

200 22 259 IV
KNB/BRO/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Dezember 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. März 2022



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2020 – nachdem ein erstes Leistungsbegehren vom März 2011 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, act. IIA] act. II 2) am 21. Juni 2012 abschlägig beschieden worden war (act. II 48) – unter Hinweis auf beidseitige Schulterverletzungen, chronische Rückenschmerzen und eine psychische Belastbarkeitsintoleranz erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 54). Nach diversen Abklärungen teilte die IVB dem Versicherten mit Mitteilung vom 13. Mai 2020 (act. II 90) mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien, weshalb der Anspruch auf eine Rente geprüft werde. Die IVB veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C._____ (MEDAS-Gutachten vom 15. November 2021; act. IIA 149.1 ff.). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 19. November 2021 (act. IIA 151) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 10 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. IIA 157) verfügte die IVB am 23. März 2022 (act. IIA 160) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 28. April 2022 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Beschwerde. Er stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 23.03.2022 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei rückwirkend mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen und neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 15. Juli 2022 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein, welche zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin ging.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. März 2022 (act. IIA 160). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 23. März 2022 (act. IIA 160), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, weshalb grundsätzlich (vgl. auch lit. c der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV]) die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) massgebend sind (vgl. Rz. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

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

2.3 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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 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).

2.5.4 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).

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).

2.7 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).

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

2.7.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Der Beschwerdeführer erlitt in den Jahren 2002, 2003 und 2019 Schultertraumata, welche jeweils operativ versorgt wurden (act. II 111.36 S. 10). Zudem beklagt er sich über langjährige Schmerzen in der BWS-Region linksbetont mit intermittierenden Schmerzattacken, welche bis in das ganze linke Bein, nach abdominal und thorakal ausstrahlten (act. II 91 S. 1).

3.2 Im Bericht des Spitals D._____ vom 12. Mai 2020 (act. II 91) legte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dar, der Verlauf sei seit Jahrzehnten geprägt durch intermittierende unklare Schmerzen der oberen und mittleren BWS-Region mit teilweiser Schmerzausstrahlung ins gesamte Bein links sowie auch nach abdominal und thorakal. Es hätten diverse Abklärungen stattgefunden mit unter anderem auch Thermoablation der Rami dorsales Th4 - Th6 links. Gemäss dem Patienten habe dies alles nicht geholfen. Er sei ziemlich verzweifelt, weil er nicht wisse, was er eigentlich habe und die Situation für ihn sehr zermürend sei. Es bestehe eine komplexe Situation mit auch chronifizierter Schmerzsituation (S. 2).

3.3 Die Ärzte des Neurozentrums des Spitals F._____ führten im Bericht vom 19. Januar 2021 (act. IIA 127 S. 2 ff.) aus, der Patient leide an chronischen Schmerzen in der BWS-Region der ganzen linken Körperseite und der Schultern. Diese liessen sich einerseits durch die lebenslange kör-

perliche Arbeit und mehrere Unfälle erklären. Zudem zeigten sich mit vegetativen Begleitsymptomen und der Schmerzausweitung Zeichen für eine zentrale Hypersensibilisierung, welche die Schmerzwahrnehmung verstärken könne. Erschwerend und aufrechterhaltend könnten auch die depressive Symptomatik und die soziale Isolation wirken. Der chronische Stress, dem der Patient durch viel Druck bereits in der Kindheit und später im Beruf sein Leben lang ausgesetzt gewesen sei, könne ein Grund für die zentrale Hypersensibilisierung sein (S. 4 f.).

3.4 Im Verlaufsbericht der Psychiatrischen Dienste des Spitals D._____ vom 30. März 2021 (act. IIA 123) stellten med. pract. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und M. Sc. H._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit Somatisierungen bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.11) sowie einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80; S. 1 Ziff. 3). Der Patient leide unter starken Rückenschmerzen, die ins linke Bein ausstrahlten. Er fühle sich wenig belastbar, sei kraft- und antriebslos, sei gereizt und habe Suizidgedanken. Im Verlauf der Behandlung der letzten Monate sei immer deutlicher geworden, wie die chronischen Schmerzen die Persönlichkeit des Patienten veränderten. Früher sei er sehr angepasst gewesen, eher ängstlich und habe sich nicht getraut, sich für sich selber einzusetzen. Heute habe er eine hohe Erwartungshaltung anderen gegenüber und fühle sich von der Gesellschaft stigmatisiert und unfair behandelt. Er sei sehr passiv, habe ein vermindertes Interesse an früheren Freizeitbeschäftigungen und sei isoliert. Seine Stimmung sei häufig dysphorisch und seine Klagen hypochondrisch. Diese Persönlichkeitsveränderung führe aktuell dazu, dass es für den Patienten schwierig sei, sich auf eine medikamentöse Behandlung einzulassen und in der psychotherapeutischen Behandlung zeige er sich deshalb wenig einsichtig, sei wenig introspektionsfähig und könne nur wenig in der Therapie mitarbeiten (S. 2 Ziff. 4). Aufgrund der beschriebenen somatischen und psychischen Störungen sei die Leistungsfähigkeit des Patienten eingeschränkt. Er fühle sich schnell unter Druck, was in jeder Tätigkeit zu Stress führe und einen Einfluss auf die somatischen Beschwerden habe. Durch seine Persönlichkeitsveränderung sei er nicht in der Lage, sich ausreichend zu erholen, was

eine Steigerung der Leistungsfähigkeit verhindere (S. 3 Ziff. 12). Die bisherige Tätigkeit sei an einem grundsätzlich stressreduzierten Arbeitsplatz in einem Pensum von 20 % bis 30 % zumutbar (S. 3 Ziff. 13).

3.5 Im MEDAS-Gutachten vom 15. November 2021 (act. IIA 149.1 ff.) stellten die Gutachter in interdisziplinärer Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA 149.1 S. 10 Ziff. 4.2):

- Rotatorenmanschetten-Rerupturen bei Status nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion beidseits, mit bilateraler Funktionseinschränkung im klinischen Befund
- Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung führten die Gutachter zudem aus, die Rotatorenmanschetten-Reruptur bei Status nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion beidseits, mit bilateraler Funktionseinschränkung im klinischen Befund bedinge eine reduzierte körperliche Belastbarkeit. Vor allem körperlich schwere Arbeiten schieden auf Dauer aus. Die leichte affektive Störung (Angst- und depressive Störung, gemischt) bedinge zudem eine reduzierte Belastbarkeit in Tätigkeiten mit hoher Stressbelastung (was jedoch in der angestammten oder in einer vergleichbaren Tätigkeit nicht vorkomme; S. 10 Ziff. 4.3). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 11 Ziff. 4.7). In körperlich leichten Arbeiten lasse sich auch rückblickend keine dauerhafte Minderung der Belastbarkeit erkennen (S. 13 Ziff. 4.8). Die Einschätzung einer weitgehend erloschenen Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht untermauern (S. 15 Ziff. 4.8).

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geklagten von linksthorakal ausgehenden linksseitigen Ganzkörperbeschwerden führte der orthopädische Gutachter aus, es finde sich kein erklärendes orthopädisch-klinisches oder bildmorphologisches Befundkorrelat. Darüber hinaus scheine anamnestisch eine ausreichende Selbstständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität im Alltag zu bestehen, was die Annahme einer schwerwiegenden Beeinträchtigung nicht stütze (act. IIA 149.4 S. 26 Ziff. 7.3).

Der psychiatrische Gutachter hielt in Bezug auf die angegebenen Schmerzen fest, diese seien keinen anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen zuzuordnen. Im klinischen Eindruck liege kein andauernder und quälender

Schmerz vor und es könne kein assoziierter fehlverarbeiteter seelischer und psychosozialer Konflikt exploriert werden, vor dessen Hintergrund sich die angegebenen Schmerzen hätten entwickeln können. Die Achsenkriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren scheide bei gleichzeitigem Bestehen einer affektiven Störung nach den Codierregeln der ICD-10 aus (act. IIA 149.5 S. 24 Ziff. 6).

3.6 Im Bericht vom 20. April 2022 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 21) nannte die behandelnde Psychotherapeutin die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) und legte dar, der Patient berichte authentisch von fast täglichen Rückenschmerzen, Schmerzen im Rippenbereich, teilweise ausstrahlend über die gesamte linke Seite mit Lähmungserscheinungen im linken Bein und Arm. Diese würden mehrmals wöchentlich im Rahmen von Schmerzattacken auftreten und teilweise über mehrere Tage anhalten. Hinzu kämen immer wieder Magen-Darm-Beschwerden, vor allem Verstopfungen, und Herzschmerzen, was bei ihm Angst auslöse. Er fühle sich häufig einsam, schnell unter Druck und erlebe zu wenig Unterstützung. Aufgrund des hohen Leidensdrucks und der Hilflosigkeit äussere der Patient immer wieder Suizidgedanken. Im Verlauf der Behandlung der letzten Monate sei immer wieder deutlich geworden, wie seine chronischen Schmerzen seine Persönlichkeit veränderten. Früher sei er sehr angepasst gewesen, eher ängstlich und habe sich nicht getraut, sich für sich selber einzusetzen. Heute habe er eine hohe Erwartungshaltung anderen gegenüber und fühle sich von der Gesellschaft stigmatisiert und unfair behandelt. Er sei sehr passiv, habe ein vermindertes Interesse an früheren Freizeitbeschäftigungen und sei isoliert. Diese Persönlichkeitsveränderungen führten dazu, dass es für ihn aktuell schwierig sei, sich auf eine medikamentöse Behandlung einzulassen. Im Gespräch präsentiere er sich häufig mit einer dysphorischen Stimmung und hypochondrischem Klagen. In der psychotherapeutischen Behandlung zeige sich der Patient deshalb wenig einsichtig, sei wenig introspektionsfähig und könne nur wenig in

der Therapie mitarbeiten (S. 1 Ziff. 1). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt die behandelnde Psychotherapeutin sodann fest, an einem grundsätzlich stressreduzierten Arbeitsplatz mit Berücksichtigung der körperlichen Einschränkung werde ein Pensum von 20 % bis 40 % als möglich erachtet (S. 2 Ziff. 4).

3.7 Im Bericht vom 20. April 2022 (act. I 22) führte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, er könne die Einschätzung, dass keine psychische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, nicht teilen. Eine Steigerung des Arbeitspensums (aktuell ein bis zwei Tage pro Woche als Hilfsarbeiter bei einem ...) sei nicht realistisch. Alle Versuche des Patienten einem höheren Arbeitspensum nachzugehen, habe zur Zunahme der Häufigkeit und der Intensität der Beschwerden geführt. Dabei sei weniger die körperliche, als vielmehr die Stressbelastung ausschlaggebend. Die hinlänglich bekannten Diagnosen führten im Einzelnen nicht zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Problem sei eine sehr tiefe Stresstoleranz mit Somatisierung. Welche Diagnose hierzu am besten passe, habe bislang kein Spezialist sagen können. Die Angst vor dem nächsten Schmerzereignis bestimme den Alltag des Patienten zunehmend. Während den Schmerzkrisen herrsche Todesangst.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Januar 2020 (act. II 54) eingetreten und hat in der Folge materiell über den Leistungsanspruch entschieden, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu beurteilen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 21. Juni 2012 (act. II 48) und der hier angefochtenen Verfügung vom 23. März 2022 (act. IIA 160) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.3 hier-
vor).

4.2 Der Verfügung vom 21. Juni 2012 (act. II 48) liegen das psychiatrische sowie das rheumatologische Gutachten vom 7. Februar bzw. vom 8. März 2012 zugrunde (act. II 31, 37.1). Damals – wie auch anlässlich der aktuellen Begutachtungen im Jahr 2021 (act. IIA 149.1 ff.) – standen vom Beschwerdeführer geltend gemachte Ganzkörperschmerzen im Vordergrund (von der thorakalen Wirbelsäule respektive linksseitig von thorakal ausgehend; act. II 31 S. 4, 37.1 S. 15 und S. 19; act. IIA 149.4 S. 24 Ziff. 6), welche – jedenfalls in diesem Ausmass – aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar waren (vgl. act. II 37.1 S. 25 Ziff. 2). Trotzdem bestand bereits damals aus somatischer Sicht mit Bezug auf körperlich schwere Arbeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 37.1 S. 25 Ziff. 3). Demgegenüber waren dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung Anfang 2012 aus somatischer Sicht körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten (ideal mit Wechselbelastung) ohne verminderte Leistungsfähigkeit ganztags zumutbar (act. II 37.1 S. 25 Ziff. 3 ff.). Auch anlässlich der voll beweiskräftigen (vgl. E. 5 hiernach) Begutachtung im Jahr 2021 konnte kein orthopädisch-klinisches oder bildmorphologisches Befundkorrelat für die geltend gemachten vorab linksseitigen Ganzkörperschmerzen gefunden werden (act. IIA 149.4 S. 26 Ziff. 7.3). Wenngleich die Rotatorenmanschetten-Rupturen (act. IIA 149.4 S. 24 Ziff. 6) vorübergehend zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten, war im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2021 für körperlich leichte Tätigkeiten – wie bereits im Jahr 2012 – keine dauerhafte Minderung der Belastbarkeit erkennbar (act. IIA 149.1 S. 13 Ziff. 4.8, 149.4 S. 30 Ziff. 8.2). Demnach liegen im Verfügungszeitpunkt aus somatischer Sicht keine veränderten Umstände vor, welche den Leistungsanspruch berühren.

In dem der Verfügung vom 21. Juni 2012 (act. II 48) zugrundeliegenden psychiatrischen Gutachten vom 7. Februar 2012 (act. II 31) wurde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0) gestellt. Der chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) sowie den akzentuierten (ängstlich-vermeidenden) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) wurde hingegen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 31 S. 10). Im Vergleich dazu wurde anlässlich des aktuellen psychiatrischen

Teilgutachtens mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) diagnostiziert (act. IIA 149.5 S. 21 Ziff. 6). Dabei handelt es sich bloss um eine diagnostisch andere Einordnung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Beschwerdekomples (vgl. act. II 31 S. 11 ff.; act. IIA 149.5 S. 23 ff. Ziff. 6). Da im Übrigen – wie nachfolgend (vgl. E. 5.2 hiernach) aufzuzeigen ist – die von den Behandlern diagnostizierte Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80; act. IIA 123 S. 1 Ziff. 3) vom psychiatrischen Gutachter überzeugend verworfen wurde und ausserdem aus psychiatrischer Sicht für Tätigkeiten ohne hohe Stressbelastung keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (act. IIA 149.5 S. 29 f. Ziff. 8.2), hat sich auch der psychische Gesundheitszustand nicht verändert, was auch vom psychiatrischen Experten explizit bestätigt wurde (act. IIA 149.5 S. 33 Ziff. 8.4).

4.3 Indem somit keine Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt und auch anderweitig keine Änderungen in tatsächlicher Hinsicht ausgewiesen sind, ist ein Revisionsgrund nicht erstellt und die Beschwerde abzuweisen. Doch selbst wenn – wie von der Beschwerdegegnerin angenommen – ein Revisionsgrund gegeben wäre mit der Folge, dass der Anspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen wäre (vgl. E. 2.5.4 hiervor), änderte sich am Ergebnis nichts. Wie in den nachfolgenden Erwägungen zu zeigen ist, ergäbe sich auch bei allseitiger Prüfung ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

5.

Das MEDAS-Gutachten vom 15. November 2021 (act. IIA 149.1 ff.) erfüllt die höchstrichterliche Beweisanforderung und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 2.7.1 f. hiervor), weshalb sich die eventualiter beantragten weiteren Abklärungen (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 3) auch unter Annahme eines Revisionsgrundes erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4]). Die Beurteilungen der Gutachter sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der ge-

klagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten – soweit erforderlich – in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

5.1 Im orthopädischen Teilgutachten vom 11. November 2021 (act. IIA 149.4) wurde eine Rotatorenmanschetten-Reruptur bei Status nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion beidseits mit bilateraler Funktionseinschränkung im klinischen Befund diagnostiziert. Für die beklagten von thorakal ausgehenden linksseitigen Ganzkörperschmerzen konnte der orthopädische Gutachter – wie bereits die behandelnden Ärzte (vgl. act. IIA 128 S. 3 oben) – hingegen keine hinlänglichen objektivierbaren Befunde finden (act. IIA 149.4 S. 24 Ziff. 6), was vom Beschwerdeführer denn auch nicht weiter geltend gemacht wird. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte der Experte insbesondere aus, zumindest in körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten ohne repetitive Tätigkeiten oberhalb der Armhorizontalen lasse sich eine dauerhafte Limitation der Belastbarkeit aus orthopädischer Sicht nicht ausreichend begründen (S. 31 Ziff. 8.2). Diese Einschätzung ist nicht nur in sich schlüssig, sondern stimmt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Eingabe des Beschwerdeführers vom 15. Juli 2022 S. 1 Ziff. 1) weitestgehend mit den von der Ärztin der J._____ festgestellten traumabedingten Einschränkungen überein (act. II 111.36 S. 10). Überdies fühlt sich der Beschwerdeführer gemäss seinen Schilderungen durch die Beschwerden an den Schultern nicht massgebend in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, sondern vielmehr durch die – eben nicht objektivierbaren und demnach in der orthopädischen Beurteilung nicht zu berücksichtigenden – Schmerzen im Bereich der linken Brustwirbelsäule und des Thorax mit Ausstrahlung in den linken Kopf und den linken Fuss (act. IIA 149.5 S. 16 oben).

5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. November 2021 (act. IIA 149.5) legte Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, in Übereinstimmung mit den klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 schlüssig dar, dass der Beschwerdeführer an einer

Angst- und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), leide (S. 21 Ziff. 6). Weiter überzeugt, dass bei dieser Diagnose und der beschriebenen Alltagsgestaltung mit intakter Selbstversorgung und Unterstützung der betagten Mutter (vgl. S. 18) sowie dem klinischen Eindruck für angepasste Tätigkeiten ohne Stressbelastung eine volle Arbeitsfähigkeit besteht (S. 26 f. Ziff. 7.4, 29 f. Ziff. 8.2).

Was der Beschwerdeführer gegen das psychiatrische Teilgutachten vom 11. November 2021 (act. IIA 149.5) vorbringt, verfährt nicht. Soweit er rügt, die gutachterlich gestellte Diagnose widerspreche jenen der Behandler (Beschwerde S. 12 Ziff. III/30), verkennt er, dass im Gutachten die divergierenden Einschätzungen sorgfältig diskutiert und überzeugend widerlegt wurden (act. IIA 149.5 S. 23 ff. Ziff. 6). Dabei setzte sich der Gutachter insbesondere eingehend mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander und legte überzeugend dar, dass die angegebenen Schmerzen keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen seien, wenn im klinischen Eindruck kein andauernder und quälender Schmerz vorliege und kein assoziierter fehlerverarbeiteter seelischer und psychosozialer Konflikt exploriert werden könne, vor dessen Hintergrund sich die angegebenen Schmerzen hätten entwickeln können. Gleiches gilt für den Ausschluss der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei gleichzeitigem Bestehen einer affektiven Störung (hier ängstliche und depressive Störung, gemischt; S. 24 Ziff. 6). Bestärkt wird diese gutachterliche Einschätzung im Übrigen dadurch, dass das verordnete Schmerzmittel im Blut nicht nachweisbar war (act. IIA 149.1 S. 11 Ziff. 4.6, 149.5 S. 25 oben), was gegen einen hohen Leidensdruck spricht, und dass der Beschwerdeführer gemäss dem internistischen Gutachter den Untersuchungsraum mit flüssigem Gangbild betreten habe, das An- und Auskleiden im Stehen und Sitzen eigenständig gelinge, weder ein Schonsitz noch eine Schonhaltung bestehe und der Beschwerdeführer während der 90-minütigen Begutachtung nicht schmerzgeplagt oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt habe (act. IIA 149.3 S. 18 Ziff. 4.1; ähnlich auch der psychiatrische Gutachter: act. IIA 149.5 S. 19 Ziff. 4.1). Mit anderen Worten stimmen die Angaben zur Schmerzintensität nicht mit dem klinischen Eindruck betreffend die spontane Mobilität sowie die übrige Präsentation und die Laborbefunde überein, weshalb der Gut-

achter eine chronische Schmerzbelastung ausschloss. Damit ist entgegen der Ansicht in der Beschwerde, S. 12 Ziff. 30, auch schlüssig aufgezeigt, weshalb die von den Behandlern gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) nicht überzeugt (act. IIA 149.5 S. 24 Ziff. 6). Ebenso setzte sich der Gutachter mit der von med. pract. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit Somatisierungen bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.11; act. II 70 S. 12, 82 S. 3 Ziff. 2.5) auseinander. Es überzeugt auch hier, dass bei ausreichend erhaltenen Alltagsaktivitäten (Haushaltsführung, soziale Kontakte, Teilzeittätigkeit) und geringgradiger Inanspruchnahme von Behandlungsmassnahmen eine verhältnismässig leichtgradige Symptomatik der vorhandenen Angst und Depression vorliegt, welche die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht zu rechtfertigen vermag (vgl. act. IIA 149.5 S. 23 unten; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 199 f.). Weiter spricht die Tatsache, dass die psychiatrische Begutachtung anderthalb Stunden dauerte (Beschwerde S. 8 Ziff. III/18), nicht gegen die Zuverlässigkeit des Teilgutachtens, denn für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6). Zudem konnte der Gutachter die Untersuchung in Kenntnis der Vorakten gezielt vornehmen. Der weitere Einwand des Beschwerdeführers, die grundsätzliche Therapierbarkeit eines psychischen Gesundheitsschadens sei kein Ausschlussgrund für die Bejahung einer Invalidität (Beschwerde S. 11 Ziff. III/27 ff.), ist unbehelflich, denn der Gutachter begründete die erhaltene Arbeitsfähigkeit nicht massgeblich mit der Therapierbarkeit, sondern vorab aufgrund der berichteten Alltagsselbstständigkeit, der Selbstversorgung, der Unterstützung der betagten Mutter und der Teilzeittätigkeit (act. IIA 149.5 S. 26 f. Ziff. 7.4). Diese Aspekte wurden – soweit erkennbar – von den Behandlern bei der Beurteilung und Validierung des funktionellen Leistungsvermögens ausgeklammert.

Ebenso wenig vermögen die (nach Erlass der angefochtenen Verfügung zur Untermauerung der Beschwerde erstellten) Berichte der behandelnden Psychotherapeutin und des Hausarztes vom 20. April 2022 (act. I 21 f.) den Beweiswert der gutachterlichen Einschätzung zu schmälern. Erstere ist keine Ärztin. Zudem setzte sie sich nicht mit den gutachterlichen Ausführungen auseinander und legte insbesondere nicht dar, weshalb entgegen der psychiatrischen Expertise die von ihr neu gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vorliegen soll. Aspekte, welche vom Gutachter unberücksichtigt geblieben sein sollen und eine abweichende Beurteilung aufdrängen, werden nicht aufgezeigt. Im Übrigen spricht die von ihr erwähnte geringe Behandlungsmotivation (S. 2 Ziff. 7) und das Aussetzen der psychologischen Behandlung (S. 2 Ziff. 2) gegen einen hohen Leidensdruck. Sodann verfügt der Hausarzt, Dr. med. I. _____, gemäss Medizinalberuferegister über keinen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. <<https://www.med.reg.admin.ch>>). Für die Eignung eines Arztes oder einer Ärztin, in einer bestimmten medizinischen Disziplin stichhaltige Aussagen machen zu können – bzw. Einschätzungen von Fachärzten oder Gutachtern überzeugend zu widerlegen – ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung jedoch ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel vorausgesetzt (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3). Weiter führte der Hausarzt selber aus, dass die bekannten Diagnosen im Einzelnen nicht zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten (act. I 22). In Bezug auf seine Aussage, das Problem sei in einer sehr tiefen Stresstoleranz mit Somatisierung zu sehen, wobei ihm noch kein Spezialist habe sagen können, welche Diagnose dazu am besten passe (act. I 22), ist festzuhalten, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit immer nur dann anspruchserheblich sein kann, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert wurde (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Ausserdem darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dabei handelt es sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Eingabe des Be-

schwerdeführers vom 15. Juli 2022 S. 2 Ziff. 2) nicht um eine Spekulation seitens der Beschwerdegegnerin, sondern um die höchstrichterliche Rechtsprechung. Ausserdem lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Aspekte, welche eine abweichende Beurteilung aufdrängen würden, werden im Bericht des Hausarztes nicht aufgezeigt (vgl. hierzu SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

5.3 Da schliesslich zu Recht unbestritten ist, dass im internistischen Fachgebiet keine Diagnose mit eigenständiger dauerhafter Einschränkung der Leistungsfähigkeit besteht (act. IIA 149.3 S. 24 f. Ziff. 8.1 f.), ist nach dem Dargelegten erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Arbeit ohne hohe Stressbelastung voll arbeitsfähig ist. Indem nach dem Dargelegten bei einer wie oben umschriebenen Tätigkeit in psychischer Hinsicht bereits aus rein medizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit besteht, hat – entgegen der Ansicht in der Beschwerde S. 11 f. Ziff. III/28 ff. – kein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228) respektive kann aus einer Indikatorenprüfung keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren (Entscheid des BGer vom 1. Juni 2022, 8C_804/2021, E. 4.1.4 mit Hinweisen).

6.

6.1 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).

6.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrech-

nung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

6.3 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). Aufgrund der seit 2012 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit (act. IIA 149.1 S. 11 Ziff. 4.7) und der Neuanschreibung im Januar 2020 (act. II 54) fällt der frühest mögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Juli 2020. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

6.4

6.4.1 Nach eigenen Angaben absolvierte der Beschwerdeführer von 1978 bis 1980 eine Ausbildung als ..., welche er vorzeitig abbrach (act. IIA 121.5 S. 41; Beschwerde S. 3 Ziff. III/1). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) war er in der Folge insbesondere für ...-, ...- und ... (und ...) tätig (act. II 68 S. 4 ff. i.V.m. den Einträgen gemäss Handelsregister [www.zefix.ch]). Gemäss seinen Aussagen besitzt er denn auch den Führerausweis für ... (...; act. IIA 121.5 S. 41) und hat bis ins Jahr 2007 als ... gearbeitet (Beschwerde S. 3 Ziff. III/2). Danach war er im ..., in der ...- und ... sowie als ... angestellt (act. II 68 S. 3 f.; Beschwerde S. 3 f. Ziff. 3 und Ziff. 5; act. IIA 149.3 S. 22 Ziff. 7.1).

Bei diesen Gegebenheiten ist das Valideneinkommen anhand statistischer Werte zu berechnen, wobei – wie im den Beschwerdeführer betreffenden Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 7. Mai 2021, UV/2021/219, E. 4.5.1 festgelegt – nicht die LSE 2020, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer (act. IIA 160 S. 2), sondern die LSE 2018, Tabelle TA1, Ziff. 49-52, Landverkehr, Schifffahrt, Luftfahrt, Lagerei, Kompetenzniveau 2, Männer, heranzuziehen ist. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an den Nominallohnindex sowie die betriebsübliche Wochenarbeitszeit ergibt sich diesbezüglich ein Valideneinkommen von Fr. 69'927.15

(Fr. 5'421.-- x 12 / 40 x 42.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 49: Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen, Wert 2020] / 100.4 x 101.1 [Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2020, Ziff. 49-53: Verkehr und Lagerei, Zahlen 2018 und 2020]).

6.4.2 Der Beschwerdeführer verwertet die ihm verbliebene vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. E. 5.3 hiavor) nicht, weshalb das Invalideneinkommen ebenfalls anhand statistischer Daten zu bestimmen ist. Mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 5.3 hiavor) ist von der LSE 2018, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, Total (Fr. 5'417.--) auszugehen. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an den Nominallohnindex sowie die betriebsübliche Wochenarbeitszeit, resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 68'901.70 (Fr. 5'417.-- x 12 / 40 x 41.7 [betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, Wert 2020] / 101.5 x 103.2 [Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2020, Total, Zahlen 2018 und 2020]). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte Tabellenlohnabzug von 10 % (vgl. act. IIA 160 S. 2) ist angesichts der 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 5.3 hiavor) sowie der gesamten Umstände nicht zu beanstanden. Ein höherer Tabellenlohnabzug wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht begründet geltend gemacht. Vielmehr bemängelt er diesbezüglich einzig, dass er höchstens in einem 40 % Pensum arbeiten könne (Beschwerde S. 10 Ziff. III/24). Dabei verkennt er, dass ihm gemäss dem voll beweiskräftigen Gutachten in einer leidensangepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zumutbar ist (vgl. E. 5.3 hiavor). Demnach ist ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 62'011.55 (Fr. 68'901.70 x 0.9 [Tabellenlohnabzug von 10 %]) heranzuziehen.

6.4.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet (vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) 11 % ([Fr. 69'927.15 ./ Fr. 62'011.55] / Fr. 69'927.15 x 100). Demnach hätte der Beschwerdeführer selbst unter Annahme des Vorliegens eines Revisionsgrundes (vgl. hierzu jedoch E. 4.2 f. hiavor) keinen Anspruch auf eine IV-Rente (vgl. E. 2.3 hiavor).

7.

Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 23. März 2022 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

8.

8.1 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.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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