

200 22 37 IV  
MAK/SVE/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. März 2023**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Schwitter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Dezember 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1972 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Jahr 2007 unter Hinweis auf nach einem Unfall bestehende Beeinträchtigungen an der rechten Schulter und am linken Knie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle des Kantons Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II, IIA, IIB], act. II 2; Unfall vom 17. November 2006 [vgl. act. II 6 S. 34]). Nachdem die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen getätigt hatte, sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 11. März 2009 (act. II 40) eine von 1. November 2007 bis 31. Juli 2008 befristete ganze Rente zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Dezember 2015 stellte der Versicherte neuerlich ein Leistungsgesuch mit Verweis auf eine posttraumatische Omarthrose Grad III an der rechten Schulter nach einem Unfall (act. II 52; Unfall vom 8. Dezember 2014 [vgl. act. II 59.6]). In der Folge führte die IVB wiederum erwerbliche und medizinische Erhebungen durch und sprach dem Versicherten mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 31. Juli 2019 (act. IIB 101) eine von 1. Juni 2016 bis 31. März 2017 befristete ganze Rente zu und verneinte einen Rentenanspruch ab 1. April 2017.

Im September 2019 meldete sich der Versicherte wegen gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Fuss, an der Schulter und am Kopf abermals zum Leistungsbezug an (act. IIB 103). Die IVB veranlasste daraufhin eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS D. \_\_\_\_\_ in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (Expertise vom 2. Juni 2021 [act. IIB 148] und eine Stellungnahme vom 21. September 2021 [act. IIB 157]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIB 158 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 1. Dezember 2021 (act. IIB 161) einen Rentenanspruch.

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Eidg. dipl. ..., mit Eingabe vom 17. Januar 2022 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 1. Dezember 2021 aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zu gewähren.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur weiteren fachärztlichen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung zurückzuweisen.
4. Es seien Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art mit anschliessender Neubeurteilung vorzunehmen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zzgl. Auslagen und Mehrwertsteuer.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2022 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

## **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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 1. Dezember 2021 (act. IIB 161). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch. Soweit berufliche Massnahmen beantragt werden (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 4), ist darauf nicht einzutreten, da mit der angefochtenen Verfügung einzig über den Rentenanspruch verfügt wurde (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

**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). Mit Blick auf die Neuanmeldung vom September 2019 (act. IIB 103) entsteht ein Rentenanspruch frühestens per März 2020 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG) und damit vor Geltung der besagten Änderungen des IVG. Deshalb und weil die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen

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

**2.3** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.4** Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

**2.5** 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).

## **2.6**

**2.6.1** 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). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.6.2** 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).

**2.6.3** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.6.4** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit 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).

**2.6.5** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom September 2019 (act. IIB 103) 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). Vorliegend kann sodann letztlich offenbleiben, ob zwischen der Verfügung vom 31. Juli 2019 (act. IIB 101) und der hier angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2021 (act. IIB 161) eine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, da selbst bei allseitig freier Prüfung (vgl. E. 2.6.5 hiervor) kein Anspruch auf eine IV-Rente besteht (vgl. E. 4 hiernach).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 31. Juli 2019 (act. IIB 101) im Wesentlichen auf die folgenden medizinischen Akten:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ über die Sprechstunde vom 21. Januar 2016 (act. II 58) wurde ein Status nach Schulterarthroskopie mit Débridement, Synovektomie und Biopsie-Entnahme, Mumford-Procedure (ACG-Resektion in mini open-Technik) vom 18. November 2015 bei (...) der rechten Schulter diagnostiziert. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit infolge Unfall seit dem 8. Dezember 2014.

**3.2.2** Im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 11. Juli 2016 (act. IIA 65) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, einen Status nach Bankart-Repair 2007 nach Schulterluxation 2006 mit sekundärer Omarthrose bei Ankerdislokation bei schwerer generalisierter Synovitis und Tendinopathie der Rotatorenmanschette rechts sowie eine schwere reaktive Depression mit Status nach zweifachem Suizidversuch. Das Zustandsbild des rechten Schultergelenks sei desolat, bedingt durch eine starke Schmerzsymptomatik und eine fast vollständig aufgehobene Bewegungsfähigkeit. Das Bewegungsausmass sei marginal, so dass eine fast vollständige Störung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes resultiere.

**3.2.3** In der Beurteilung vom 10. Mai 2017 (act. IIA 80.6) formulierte der SUVA-Kreisarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ folgendes Zumutbarkeitsprofil: Der Beschwerdeführer könne leichte Tätigkeiten durchführen. Das Heben und Tragen von Gegenständen über fünf Kilogramm sei nicht möglich. Arbeiten

auf Leitern und Gerüsten könnten nicht ausgeführt werden. Arbeiten über Brusthöhe seien nicht möglich. Körperfernes Hantieren mit dem Arm sei nicht möglich. Arbeiten mit schlagenden und vibrierenden Maschinen könnten nicht durchgeführt werden. Überkopfarbeiten seien nicht möglich. Bei Einhaltung dieser Ausschlusskriterien sei eine vollschichtige Einsetzbarkeit des Beschwerdeführers gegeben. Aufgrund der hohen Anforderungen an körperliche Gegebenheiten sei die Tätigkeit als ... nicht mehr möglich.

**3.3** Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2021 (act. IIB 161) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten vom 2. Juni 2021 (act. IIB 148). Die Dres. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, sowie J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (act. IIB 148.1 S. 6 ff. Ziff. 4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 f. Ziff. 4.2):

1. Cervikobrachialgie links klinisch ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik insbesondere nicht der Nervenwurzel C6 links (ICD-10 M51.2, M53.1);
2. Omarthrose rechts und periarthropathische Schulterschmerzen rechts mit Impingement beidseits;
  - Status nach Sturz von einem Dach aus neun Metern Höhe mit Schulterkontusion rechts 2001 und nachfolgender Operation anamnestisch;
  - Status nach erneutem Sturz vom Dach mit Kontusion der rechten Schulter und nachfolgender Operation 2004 anamnestisch;
  - Status nach Schulterluxation rechts (November 2006) und Status nach Bankart-Repair (Februar 2007);
  - Status nach Schulterarthroskopie rechts mit unter anderem intraartikulärem Débridement, Narbenlösung Adhäsiolyse, Tenotomie der langen Bizepssehne und Mikrofrakturierung des caudalen Glenoids am 27. Mai 2015;
  - Status nach erneuter Schulterarthroskopie rechts am 18. November 2015 mit Resektion des Acromioclaviculargelenkes rechts;
  - Status nach AC-Gelenksluxation rechts und AC-Gelenksirritation links.
3. Status nach Arthrotomie unteres Sprunggelenk links am 19. Februar 2020 mit Débridement von Ossifikationen und des Processus lateralis tali bei beginnender USG-Arthrose bei Status nach konservativ behandelter Processus lateralis tali-Fraktur links 2019;
4. Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie die folgenden auf (S. 9 f):

5. Hypästhesie und Hypalgesie im sensiblen Versorgungsgebiet der Nn. ulnaris und cutaneus antebrachii medialis links, vereinbar mit einer Läsion der Nn. ulnaris und cutaneus antebrachii medialis links (ICD-10 G56.2, G56.8);  
DD: Irritation im Bereich des unteren Plexus brachialis;
6. Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet des Nn. cutaneus surae lateralis und suralis, vereinbar mit einer Läsion der Nn. cutaneus surae lateralis und N. suralis;
  - Status nach Arthrotomie USG links am 10. Februar 2020 bei störenden Exostosen mit beginnender USG-Arthrose bei Status nach konservativ behandelter Proc. lateralis tali-Fraktur (ICD-10 G57.3, G57.8);
7. Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2);
8. Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen (ICD-10 G44.4);
9. Schwerhörigkeit links;
10. Chronische Schulterschmerzen links mit AC-Gelenkläsion und Status nach Autounfall nach Überschlagstrauma am 26. Dezember 2017;
11. Beginnende Kiefergelenksarthrose rechts und Diskopathie links;
12. Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika mit gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10 F14.20);
13. Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain mit gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10 F13.20);
14. Psychische und Verhaltensstörungen durch ärztlich verordnete Opioide mit gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10 F11.20).

In der bisherigen Tätigkeit als ... oder einer anderen vergleichbaren nicht adaptierten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 13 Ziff. 4.7). In einer ideal adaptierten Tätigkeit (leichte körperliche Tätigkeit mit Vermeidung von Überkopfarbeiten in vorwiegend sitzender Stellung, administrative und organisatorische Tätigkeiten, körperlich leichte Tätigkeiten deutlich unterhalb der Schulterhorizontalen, Tätigkeiten ohne wiederholtes Treppensteigen oder mit Besteigen von Gerüsten und Leitern) bestehe eine 30%ige Einschränkung zumindest seit Mai 2015. Im Rahmen der Unfälle und Operationen sei es jeweils zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gekommen in der Grössenordnung von jeweils etwa zwei Monaten. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 20%ige Einschränkung (S. 13 f. Ziff. 4.8). Die verschiedenen Einschränkungen seien nicht zu addieren (S. 15 Ziff. 4.9).

Im neurologischen Teilgutachten (act. IIB 148.3) führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen aus, es bestehe eine Cervikobrachialgie links, klinisch ohne Hinweise für eine cervikale radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik. Gemäss Unterlagen habe im MRI der HWS vom 15. März 2019 eine Kompression der Wurzel C6 links foraminal nachgewiesen werden können. Die heute angegebene Sensibilitätsstörung im Bereich des medialen linken Unterarms sowie der ulnarseiti-

gen Hand, dem linken Klein- und ulnarseitigen Ringfinger sei vereinbar mit einer sensiblen Ulnarisneuropathie links sowie einer sensiblen Schädigung des Nervus cutaneus antebrachii medialis links, was zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung führe. Überkopfarbeiten sowie schwere körperliche Tätigkeiten sollten vermieden werden (S. 16 Ziff. 7.2). In der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe seit März 2019 (Datum der MRI-Untersuchung der HWS und des Neurocraniums) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit (leichte körperliche Tätigkeit mit Vermeidung von Über-Kopf-Arbeiten sowie Tätigkeiten in vorwiegend sitzender Stellung, administrative und organisatorische Tätigkeiten) sei ganztags zumutbar, wobei aufgrund der Schmerzsymptomatik v.a. der linksseitigen Cervikobrachialgie seit März 2019 von einem erhöhten Pausenbedarf von 20 % auszugehen sei (S. 17 f. Ziff. 8).

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte in rheumatologischer Hinsicht (act. IIB 148.4) betreffend die funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen aus, im Vordergrund stünden die arthrogeneren und periartikulären Schulterbeschwerden. Es seien nur noch Tätigkeiten deutlich unterhalb der Schulterhorizontalen möglich. Es bestünden zudem quantitative Beeinträchtigungen, indem nur noch körperlich leichte Gewichtsbelastungen zumutbar seien. Zudem bestehe eine verminderte Gehdauer wegen den pathologischen Veränderungen am linken Rückfuss. Auch wiederholtes Treppensteigen oder Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten seien nicht mehr möglich (S. 12 Ziff. 7.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bestehe vorerst andauernd keine Arbeitsfähigkeit mehr. Aufgrund der multiplen somatisch nachvollziehbaren Beschwerden am Bewegungsapparat seien nur noch körperlich leichte Tätigkeiten deutlich unterhalb der Schulterhorizontalen zumutbar. Wiederholtes Treppensteigen oder das Besteigen von Gerüsten und Leitern sei nicht mehr möglich. Aufgrund der erheblichen Beschwerdesymptomatik mit durchaus nachvollziehbaren Beschwerden bestehe auch in einer adaptierten Tätigkeit eine gewisse Leistungseinbusse durch ein langsames Arbeitstempo respektive durch einen erhöhten Pausenbedarf. Diese Einschränkung könne nur geschätzt werden und betrage 30 %. Eine an-

dauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30 % bestehe zumindest seit Mai 2015 (S. 13 f. Ziff. 8).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIB 148.5) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, anamnestisch liessen sich die Symptome der manchmal gereizt-aggressiven und andauernd bedrückt-traurigen Stimmung, der Freudlosigkeit, der Energielosigkeit, der häufigen Müdigkeit, der Durchschlafstörungen, der Alpträume, der Vergesslichkeit, der unterschiedlichen Konzentrationsfähigkeit, des verminderten Selbstvertrauens sowie des manchmal auftretenden Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In diagnostischer Hinsicht sei von einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode auszugehen. Gegen einen ausschliesslich mittelgradigen oder gar schweren Schweregrad der Depression spreche die Tatsache, dass sich während der Untersuchung keine relevanten kognitiven Beeinträchtigungen nachweisen liessen. Der Beschwerdeführer habe einen durchwegs sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck hinterlassen. Zudem sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit als weitgehend intakt zu beurteilen. Der Beschwerdeführer berichte auch darüber, die Haushaltsarbeiten alleine zu erledigen (S. 17 f. Ziff. 6.1). Die alle zehn Tage stattfindende Behandlung könne als adäquat betrachtet werden. Unter regelmässiger Einnahme der verordneten Psychopharmaka könne mit einer weiteren Verbesserung und auch Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes gerechnet werden. Die Prognose könne als offen bis nicht ungünstig beurteilt werden (S. 23 f. Ziff. 7.2). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Es könne davon ausgegangen werden, dass von Anfang bis Mitte 2016 eine etwa 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Seit dem zweiten Austritt aus der Psychiatrie am 20. Juli 2016 lasse sich lediglich noch eine gemittelte 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Während den Hospitalisationen habe jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (S. 25 f. Ziff. 8).

In der Stellungnahme vom 21. September 2021 (act. IIB 157) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ an dieser Einschätzung fest.

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

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

Den 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).

### **3.5**

**3.5.1** Das Gutachten vom 2. Juni 2021 (act. IIB 148) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen fachärztlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung als auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in allen Teilen nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet.

**3.5.2** In psychiatrischer Hinsicht zeigte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf die zur Diagnosestellung notwendigen Kriterien einleuchtend auf, dass beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) besteht (act. IIB 148.5 S. 17 f. Ziff. 6.1). Mit Blick auf den anlässlich der Untersuchung erhobenen Befund (bedrückte Stimmung, eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit; S. 14 Ziff. 4.3) überzeugt, dass der Experte nicht von einer mittelgradigen oder schweren Depression ausging. Dies umso mehr als Dr. med. J. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung keine relevanten kognitiven Beeinträchtigungen feststellen konnte. So sei der Beschwerdeführer insgesamt sehr konzentriert und aufmerksam sowie die psychosoziale Funktionsfähigkeit als weitgehend intakt zu beurteilen gewesen (S. 18 Ziff. 6.1). Ferner setzte sich der Experte – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 ff. Ziff. 2.3) – einlässlich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander (vgl. act. IIB 148.5 S. 16 ff. Ziff. 6.1) und zeigte nachvollziehbar auf, weshalb die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte nicht gestellt werden konnte. Zwar habe sich der Beschwerdeführer gemäss Dr. med. J. \_\_\_\_\_ über eine erheblichste Schmerzintensität beklagt, andererseits hätten aber Mimik und Gestik zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung ein Schmerzerleben angedeutet bzw. sei kein anhaltender und quälender Schmerz (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 233) festzustellen gewesen (act. IIB 148.5 S. 17 Ziff. 6.1, 157 S. 4). Die behandelnden Ärzte führten denn auch keine

Aspekte auf, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Der Umstand allein, dass diese eine abweichende Meinung geäussert haben, ist nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu ziehen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Ferner legte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ verständlich und überzeugend dar, dass mangels äusserlich sichtbarer psychovegetativer Mitbeteiligung, Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz und Dissoziationen keine posttraumatische Belastungsstörung vorliege (act. IIB 148.5 S. 19 f. Ziff. 6.1; vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 207 f.). Invalidenversicherungsrechtlich massgebend ist letztlich denn auch nicht die genaue diagnostische Zuordnung, sondern die Auswirkung des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Juni 2018, 9C\_273/2018, E. 4.2).

Was schliesslich die als nicht hinreichend gerügte Dauer der Begutachtung und die Wahl der Untersuchungsmethode betrifft (Beschwerde S. 7 Ziff. 2.1), unterliegt Letztere bei psychiatrischen Expertisen praxisgemäss grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten. Dabei kommt der Dauer einer Exploration nicht allein entscheidende Bedeutung zu; massgebend sind vielmehr Inhalt und Schlüssigkeit des Gutachtens (Entscheid des BGer vom 10. September 2021, 8C\_262/2021, E. 5.1.2). So hängt der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab. Wichtigste Grundlage der gutachterlichen Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des BGer vom 8. Juli 2022, 8C\_127/2022, E. 5.2.2). Welche Untersuchungsmethoden angewendet und welche Fragen gestellt werden, liegt ebenfalls im Ermessen des Sachverständigen (Entscheid des BGer vom 23. April 2019, 8C\_8/2019, E. 5.2.1). Angesichts der sorgfältig sowie umfassend erfolgten und dargelegten Befunderhebung bestehen denn auch keine Anzeichen für eine ungenügende Untersuchung.

**3.5.3** In somatischer Hinsicht sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt: Eine Cervikobrachialgie links, klinisch ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfalls-

symptomatik insbesondere nicht der Nervenwurzel C6 links (ICD-10 M51.2, M53.1), eine Omarthrose rechts und periarthopathische Schulterschmerzen rechts mit Impingement beidseits (...) sowie ein Status nach Arthrotomie unteres Sprunggelenk links am 19. Februar 2020 mit Débridement von Ossifikationen und des Processus lateralis tali bei beginnender USG-Arthrose bei Status nach konservativ behandelter Processus lateralis tali-Fraktur links 2019 (act. IIB 148.1 S. 8 f. Ziff. 4.2). Es liegen weder medizinische Berichte im Recht, welche sich zu den entsprechenden Beurteilungen im Gutachten äussern oder diese gar in Zweifel ziehen noch beanstandet der Beschwerdeführer die befundmässigen und diagnostischen Einschätzungen im Gutachten. Vielmehr ist die gutachterliche Einschätzung zwischen den Parteien unbestritten (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 2) und überzeugt.

**3.5.4** Gestützt auf das Gutachten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist (act. IIB 148.1 S. 13 Ziff. 4.7) und in einer angepassten Tätigkeit (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil S. 13 f. Ziff. 4.8) eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % seit Mai 2015 vorliegt (S. 14 Ziff. 4.8). Dabei sind gemäss gutachterlicher Konsensbeurteilung die einzelnen Einschränkungen weder ganz noch teilweise zu addieren (S. 15 Ziff. 4.9). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, es sei zumindest eine Teiladdition vorzunehmen (Beschwerde S. 14 Ziff. 4).

Der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). Häufig besteht kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Selbst wenn sich beispielsweise neben einer aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch eine somatisch

begründbare „quantitative“ Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen lässt, kann daraus nicht ohne weiteres auf eine Erhöhung der insgesamt, aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann je nach den konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen. Ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und – gegebenenfalls – in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (SVR 2020 IV Nr. 22 S. 76 E. 4.1). Folglich sind gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Einschätzung auch vorliegend die einzelnen Einschränkungen nicht zu addieren.

Eine Indikatorenprüfung ist namentlich insofern entbehrlich, als die Beschwerdegegnerin die aus psychiatrischer Sicht attestierte Leistungseinschränkung von 20 % übernommen hat, und auch eine Indikatorenprüfung nicht dazu führen kann, dass eine grössere als die attestierte Arbeitsunfähigkeit resultiert (Entscheide des BGer vom 27. Mai 2019, 8C\_137/2019, E. 6.7, und vom 10. August 2021, 8C\_153/2021, E. 5.4.2). Überdies kommt der psychiatrisch attestierten 20%igen Arbeitsunfähigkeit auch bereits daher keine weitergehende Bedeutung zu, als bereits aus neurologischer Sicht eine 20%ige und aus rheumatologischer Sicht eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und die psychiatrische Arbeitsunfähigkeit mangels Addition darin aufgeht und damit keine darüber hinaus gehenden Einschränkungen zu begründen vermag. Insofern kann hier offenbleiben, ob der aus psychiatrischer Sicht gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % auch aus rechtlicher Sicht zu folgen ist.

Was schliesslich die Arthrotomie des linken unteren Sprunggelenks vom 19. Februar 2020 (vgl. hierzu act. IIB 122 S. 3 ff.) betrifft, dauerte die daraus resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit lediglich zwei Monate an (vgl. act. IIB 148.1 S. 14 Ziff. 4.8, 148.4 S. 15 Ziff. 8), womit sie i.S.v. Art. 88a Abs. 2 IVV nicht zu berücksichtigen ist.

Der rechtserhebliche Sachverhalt ist mithin rechtsgenügend erstellt; weiterer medizinischer Abklärungen bedarf es nicht (vgl. zur antizipierten Be-

weiswürdigung 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).

**3.5.5** Im Zeitpunkt der Verfügung vom 31. Juli 2019 (act. IIB 101) bestanden in tatsächlicher Hinsicht sowohl somatische als auch psychische Beeinträchtigungen, wobei die Beschwerdegegnerin von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit bei angepasster Tätigkeit ausging (vgl. E. 3.2 hiervor). Demgegenüber attestiert das beweismässige Gutachten vom 2. Juni 2021 (act. IIB 148) eine um 30 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei angepasster Tätigkeit, und zwar seit 2015. Ob es sich bei dieser Einschätzung um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes handelt oder eine wesentliche Veränderung vorliegt, kann mit Blick auf den frühestmöglichen Rentenbeginn von März 2020 (vgl. E. 4.3 hiernach) und da ohnehin eine allseitige Prüfung erfolgt (vgl. E. 3.1 hiervor) offenbleiben, zumal auch bei einer allseitigen Prüfung ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 4 hiernach).

#### **4.**

**4.1** 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 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). 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 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

**4.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297, 148 V 174 E. 6.2 S. 181).

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 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

**4.3** Mit Blick auf die Neuanmeldung vom September 2019 (act. IIB 103) fiele der frühestmögliche Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns auf März 2020 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen gestützt auf die LSE, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, fest. Die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers ist durch eine geringe Anzahl von Anstellungen von jeweils kurzer Dauer gekennzeichnet (act. II 55). Auch der letzten Tätigkeit als ... bei der K. \_\_\_\_\_ GmbH ging er lediglich während rund zweieinhalb Jahren nach (vgl. act. II 61.6 S. 1, 55), womit nicht von einem stabilen Arbeitsverhältnis ausgegangen werden kann und folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. zum Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt ist, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin dort tätig wäre. Folglich ist entsprechend dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin auf Tabellenlöhne abzustellen (vgl. E. 4.1 hiavor).

Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auch zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die LSE, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ab (vgl. E. 4.2 hiavor).

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin erklärte zutreffend, dass im Falle einer freien Prüfung auch hinsichtlich der Höhe eines leidensbedingten Abzugs keine Bindung betreffend die Verfügung vom 31. Juli 2019 (act. IIB 101) besteht (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 10). Der von der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren gewährte leidensbedingte Abzug von 10 %, der die bestehenden körperlichen Einschränkungen berücksichtigt, ist mit Blick auf die gesamten Umstände – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 15 Ziff. 5) – als wohlwollend zu bezeichnen. Denn einer-

seits wurde den Einschränkungen mit der um 30 % verminderten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Rahmen des gutachterlichen Zumutbarkeitsprofils bereits hinreichend Rechnung getragen, so dass diese nicht zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen wären (vgl. Entscheid des BGer vom 7. März 2014, 9C\_841/2013, E. 4.6). Zudem führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, praxisgemäss nicht ohne Weiteres zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalideneinkommens (vgl. hierzu etwa Entscheid des BGer vom 7. August 2017, 8C\_381/2017, E. 4.2.2). Weitere Abzugsgründe liegen nicht vor, da beide Vergleichseinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln sind. Damit fallen invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) als Abzugskriterien ohnehin ausser Betracht, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 20. August 2018, 8C\_736/2017, E. 4.3).

Selbst unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von höchstens 10 % könnte der Beschwerdeführer noch 63 % des Tabellenlohnes gemäss LSE erzielen ( $70\% \times 0.9$ ), woraus sich ein IV-Grad von maximal 37% ( $100\% - [70\% \times 0.9]$ ) ergibt. Mithin besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.4 hiervor).

## 5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 1. Dezember 2021 (act. IIB 161) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## 6.

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
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):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.