptome wirkten sich negativ auf die Konzentrationsfähigkeit aus. Des Weiteren weise der Beschwerdeführer eine erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebslosigkeit auf, im Gespräch sei formal gedanklich ein umständliches Denken auffällig. Die Stresstoleranz und Belastbarkeit seien deutlich reduziert. Aufgrund der depressiven Störung, der PTBS und der chronischen Schmerzen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (AB 9 S. 3 Ziff. 8). Als positives Leistungsbild wurden ca. 15 Minuten Spazieren, ca. 30 Minuten Sitzen, ca. 10 Minuten Stehen, ca. 30 Minuten Autofahren, Oberkörperrotationen, als negatives Leistungsbild körperlich schwere Arbeiten, Bücken, Knien oder Kauern, Überkopfarbeiten, Mithilfe im Haushalt, Kopffrotationen, Treppenlaufen (nur ein Stockwerk wegen COPD) und Lärm angegeben (AB 9 S. 3 f. Ziff. 8). Insgesamt habe sich die Situation seit 2013 verschlechtert (AB 9 S. 4 Ziff. 8).

4.2.2 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 17. November 2019 (AB 24 S. 3 bis 10) eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine komplexe psychosoziale Belastungssituation, ein chronisches zervikozephalisches und spondylogenes Schmerzsyndrom, eine Frozen Shoulder links, eine chronische Bronchitis, eine COPD, Knieschmerzen rechts, ein femoropatellares Reizsyndrom, einen Lupus erythematoses tumidus, eine symptomatische Varicocele, eine Hypertriglyceridämie, eine Dyslipidämie und einen schweren Mangel an Vitamin D (AB 24 S. 10). Der Beschwerdeführer sei subjektiv maximal zu zwei bis drei Stunden pro Tag in der bisherigen Tätigkeit arbeitsfähig (AB 24 S. 7 Ziff. 4.1). Die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei eher infaust (AB 24 S. 5 Ziff. 2.7).

4.2.3 Im polydisziplinären (internistisch-neurologisch-ophthalmologisch-rheumatologisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 23. November 2020 (AB 49.1 bis 49.7) stellten die Experten in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (AB 49.1 S. 11 Ziff. 4.2):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Frozen Shoulder links seit 2015 (ICD-10 M75.0)
 - Residuelle relevante Funktionseinschränkung
- Geringe partielle Optikusatrophie bei Verdacht auf Offenwinkelglaukom (ICD-10 H47.2; H40.1)
- Amblyopie bei Mikrostrabismus convergens (linkes Auge; ICD-10 H53.0; H50.4)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Vorbekannte COPD bei langjährigem Nikotinmissbrauch
 - Letzte aktenkundige Lungenfunktion am 4. April 2012 mit Normalwerten für Vitalkapazität und FEV1 (expiratorische Einsekundenkapazität). Unauffälliger Methacolin-Provokationstest
- Vorbekannte Refluxösophagitis Grad B und Verdacht auf Short-Barrett-Ösophagus
- Zustand nach Hämorrhoiden-Operation vor über 10 Jahren
- Adipositas Grad I, aktueller BMI (Body-Mass-Index) von 31.94 kg/m²
- Hyperlipidämie
- Erektile Dysfunktion
- Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2)
- Chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.80)
 - Differentialdiagnose: Morbus Behçet (ICD-10 M35.2)
 - Polyarthralgien
 - Panvertebralsyndrom mit zervikaler Betonung
 - Muskuläre Dysbalance, Dekonditionierung
- Anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Hyperopie, Astigmatismus) (ICD-10 H52.0; H52.2)
- Alterssichtigkeit (ICD-10 H52.4)
- Benetzungsstörung (ICD-10 H04.1)
- Glaskörperdestruktion (ICD-10 H43.8)
- Dysthymie (ICD-10 F34.1)
- Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F59)

Aus allgemeininternistischer Sicht konnte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die (quantitative) Arbeitsfähigkeit gestellt werden (AB 49.3 S. 17 Ziff. 6.1). Aufgrund der (klinisch) leichtgradigen COPD bestehe eine qualita-

tive Einschränkung dahingehend, dass körperlich schwere Tätigkeiten und Arbeiten mit Exposition zu Dämpfen, Gasen oder Staub nicht zumutbar seien (AB 49.3 S. 21 Ziff. 8.2.1).

Neurologischerseits konnte ebenfalls keine Diagnose mit Relevanz auf die (quantitative) Arbeitsfähigkeit erhoben werden (AB 49.4 S. 13 Ziff. 6.1). Allerdings bestehe wegen der Kopfschmerzen insoweit eine qualitative Einschränkung, als der Beschwerdeführer auf eine stress- und reizarme Arbeitsumgebung angewiesen sei (AB 49.4 S. 16 Ziff. 8.2.1).

Die ophthalmologische Gutachterin hielt eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit fest. Diese begründe sich durch einen leicht erhöhten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Infolge der angeborenen Schielstellung bestehe kein Stereosehen, weshalb Arbeitsplätze mit einem erhöhten Gefahrenpotential (Arbeiten auf Gerüsten oder an schnell drehenden Maschinen) nicht geeignet seien (AB 49.5 S. 15 Ziff. 7.4).

Der rheumatologische Gutachter führte aus, gemäss der Aktenlage liege seit 2015 eine Frozen Shoulder links vor. Hierzu bestehe in der klinischen Untersuchung eine relevante, deutliche Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, insbesondere in der Aussenrotation, Abduktion und Elevation. Konventionell radiologisch stelle sich ein verschmälertes Subacromialraum dar. Die postulierte Frozen Shoulder könne klinisch insgesamt nachvollzogen werden. Aufgrund des bisherigen Verlaufs müsse von residuellen, deutlichen, relevanten Funktionseinbussen ausgegangen werden. Die Armfunktion sei dadurch auf der adominanten Seite, insbesondere bei bimanuellen Tätigkeiten vor allem beim Ziehen, Stossen und Heben von Bauch aufwärts von schweren Gegenständen eingeschränkt (AB 49.6 S. 15 Ziff. 6.3). Die Rückenschmerzen lumbal, teilweise thorakal und zervikoze-phal seien chronisch. Die geklagten Beschwerden könnten jedoch nicht gänzlich aus rheumatologischer Sicht nachvollzogen werden. Hier bestehe ein chonifiziertes Schmerzzustandsbild (AB 49.6 S. 18 Ziff. 7.3). Die lumbale Belastbarkeit sei bei muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung eingeschränkt. Diese sollte auftrainierbar sein. Es bestehe eigenanamnestisch eine Antriebsstörung, so dass die Therapiefähigkeit bzw. das Therapiepo-

tential eingeschränkt sei (AB 49.6 S. 19 Ziff. 7.4). Die Untersuchungsergebnisse seien insgesamt valide. Rheumatologischerseits gebe es keine divergierenden Akteninformationen (AB 49.6 S. 18 Ziff. 7.3). Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (AB 49.6 S. 20 Ziff. 8.1.1 und 8.1.3). Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (repetitive manuelle Arbeiten, keine feinmotorischen oder intellektuellen Tätigkeiten, in vorwiegend stehender Haltung, mit der Möglichkeit zu Wechselbewegungen, ohne körperferne Belastungen, kein Steigen auf Leitern und Gerüsten, mit bimanuellem Heben von Gewichten körpernah bis Bauchhöhe bis max. 15 kg bzw. körperfern bis Bauchhöhe bis max. 5 kg, bimanuelle Arbeiten resp. Arbeiten mit dem linken Arm bis Bauchhöhe) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 30 % infolge eines langsameren Arbeitstempos und einer rascheren schmerzbedingten Ermüdbarkeit (AB 49.6 S. 21 Ziff. 8.2.1 bis 8.2.3).

Der psychiatrische Gutachter konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (AB 49.7 S. 23 f. Ziff. 6.1); ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F59; AB 49.7 S. 24 Ziff. 6.2). Der Beschwerdeführer habe über eine gewisse depressiv anmutende und eine traumaassoziierte Symptomatik, eine Störung im Bereich der Kognition, körperliche Beschwerden mit funktionellen Einschränkungen und psychosoziale Belastungsfaktoren (Ehekonflikte, psychisch erkrankter Sohn, Notwendigkeit einer administrativen Unterstützung durch die Kinder, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfeleistungen) geklagt. Er habe ein hohes Mitteilungsbedürfnis gehabt. Seine Angaben seien zum Teil sehr detailreich, aber gleichzeitig auch sehr diffus gewesen, dies betreffend Zeiten, Zeiträume und Details der geklagten Symptome. Die beschriebenen Gegebenheiten seien in etwa vergleichbar mit denjenigen im Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 28. August 2013 (AB 1.26 S. 2 bis 36). Die vom Beschwerdeführer geklagte Störung im Bereich der Kognition habe im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht verifiziert werden können. Der Beschwerdeführer sei weder leicht abgelenkt noch ablenkbar und auch nicht in der Konzentration während der Exploration eingeschränkt gewesen. Sodann habe keine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum gestellt werden können, da die entsprechenden

Diagnosekriterien nicht erfüllt seien. Ein Teil der geklagten Einschränkungen sei organischen Ursprungs, auch wenn diese über das zu erwartende Ausmass hinauszugehen schienen (AB 49.7 S. 24 Ziff. 6.3). Diesbezüglich werde in den Arztberichten auch immer wieder auf die invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren hingewiesen (vgl. Bericht von Dr. med. J. _____ vom 17. November 2019; AB 24 S. 3 bis 10). Eine Symptomatik, welche eine ständige Beschäftigung und einen andauernden Schmerz beinhalte, und ein in diesem Zusammenhang bestehender (unbewusster) intrapsychischer Konflikt hätten nicht exploriert werden können. Es liessen sich eine gewisse psychische Belastung und Herabgestimmtheit im Sinne einer Dysthymie feststellen bzw. diagnostizieren. Die in früheren Berichten erwähnte Symptomatik einer depressiven Störung, einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne einer atypischen monopolen Depression, leichter Ausprägung (ICD-10 F33.9), wie auch einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom lasse sich aktuell nicht nachweisen, auch keine über eine Dysthymie hinausgehende Befindlichkeitsstörung. Ebenso könne heute die Diagnose einer PTBS (ICD-10 F43.1), die im Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 28. August 2013 (AB 1.26 S. 19 Ziff. 4.1) oder im Bericht von Dr. med. J. _____ vom 17. November 2019 (AB 24 S. 10) festgehalten worden sei, nicht gestellt werden; womöglich sei durch die Behandlung und auch im Verlaufe der Zeit eine Besserung eingetreten. Allenfalls lasse sich eine gewisse traumaassoziierte Symptomatik feststellen (AB 49.7 S. 25 Ziff. 6.3). Das aktuell vom Beschwerdeführer präsentierte auffällige Verhalten könne nicht durch ein primär krankheitswürdiges, versicherungspsychiatrisches Leiden erklärt werden. Es liege weder eine schwerwiegende depressive Störung noch eine Persönlichkeitsstörung oder gar eine psychotische Erkrankung vor (AB 49.7 S. 26 Ziff. 6.3). Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung lasse sich nicht stellen. Vor dem Hintergrund der als Krankenrollenverhalten zu beschreibenden Haltung des Beschwerdeführers sowie der mindestens teilweise bewussten aggravatorischen Anteile (geringe Behandlungsaktivität, zu hinterfragendes Tagesprofil, selbständiges Fahren eines Personenwagens) lasse sich eine geringe Veränderungsbereitschaft und eine allfällige Therapieresistenz erklären. Dieses Verhalten sei überwiegend von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen geprägt. Diese könnten auch durch psy-

chosoziale und soziokulturelle Überlegungen, aber auch hinsichtlich Zukunftsperspektiven im Hinblick auf Alter und Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, zumindest vorbewusst bis bewusst geprägt werden mit dem Resultat eines teilweise appellativ vorgebrachten Schon- und Vermeidungsverhaltens. Eine hohe Behandlungsaktivität (derzeit niedrig), eine versicherungspsychiatrisch relevante Komorbidität und ein unangemessener sozialer Rückzug sowie eine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen hätten sich nicht feststellen lassen. Das angegebene niedrige Aktivitätsniveau im Alltag sei zu relativieren, bestünden doch diesbezüglich auch Inkonsistenzen (AB 49.7 S. 27 Ziff. 6.3).

Interdisziplinär begründe sich die aktuelle Gesamtarbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 30 % (Gesamtarbeitsfähigkeit von 70 %) im Wesentlichen mit den Gesundheitsstörungen des rheumatologischen Fachgebietes. Die auf ophthalmologischem Fachgebiet festgestellten qualitativen (d.h. betreffend Zumutbarkeitsprofil) Leistungsbeeinträchtigungen müssten zusätzlich berücksichtigt werden (AB 49.1 S. 16 Ziff. 4.9).

4.2.4 Dem Bericht des Zentrums I. _____ vom 11. Februar 2021 (AB 59 S. 2 f.) ist neben den bekannten Diagnosen neu eine Adipositas (BMI von 30 kg/m²) zu entnehmen (AB 59 S. 2 Ziff. 1). Es liege ein stabiler, aber therapieresistenter Therapieverlauf vor. Der Beschwerdeführer leide unter Unsicherheit, Ängsten und Depressionen, Angst vor der Dunkelheit, Alpträumen (Angst vor anderen Menschen), Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen), Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Aggressionen, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Traurigkeit, unterschiedlichem Appetit (102 kg bei 182 cm) sowie Traumata (Diskriminierung als ... in der ..., Suchaktionen des Militärs im Dorf, Beleidigungen, Schläge, kein Gefängnis). Ferner zeige er ein deutliches Vermeidungsverhalten, sei hyperarousal und habe Flashbacks. Die Prognose sei bei therapieresistenter Situation schlecht (AB 59 S. 3 Ziff. 3). Es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (AB 59 S. 3 Ziff. 4).

4.2.5 Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (AB 60) hielt der internistische und federführende Gutachter der MEDAS am 7. Mai 2021 fest, dass sich aus dem Einwandschreiben des Beschwerdeführers vom 28. Januar 2021 (AB 58) und dem neu vorgelegten Bericht des Zentrums I. _____

vom 11. Februar 2021 (AB 59 S. 2 f.) keine wesentlichen neuen Aspekte ergäben, welche im Rahmen der Begutachtung nicht berücksichtigt oder gewürdigt worden wären (AB 67 S. 1 f.). Insbesondere sei in psychiatrischer Hinsicht dargelegt worden, dass und weshalb die diagnostischen Kriterien einer PTBS und einer somatoformen Schmerzstörung nicht (mehr) erfüllt seien. Die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aufgeführten psychosozialen Faktoren seien versicherungsmedizinisch nicht zu berücksichtigen. Insgesamt sei im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten vom 28. August 2013 (AB 1.26 S. 2 bis 36) eine Besserung eingetreten. Schliesslich fänden sich zahlreiche Inkonsistenzen (bspw. geringe bzw. fehlende Behandlungsaktivität; AB 67 S. 2).

4.2.6 Der RAD-Arzt Dr. med. G._____ führte am 7. Juni 2021 aus, dass im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS die gestellten Diagnosen wie auch Ausschlussdiagnosen nachvollziehbar diskutiert und die hieraus ableitbaren Fähigkeitsbeeinträchtigungen nach Mini-ICF schlüssig beurteilt worden seien. Es sei erneut auf negative Antwortverzerrungen hingewiesen worden. Gesamtbeurteilend zeige sich ein nach den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren sowie in Kenntnis von sämtlichen medizinischen Vorakten erstelltes psychiatrisches Gutachten. Dieses sei aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht nachvollziehbar und schlüssig. Der neu vorgelegte Bericht des Zentrums I._____ vom 11. Februar 2021 (AB 59 S. 2 f.) enthalte keine neuen Aspekte, welche die gutachterliche Beurteilung vom 23. November 2020 (vgl. E. 4.2.3 hiervor) entkräften könnten. Es sei weiterhin auf das Gutachten abzustellen (AB 71 S. 4).

4.2.7 Der RAD-Arzt Dr. med. H._____ nannte in der Stellungnahme vom 7. Juni 2021 (AB 70 S. 2 bis 4) als Diagnosen eine Frozen Shoulder links seit 2015 (mit einer residuellen relevanten Funktionseinschränkung), eine Sehbehinderung links, ein chronisches Schmerzsyndrom, eine COPD, eine Adipositas (BMI von 31.9 kg/m²), eine vorbekannte Refluxösophagitis (Grad B mit Verdacht auf einen Short-Barrett-Ösophagus), Spannungskopfschmerzen und eine Dysthymie (AB 70 S. 2 f.). Aufgrund der Frozen Shoulder links bestehe eine verminderte Belastbarkeit der linken Schulter

für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten sowie für Gewichtsbelastungen unter gewissen Körperpositionen. Wegen der angeborenen Sehbehinderung lägen Einschränkungen bezüglich Tätigkeiten mit einem erhöhten Gefahrenpotenzial vor. Dem Beschwerdeführer sei eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (repetitive manuelle Arbeiten, keine feinmotorischen oder intellektuellen Tätigkeiten, in vorwiegend stehender Haltung, mit der Möglichkeit zu Wechselbewegungen, ohne körperferne Belastungen, kein Steigen auf Leitern und Gerüsten, mit bimanuellem Heben von Gewichten körpernah bis Bauchhöhe bis max. 15 kg bzw. körperfern bis Bauchhöhe bis max. 5 kg, bimanuelle Arbeiten resp. Arbeiten mit dem linken Arm bis Bauchhöhe) zu 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 30 % infolge eines langsameren Arbeitstempos und einer rascheren schmerzbedingten Ermüdbarkeit zumutbar. Aufgrund der Seheinschränkung seien Arbeitsplätze mit einem erhöhten Gefahrenpotential (auf Gerüsten oder an schnell drehenden Maschinen) nicht geeignet, in einer Tätigkeit ohne Anforderung an die Sehfähigkeit bestehe aus ophthalmologischer Sicht hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 70 S. 3).

4.2.8 Mit Stellungnahme vom 21. September 2021 (AB 76 S. 3 f.) bekräftigte das Zentrum I. _____ die im letzten Bericht vom 11. Februar 2021 (AB 59 S. 2 f.) gestellten Diagnosen; die im Gutachten der MEDAS diagnostizierte Dysthymie sei nicht belegt und deshalb nicht gerechtfertigt (AB 76 S. 4 Ziff. 6). Bezüglich der Traumatisierung sei entgegen der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS keine Besserung eingetreten (AB 76 S. 4 Ziff. 4). Im Vordergrund stünden nicht psychosoziale Umstände, sondern eine schwere Traumatisierung (AB 76 S. 4 Ziff. 5). Es liege eine therapieresistente Situation vor (AB 76 S. 4 Ziff. 6).

4.2.9 Stellung nehmend dazu hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ am 6. Oktober 2021 fest, dass hinsichtlich der bereits im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS diskutierten PTBS keine neuen klinischen Anknüpfungstatsachen vorgebracht worden seien. Auch bezüglich des Vorliegens einer chronischen Schmerzerkrankung nach ICD-10 fänden sich keine substantiellen, differenzialdiagnostischen Ausführungen, welche die gutachterliche Beurteilung erschüttern könnten. Es sei erneut zu betonen,

dass ausgeprägte Inkonsistenzen vorgelegen hätten. Das vom Beschwerdeführer gezeigte auffällige Verhalten könne nicht primär durch ein versicherungspsychiatrisches Leiden erklärt werden. Ferner liessen sich keine gleichmässigen Einschränkungen in vergleichbaren Lebensbereichen feststellen. Es sei daher weiterhin auf die psychiatrische Beurteilung im Gutachten der MEDAS vom 23. November 2020 (vgl. E. 4.2.3 hiervor) abzustellen (AB 79 S. 3).

4.2.10 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ bestätigte am 11. Oktober 2021 (AB 80 S. 2 bis 4) das in der Stellungnahme vom 7. Juni 2021 (AB 70 S. 3) definierte Zumutbarkeitsprofil aus somatischer Sicht (AB 80 S. 3).

4.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 1. November 2021 (AB 81) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 23. November 2020 samt Ergänzung vom 7. Mai

2021 (AB 49.1 bis 49.7, AB 67), bestätigt durch die Stellungnahmen des RAD vom 7. Juni 2021, 6. Oktober 2021 und 11. Oktober 2021 (AB 70 S. 2 bis 4, AB 71 S. 3 f., AB 79 S. 2 f., AB 80 S. 2 bis 4), gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen (vgl. AB 49.1 S. 5 Ziff. 2) und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 49.2 S. 3 bis 23 Ziff. 2.2) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand resp. zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit werden überzeugend begründet. Auch stehen die einzelnen Fachbeurteilungen (AB 49.3 bis 49.7) in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (AB 49.1 S. 8 bis 17 Ziff. 4.1 ff.) ein, so dass darauf abzustellen ist. Demnach besteht in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (repetitive manuelle Arbeiten, keine feinmotorischen oder intellektuellen Tätigkeiten, in vorwiegend stehender Haltung, mit der Möglichkeit zu Wechselbewegungen, ohne körperferne Belastungen, kein Steigen auf Leitern und Gerüsten, keine Tätigkeiten mit einem Gefahrenpotential, mit bimanuellem Heben von Gewichten körpernah bis Bauchhöhe bis max. 15 kg bzw. körperfern bis Bauchhöhe bis max. 5 kg, bimanuelle Arbeiten resp. Arbeiten mit dem linken Arm bis Bauchhöhe) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 30 % infolge eines langsameren Arbeitstempos und einer rascheren schmerzbedingten Ermüdbarkeit (vgl. AB 49.1 S. 15 f. Ziff. 4.7 und 4.9, AB 49.5 S. 15 Ziff. 7.4, AB 49.6 S. 21 Ziff. 8.2.1 bis 8.2.3).

4.4.1 Gestützt auf die Teilgutachten der Inneren Medizin und der Neurologie sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die quantitative Arbeitsfähigkeit erstellt (AB 49.3 S. 17 Ziff. 6.1; AB 49.4 S. 13 Ziff. 6.1). Allerdings besteht aufgrund der (klinisch) leichtgradigen COPD und der Kopfschmerzen eine qualitative Einschränkung dahingehend, als der Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten und Arbeiten mit Exposition zu Dämpfen, Gasen oder Staub vermeiden sollte bzw. auf eine stress- und reizarme Ar-

beitsumgebung angewiesen ist (AB 49.3 S. 21 Ziff. 8.2.1, AB 49.4 S. 16 Ziff. 8.2.1); Gegenteiliges wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht vorgebracht (vgl. Beschwerde, S. 4 ff. Ziff. 2.2).

Die ophthalmologischerseits attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bezieht sich - wie auch der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ zutreffend ausgeführt hat (AB 70 S. 3) - lediglich auf die angestammte Tätigkeit als In einer auch der Sehbehinderung angepassten Tätigkeit besteht diesbezüglich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 49.1 S. 15 Ziff. 4.7, AB 49.5 S. 15 Ziff. 7.4 und 8.1.3). Etwas anderes wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht (vgl. Beschwerde, S. 8 Ziff. 2.2 lit. d).

In rheumatologischer Hinsicht zeigte der Gutachter - unter Darlegung der Anamnese, der rheumatologischen Untersuchungsbefunde und der Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung (AB 49.6 S. 7 bis 14 Ziff. 3 bis 4.3) - in ausführlicher und nachvollziehbarer Weise auf, dass der Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer Frozen Shoulder links leidet (AB 49.6 S. 15 Ziff. 6.1) und in einer angepassten Tätigkeit - aus rheumatologischer resp. interdisziplinärer Sicht - eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 30 % infolge eines langsameren Arbeitstempos und einer rascheren schmerzbedingten Ermüdbarkeit besteht (vgl. AB 49.1 S. 15 f. Ziff. 4.7 und 4.9, AB 49.6 S. 21 Ziff. 8.2.2 f.). Hierbei berücksichtigte der Experte - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 8 Ziff. 2.2 lit. c) - das hauptsächlich den lumbalen Bereich betreffende Schmerzsyndrom bzw. die diesbezügliche Einschränkung der lumbalen Belastbarkeit und definierte entsprechend ein differenziertes und ausführliches Zumutbarkeitsprofil (AB 49.6 S. 21 Ziff. 8.2.1 bis 8.2.3). Er wies darauf hin, dass die chronischen Rückenschmerzen lumbal, teilweise thorakal sowie zervikozephal aus rheumatologischer Sicht nicht gänzlich nachvollzogen werden könnten und die lumbale Belastbarkeit bei muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung auftrainierbar sei (AB 49.6 S. 18 f. Ziff. 7.3 f.). Anderslautende Arztberichte oder medizinische Behandlungen mit Bezug auf das Rückenleiden sind nicht aktenkundig.

Daran vermag der Bericht von Dr. med. J. _____ vom 17. November 2019 (AB 24 S. 3 bis 10) nichts zu ändern. Er enthält keine wesentlichen neuen Aspekte, welche von den Gutachtern der MEDAS nicht berücksichtigt worden wären. Ferner äussert er sich weder zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit in der bisherigen noch in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. AB 24 S. 7 Ziff. 4.1 f.).

4.4.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (AB 49.7) schloss der psychiatrische Gutachter auf keine psychischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 49.7 S. 24 Ziff. 6.1 f.) und verneinte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise (AB 49.7 S. 31 Ziff. 8.1 f.).

Die Berichte des Zentrums I. _____ vom Mai 2019, 11. Februar 2021 und 21. September 2021 (AB 9 S. 1 bis 4, AB 59 S. 2 f., AB 76 S. 3 f.) vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens (AB 49.7) nicht zu erschüttern. Zunächst enthalten sie - wie der federführende Gutachter der MEDAS in der Stellungnahme vom 7. Mai 2021 (AB 67 S. 1 f.) und der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ in den Stellungnahmen vom 7. Juni 2021 und 6. Oktober 2021 (AB 71 S. 4, AB 79 S. 3) zutreffend ausgeführt haben - keine wesentlich neuen Aspekte oder Elemente, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Bezüglich der von den Behandlern gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 9 S. 3 Ziff. 7.2), zeigte der psychiatrische Experte einleuchtend auf, dass - und weshalb - die entsprechenden diagnostischen Kriterien (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169ff.) nicht (mehr) erfüllt sind bzw. von einer Dysthymie (ICD-10 F34.1; vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 183 f.) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (AB 49.7 S. 25 Ziff. 6.3). So ergab der klinische Befund keine für eine depressive Symptomatik typischen Symptome. Es lag weder eine Unaufmerksamkeit noch eine Ablenkbarkeit vor. Die Affektivität zeigte sich stabil und die Schwingungsfähigkeit war erhalten. Die Willensbildung zeigte keine Beeinträchtigung und der Antrieb war nicht reduziert. Der Beschwerdefüh-

rer zeigte sich bloss in einer etwas dysthymen Herabgestimmtheit und bedrückt (AB 49.7 S. 21 f. Ziff. 4.3.1). Auch testpsychiatrisch (HAMD 17 [Hamilton Rating Scale for Depression]) ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik bzw. einer über die Dysthymie hinausgehenden Befindlichkeitsstörung (AB 49.7 S. 23 Ziff. 4.3.2.3, AB 49.7 S. 25 Ziff. 6.3). Davon abgesehen ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein kann. Eine - hier nicht gegebene - leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten liesse sich ohnehin nicht als schwere psychische Krankheit definieren (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55). Sodann verneinte der psychiatrische Experte die Diagnose einer PTBS überzeugend unter Hinweis auf die fehlenden Symptome, die diesbezüglichen vagen Angaben des Beschwerdeführers und die im Verlaufe der Zeit bzw. mit der Behandlung eingetretene Besserung. Ferner erklärte der Beschwerdeführer selbst, dass die Symptomatik "früher" ausgeprägter gewesen sei, sich zwischenzeitlich gebessert und nun wieder verschlimmert habe; letzteres konnte der Gutachter jedoch nicht feststellen (AB 49.7 S. 25 f. Ziff. 6.3). Gegen das Vorliegen einer PTBS oder überhaupt einer beeinträchtigenden schweren psychischen Störung spricht zudem die niedrige Behandlungsaktivität. Der Beschwerdeführer sucht gemäss eigenen Angaben seinen Hausarzt bei Bedarf und seinen Psychiater alle drei bis vier Wochen auf; aktuell werden aber weder eine psychotherapeutische Behandlung noch eine Physiotherapie oder eine Schmerztherapie durchgeführt (AB 49.7 S. 19 Ziff. 3.2.14). Diese geringe Behandlungsaktivität wertete der Gutachter einleuchtend als Inkonsistenz bzw. teilweise bewusstes aggravatorisches Verhalten (AB 49.7 S. 27 Ziff. 6.3, AB 67 S. 2). Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte - wie hier - lege artis vorgegangen ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Januar 2021, 8C_720/2020, E. 4.2).

Sodann vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung bzw. der chronischen Schmerzstörung (vgl. AB 58 S. 4 Ziff. 1.1 lit. c; vgl. Beschwerde, S. 8 Ziff. 2.2 lit. c) am Ergebnis nichts zu ändern. Der psychiatrische Experte nahm in ausführlicher und nachvollziehbarer Weise Stellung zur früher gestellten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung und begründete einlässlich, weshalb eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum aktuell nicht bestätigt werden kann. So fehlten insbesondere eine ständige Beschäftigung mit einem andauernden Schmerz, ein in diesem Zusammenhang bestehender (unbewusster) intrapsychischer Konflikt und auch - wie bereits dargelegt - eine hohe Behandlungsaktivität (AB 49.7 S. 24 f. Ziff. 6.3, AB 49.7 S. 27 Ziff. 6.3; vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 224). Die vom Beschwerdeführer beklagte körperliche Symptomatik qualifizierte der Experte nachvollziehbar als nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10 F59) im Sinne einer Schmerzproblematik, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (vgl. AB 49.7 S. 24 Ziff. 6.2, AB 67 S. 2). Hierbei wies er insbesondere auf die invaliditätsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren (AB 49.7 S. 24 f. Ziff. 6.3; vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2), die als Krankenrollenverhalten zu beschreibende Haltung des Beschwerdeführers sowie die mindestens teilweise bewussten aggravatorischen Anteile (geringe Behandlungsaktivität, zu hinterfragendes Tagesprofil, selbständiges Fahren eines Personenwagens) und damit verbunden auf die geringe Veränderungsbereitschaft hin (AB 49.7 S. 27 Ziff. 6.3).

Anhaltspunkte, dass weitere abklärungsbedürftige bzw. psychische Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, sind weder ersichtlich noch werden solche vom Beschwerdeführer überzeugend aufgezeigt. Damit erübrigen sich in antizipierter 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) die eventualiter beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. I.3).

Fehlt es - wie vorliegend - an einer aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit, bedarf es grundsätzlich nicht dem Vorgehen

nach dem strukturierten Beweisverfahren (vgl. E. 3.1.2 hiervor) und einer Indikatorenprüfung (vgl. Beschwerde, S. 7 Ziff. 2.2 lit. b unten). Dies erübrigt sich auch deshalb, da mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird. Vorliegend wird aber vom psychiatrischen Experten mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich (allenfalls) attestierte kann auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (Entscheidung des BGer vom 10. August 2021, 8C_153/2021, E. 5.4.2). Ergänzend sei immerhin erwähnt, dass sich zahlreiche Inkonsistenzen finden und eine geringe Behandlungsaktivität besteht.

5.

5.1 Ausgehend von der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 30 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 4.4 hiervor) ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

5.1.1 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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den 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 pflichtgemässen 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).

5.2 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).

Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug vom Mai 2019 (AB 8) und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG ist bei Annahme eines erfüllten Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) der hypothetische frühestmögliche Rentenbeginn auf November 2019 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.3 Da der Beschwerdeführer keine berufliche Ausbildung abgeschlossen (AB 8 S. 4 Ziff. 6.1 f.) und verschiedene Tätigkeiten ohne besondere Berufskennnisse, zuletzt eine Tätigkeit als ..., ausgeübt hat (AB 49.3 S. 10 Ziff. 3.2.6), ist beim Valideneinkommen vom Tabellenlohn bzw. vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1 der LSE, Kompetenzniveau 1, Total) auszugehen; damit wird ein breites Spektrum möglicher Stellen im Gesundheitsfall abgebildet.

5.4 Bezüglich der Berechnung des Invalideneinkommens ist vorab die Verwertbarkeit der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu prüfen (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 2.3).

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 23. November 2020 (AB 49.1 bis 49.7) ist der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (repetitive manuelle Arbeiten, keine feinmotorischen oder intellektuellen Tätigkeiten, in vorwiegend stehender Haltung, mit der Möglichkeit zu Wechselbewegungen, ohne körperferne Belastungen, kein Steigen auf Leitern und Gerüsten, keine Tätigkeiten mit einem Gefahrenpotential, mit bimanuellem Heben von Gewichten körpernah bis Bauchhöhe bis max. 15 kg bzw. körperfern bis Bauchhöhe bis max. 5 kg, bimanuelle Arbeiten resp. Arbeiten mit dem linken Arm bis Bauchhöhe) zu 100 % arbeitsfähig mit einer Leistungseinschränkung von 30 % infolge eines langsameren Arbeitstempos und einer rascheren schmerzbedingten Ermüdbarkeit (vgl. E. 4.4 hiervor). Bei diesem Belastungsprofil besteht - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 2.3) - kein Anlass zur Annahme, dass die bestehende Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verwertbar wäre. Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt - und nicht auf die effektiven Marktverhältnisse resp. konkreten Chancen auf dem aktuellen Stellenmarkt - zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten rechtssprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt hält einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten bereit und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen

und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Zwar ist der Beschwerdeführer in qualitativer Hinsicht nicht unwesentlich in seiner Restarbeitsfähigkeit eingeschränkt. Das Belastungsprofil ist jedoch nicht derart eng formuliert, dass es dem Beschwerdeführer nicht möglich wäre, diese auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Zu denken ist insbesondere an leichte Montage-, Verpackungs-, Prüf-, Sortier-, Überwachungs- und Kontrollarbeiten (vgl. Entscheid des BGer vom 25. November 2021, 8C_535/2021, E. 5.4.3). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejahte das Bundesgericht beispielsweise bei einer faktisch tauben Versicherten, die an mehreren Geburtsgebrechen und an einer Depression litt (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Januar 2015, 8C_652/2014, E. 3.2.2 ff.) oder bei einer Restarbeitsfähigkeit von 20 % mit einer Leistungsminderung von 40 % (vgl. Entscheid des BGer vom 16. November 2012, 9C_446/2012, E. 5.3). Derartig gravierende Einschränkungen liegen beim Beschwerdeführer nicht vor. Im Lichte dieser relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit stellt, ist daher vorliegend von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen.

Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer über keine berufliche Ausbildung und über schlechte Sprachkenntnisse verfügt (vgl. Beschwerde, S. 10 Ziff. 2.3). So werden für Hilfsarbeiten, wie sie für den Beschwerdeführer in Frage kommen, weder eine Berufsausbildung noch sonstige Vorkenntnisse (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 9. Juni 2021, 8C_55/2021, E. 5.2.1) oder (gute) Sprachkenntnisse vorausgesetzt (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Oktober 2018, 9C_898/2017, E. 3.4). Auch soweit sich der Beschwerdeführer auf sein Alter beruft (vgl. Beschwerde, S. 10 Ziff. 2.3), kann ihm nicht gefolgt werden. Der 1974 geborene Beschwerdeführer war im hier massgebenden Zeitpunkt, d.h. im Zeitpunkt, in welchem die medizinische Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit feststand (vgl. BGE 146 V 16 E. 7.1 S. 25, 138 V 457 E. 3.2 S. 460 und E. 3.3

S. 462; SVR 2020 IV Nr. 5 S. 20 E. 7.1 und Nr. 44 S. 156 E. 4.2) - hier am 23. November 2020 (AB 49.1 S. 1), 46 Jahre alt (vgl. 8 S. 1 Ziff. 1.3) und hatte damit noch eine neunzehnjährige Aktivitätsdauer vor sich (vgl. Art. 21 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Dies stellt nach der Rechtsprechung eine Zeitspanne dar, während welcher vom Beschwerdeführer die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erwartet werden darf (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2019, 8C_563/2019, E. 5.3).

5.5 Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.4 hiavor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund des gleichen Tabellenlohnes wie das Valideneinkommen zu ermitteln (vgl. E. 5.3 hiavor). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

Da die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits beim Anforderungs- und Belastungsprofil als limitierende Faktoren berücksichtigt wurden (vgl. E. 4.4 und 4.4.1 hiavor) und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 5.1.2 hiavor), rechtfertigt sich vorliegend kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn (vgl. Beschwerde, S. 10 Ziff. 2.3). Ein Abzug aus invaliditätsfremden Gründen (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) rechtfertigt sich zudem bereits deshalb nicht, weil hier sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen sind und die entsprechenden Aspekte bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

Demnach könnte der Beschwerdeführer bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % und einer Leistungsminderung von 30 % noch 70 % des hypothetischen Valideneinkommens (bzw. des LSE-Tabellenlohnes) erzielen, woraus sich ein rentenausschliessender IV-Grad von 30 % (100 % - 70 %) ergibt.

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 1. November 2021 (AB 81) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.

Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

7.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers im Sinne der Prozessarmut ist aufgrund der Akten ausgewiesen (vgl. Beschwerde, S. 12 Ziff. 3, und die Eingabe vom 16. Februar 2022 [keine Kostengutsprache der Rechtsschutzversicherung; BB 7] sowie BB 2 und 5 f.). Des Weiteren kann der Prozess nicht als von vornherein aussichtslos im Sinne der bundesgerichtlichen Praxis bezeichnet werden (vgl. BGE 140 V 521 E. 9.1 S. 537). Schliesslich erscheint der Beizug einer Rechtsvertretung angesichts der Rechtsunkundigkeit des Beschwerdeführers sowie der tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten geboten. Demnach ist dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt zu gewähren. Da über das Gesuch nach dem Ausscheiden von Rechtsanwältin F._____ aus der Bürogemeinschaft rückwirkend beschieden und für die gesamte Zeit Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt eingesetzt wird, liegt kein Wechsel der amtlichen Rechtsvertretung vor (vgl. dazu LUCIE VON BÜREN, in HERZOG/DAUM, Kommentar zum VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 111 N. 40).

7.2 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, grundsätzlich zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist er - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) - jedoch von der Zahlungspflicht zu befreien.

7.3 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG ([Umkehrschluss]).

7.4 Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B._____.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Honorarnote vom 12. Januar 2022 macht Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 7.45 Stunden (à Fr. 220.--) bzw. ein Honorar von Fr. 1'639.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 21.90 sowie Mehrwertsteuer von

7.7 % (von Fr. 1'660.90) im Betrag von Fr. 127.90, total Fr. 1'788.80 geltend. Dies gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 1'788.80 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'490.-- (7.45 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 21.90 und Mehrwertsteuer von Fr. 116.40 (7.7 % von Fr. 1'511.90), total somit eine Entschädigung von Fr. 1'628.30, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'788.80 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird dem amtlichen Anwalt nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'628.30 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

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.