

200 22 465 IV
ACT/ISD/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Dezember 2022

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Juni 2022



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog mit Wirkung ab 1. April 2003 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV; Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 8/2 ff.). Im Rahmen einer im Mai 2006 eingeleiteten Rentenrevision (AB 11) hob die IVB die Rente mit Verfügung vom 19. Oktober 2010 (AB 37) auf. In Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde (vgl. AB 39/3 ff. bzw. 41/3 ff.) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 11. März 2011, IV/2010/1195, die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Verwaltung zurück (AB 52). In der Folge holte die IVB insbesondere ein bidisziplinäres Gutachten ein (AB 60.1-60.4) und hielt mit Verfügung vom 24. Juli 2012 (AB 74) an der Rentenaufhebung fest, was das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 17. Juni 2013, IV/2012/850 (AB 78), bestätigte. Das Bundesgericht (BGer) trat mit Urteil vom 30. August 2013, 9C_567/2013, auf die dagegen erhobene Beschwerde nicht ein (AB 80). Auf eine Neuanschuldung von Oktober 2013 (AB 85) trat die IVB mit Verfügung vom 27. November 2013 (AB 89) nicht ein.

Im April 2014 meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an (AB 90). Die IVB liess den Versicherten zwischen Oktober 2014 und März 2015 an mehreren Tagen observieren (vgl. AB 110), holte ein polydisziplinäres Gutachten ein (AB 136.1) und verneinte mit Verfügung vom 24. Januar 2017 (AB 146) einen Rentenanspruch. Auf die dagegen erhobene Beschwerde (AB 149/3 ff.) trat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 4. Mai 2017, IV/2017/264 (AB 153), wegen verspätet erhobener Beschwerde nicht ein.

B.

Im Dezember 2020 stellte der Beschwerdeführer ein weiteres Leistungsgesuch (AB 155). Die IVB holte unter anderem ein vom 8. Februar 2022 datierendes polydisziplinäres Gutachten ein (AB 197.1-197.8) und verneinte – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 198, 201 f., 204, 207) und diesbezüglicher gutachterlicher Stellungnahme (AB 206) – mit Verfügung vom 21. Juni 2022 (AB 208) einen Rentenanspruch.

C.

Mit Schreiben vom 15. August 2022 wandte sich der Versicherte an die IVB und verlangte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente. Diese sinngemässe Beschwerde wurde von der IVB am 16. August 2022 an das Verwaltungsgericht des Kantons Bern weitergeleitet.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. September 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2022 gab der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer Gelegenheit, sich zur neu eingereichten Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. September 2022 (AB 214) zu äussern. Der Beschwerdeführer liess sich in der Folge nicht vernehmen.

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 21. Juni 2022 (AB 208). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob seit der Verfügung vom 24. Januar 2017 (AB 146; vgl. hinten E. 3.1) ein medizinischer oder erwerblicher Revisionsgrund eingetreten ist.

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). Zwar datiert die angefochtene Verfügung (vom 21. Juni 2022 [AB 208]) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs mit Blick auf die hier zu beurtei-

lende Neuanschuldung von Dezember 2020 (AB 155) vor dem 1. Januar 2022 (vgl. hinten E. 2.4), während ein Revisionsgrund ab Januar 2022 nicht erstellt ist (vgl. hinten E. 3.7, weshalb 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 (aArt.) massgebend sind (vgl. auch Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] Rz. 9100 f.; 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).

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich 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 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.

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 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).

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

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 (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). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.5.4 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 – 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). Erfolgte nach einer

ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von Dezember 2020 (AB 155) eingetreten und hat in der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2022 (AB 208) materiell über den Rentenanspruch befunden, weshalb die Eintretensfrage (vgl. vorne E. 2.5.1 f.) gerichtlich nicht zu prüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad eingetreten ist. Hierfür ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 21. Januar 2017 (AB 146) mit demjenigen, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2022 (AB 208) entwickelt hat, zu vergleichen (vgl. E. 2.5.4 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 21. Januar 2017 (AB 146) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der B._____ (nachfolgend: Medas 1) vom 24. August 2016 (AB 136.1). Darin wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine valvuläre und hypertensive Kardiopathie sowie eine nichtstenosierende Koronarsklerose (ICD-10 I11.9), ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, leicht-mittelschwer (ICD-10 G47.31), und ein Asthma bronchiale, Dg 2001 (ICD-10 J45.0), festgehalten. Weiter wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), ein chronisches panverte-

brales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80/Z98.8), chronische Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M79.61/Z98.8), chronische Schulterbeschwerden der adominanten linken Seite (ICD-10 M79.61/Z98.8), chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8), eine Polyallergie (ICD-10 T78.4), ein Status nach Nikotinabusus bis 1990, circa 20 py (ICD-10 F17.1), und ein Status nach hepatischer und pleuropulmonaler Amöbiasis 1990 mit hepato-bronchialer Fistel nach Leberabszess (A06.4+) festgehalten (AB 136.1/37 f.).

Zusammenfassend gelangten die Gutachter zum Schluss, für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Allergenbelastung bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar (AB 136.1/38 f.)

3.3

3.3.1 Im Nachgang zur Neuanschuldung von Dezember 2020 (AB 155) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine erneute polydisziplinäre Begutachtung. Im Gutachten des C. _____ (nachfolgend: Medas 2) vom 8. Februar 2022 (AB 197.1 [Konsensbeurteilung], 197.2-197.8) diagnostizierten die Dres. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Tropen- und Reisemedizin, E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Eingefässerkrankung, ein chronisches zervikovertebrogenes Syndrom mit leichter Bewegungseinschränkung ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, ein chronisches Schultersyndrom beidseits mit freier Beweglichkeit und Insertionstendinose am medialen Scapulawinkel sowie eine Dysthymie (ICD-10 F34.1). Aufgrund der koronaren Herzkrankheit liege seit September 2020 eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit unter Betablockade (55 %) vor. Aus den orthopädischen Diagnosen habe sich keine spezifische Schulterproblematik beidseits, speziell kein Hinweis auf eine Rotatorenmanschettenerkrankung wesentlicher Art, herausarbeiten lassen. Die zervikale Funktion könne als gut bewertet werden. Die Halswirbelsäule und die Schultern sei-

en jedoch bei vorangegangenen operativen Versorgungen für die letzte Tätigkeit nicht ausreichend belastbar. Bei der auf dem psychiatrischen Gebiet diagnostizierten Dysthymie handle es sich um eine chronisch-depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfülle. Der Versicherte falle objektiv vor allem durch eine äusserst negativistische Lebenseinstellung auf. Er trage subjektive Beschwerden von Konzentrationsproblemen, Erschöpfung und Müdigkeit vor, wobei das Ausmass dieser Beschwerden die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung nicht erfüllten. Es bestünden Einschränkungen im Antrieb, eine gewisse Freudlosigkeit, Einschränkungen der Konzentration aufgrund des nicht erholsamen Schlafes und das Selbstvertrauen sei vermindert. Subjektiv für den Beschwerdeführer selbst am meisten beeinträchtigend sei der Libidoverlust bzw. die Impotenz. Diese habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, die der Versicherte angebe, könne mit krankheitsbedingten Symptomen nicht erklärt werden (AB 197.1/7 f.).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein Asthma bronchiale, migräniforme Kopfschmerzen, eine Induratio penis plastica mit Deviation nach dorsal rechts, eine erektile Dysfunktion, einen Status nach Eradikationstherapie bei Helicobacter-Gastritis, einen Status nach Inguinalhernienoperation, einen Status nach Immunotherapie bei Polyallergie, einen Status nach schwerer hepatischer und pleuropulmonaler Amöbiasis 1990, einen Status nach Nikotinabusus (Stopp 1990), eine leichte bis mittelschwere obstruktive Schlafapnoe (ED 09/2013; unbehandelt), chronische Gonalgien beidseits unspezifischer Art ohne Funktionseinschränkung, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne funktionelle Einschränkung, eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik und eine Fussinsuffizienz beidseits mit submalleolärer Schmerzhaftigkeit links bei Pes valgus beidseits. Aus orthopädischer Sicht hätten weder an den Kniegelenken, noch an der Lendenwirbelsäule noch an den Füßen eine wesentliche Funktionsstörung objektiviert werden können (AB 197.1/8 f.).

Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aufgrund der koronaren Herzkrankheit seien schwere und mittelschwere Arbeiten nicht möglich. Aus orthopädischer Sicht könnten keine schweren und regelmässig mittelschweren Tätigkeiten durchgeführt werden. Konkret könnten keine Tätigkeiten über Schulterhöhe, welche mit beiden Armen durchgeführt werden müssten, geleistet werden und eine Belastung des rechten Armes über 10 kg sei nicht möglich. Aufgrund der wechselhaften depressiven Symptomatik mit einer temporären Antriebsstörung, Konzentrationsstörungen und auch mit dem Einfluss der Schmerzproblematik seien die Durchhaltefähigkeit und das Arbeitstempo vermindert. Aufgrund der subjektiv angegebenen Konzentrationsstörungen bestehe eine erhöhte Fehleranfälligkeit, ein erhöhter Zeitbedarf für gewisse Aufgaben und für intellektuell anspruchsvollere Arbeiten, die ein hohes Mass an Konzentration benötigten, sei der Beschwerdeführer nicht geeignet. Die Teilarbeitsunfähigkeiten seien partiell überlappend (AB 197/10 f.).

Der Beschwerdeführer habe keine abgeschlossene Ausbildung. Seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1990 habe er nur selten und wenig gearbeitet, meist als Hilfskraft in ..., teilweise als ... oder im In einer solchen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gelte mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits seit dem Jahr 2014, als der Beschwerdeführer an der Halswirbelsäule operiert worden sei. Durch die koronare Einasterkrankung im Jahr 2000 (recte: 2020 [vgl. AB 197.1/12 Ziff. 4.9.1 f., 197.5/3 f. Ziff. 6 und 8.1]) habe sich die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht zusätzlich wesentlich verschlechtert. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne eine leichte bis selten knapp mittelschwere wechselbelastende Arbeit ohne regelmässiges Arbeiten über Schulterhöhe und Arbeiten im Knien und Kauern respektive in Zwangshaltungen und ohne repetitives Tragen von Gewichten über 10 kg ausführen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe die Einschränkung der Leistungsfähigkeit unverändert seit dem Medas 1-Gutachten. Der Zustand des Beschwerdeführers sei aus psychiatrischer Sicht unter Ausschluss von nicht-medizinischen Faktoren seit jener Begutachtung unverändert (AB 197.1/11).

Weiter hielten die Gutachter fest, aus orthopädischer Sicht hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich verändert. Neu dazu gekommen seien die kardialen Einschränkungen. Diese Veränderungen bestünden seit September 2020. Durch die koronare Einasterkrankung habe sich die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht wesentlich verschlechtert. Sie sei mit hoher Wahrscheinlichkeit schon ab 2014 nicht mehr möglich gewesen. In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich zusätzlich eine globale Leistungseinschränkung bezüglich schwerer und mittelschwerer Arbeit (AB 197.1/12 Ziff. 4.9).

3.3.2 In der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 3. Mai 2022 (AB 206) hielten die Gutachter unter Bezugnahme auf die im Vorbescheidverfahren eingegangenen Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H._____, gemäss eigenen Angaben Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (im amtlichen Register des Bundesamtes für Gesundheit [BAG; www.medregom.admin.ch] ohne fachärztliche Zusatzausbildung aufgeführt), vom 18. März 2022 (AB 202/2) und des behandelnden Kardiologen, Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, vom 8. März 2022 (AB 204/5 f.), fest, kardiologisch sei bei einer unklaren Ergometrie mit guter Leistungsfähigkeit zum Ischiämieausschluss eine erneute Stressechokardiographie vorgeschlagen worden. Diese und eine allfällige Ischiämietherapie seien abzuwarten, bevor allenfalls erneut Stellung genommen werden könne bezüglich des Belastungsprofils in einer angepassten Tätigkeit. Auf jeden Fall möglich wären ausschliesslich körperlich leichte Arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters keine neuen Erkenntnisse. Letzterer erwähne im Bericht selbst, dass die von ihm gestellte Diagnose seit langer Zeit bestehe. Auch aus den früheren Berichten des behandelnden Psychiaters, bei dem der Beschwerdeführer seit 2003 in Behandlung sei, lasse sich keine Verschlechterung des psychischen Zustandes seit 2016 ableiten.

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den 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 der Medas 2 vom 8. Februar 2022 (AB 197.1) einschliesslich der Teilgutachten (AB 197.3-197.6) sowie die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 3. Mai 2022 (AB 206) erfüllen die vorerwähnten Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige versicherungsexterne medizinische Expertise und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.4 hiavor). Die gutachterlichen Feststellungen und Ausführungen beruhen auf umfassenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis bzw. Würdigung der Vorakten sowie der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf sowie die durchgeführte Zusatzdiagnostik (vgl. dazu AB 197.1/2, 197.4/7 und 9, 197.7) legten die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und begründeten die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Das Gutachten äussert sich zudem zur vorliegend massgeblichen Frage der revisionsbegründenden Veränderungen des medizinischen Sachverhaltes (vgl. AB 197.1/11 f.) und die Ergebnisse der einzelnen fachärztlichen Untersuchungen fanden Eingang in die umfassende interdisziplinäre Konsensbeurteilung (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224).

Das Gutachten ist sodann in sich widerspruchsfrei, schlüssig und überzeugend.

3.5.2 Die übrigen medizinischen Akten, namentlich die Beurteilungen der behandelnden Ärzte Dres. med. H._____ (AB 202/2) und I._____ (AB 204/5 ff.) – wozu sich die Gutachter ausdrücklich äusserten (vgl. AB 206) – sind demgegenüber nicht geeignet, Zweifel am Gutachten der Medas 2 zu wecken. So enthält das aktuelle Arzzeugnis von Dr. med. H._____ (AB 202/2) letztlich dieselbe Einschätzung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit wie in etlichen früheren Arztberichten seit März 2004 (AB 7, 18, 41/20, 75/14, 96/11, 115, 158/2, 176), welche den Gutachtern bekannt war. Demgegenüber vermochte der behandelnde Psychiater – wie auch in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme aufgezeigt (AB 206) – keine wichtigen neuen Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

Auch aus dem Bericht des behandelnden Kardiologen, Dr. med. I._____, vom 8. März 2022 (AB 204/5 ff.) ergeben sich keine massgebenden neuen Aspekte. Die vom behandelnden Kardiologen vorgeschlagenen weiteren Abklärungen brauchen hier zudem nicht abgewartet zu werden. Denn gemäss der überzeugenden Beurteilung der Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme vom 3. Mai 2022 (AB 206) ist so oder anders zumindest eine körperlich leichte Tätigkeit weiterhin möglich und zumutbar. Damit übereinstimmend verneinten die Gutachter, dass sich hinsichtlich der vormals ausgeübten Tätigkeit aufgrund der kardiologischen Erkrankung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben hat, und dass schwere und mittelschwere Arbeiten nicht möglich sind (vgl. AB 197.1/12 Ziff. 4.91).

Die Gutachter verneinten sodann gestützt auf umfassende Untersuchungen eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes auf internistischem bzw. orthopädischem Fachgebiet und gingen in der Folge von einer unveränderten funktionellen Leistungsfähigkeit aus (AB 197.1/12 Ziff. 4.9.1, 197.3/11 f., 197.4/10). Den übrigen medizinischen Akten sind keine dem entgegenstehenden Anhaltspunkte zu entnehmen. Insgesamt gelangten die Gutachter damit überzeugend zum Schluss, dass es in somatischer

Hinsicht im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. vorne E. 3.1) zu keiner erheblichen Veränderung des medizinischen Sachverhaltes mit anspruch-relevanter Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. auf den Invaliditätsgrad gekommen ist (vgl. AB 197.1/11 Ziff. 4.6, 197.1/12 Ziff. 4.9).

Die psychiatrische Gutachterin, Dr. med. F. _____, legte überzeugend dar, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. vorne E. 3.1) im Wesentlichen nicht verändert hat, sondern eine seit Jahren chronifizierte Situation besteht (AB 197.6/16 f. Ziff. 8.1). Dem stehen die Berichte des behandelnden Psychiaters – wie voranstehend erwähnt – nicht entgegen. Unter diesen Umständen sowie angesichts des auch somatisch unverändert gebliebenen Gesundheitszustands erübrigt sich hinsichtlich der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit bereits deshalb die Vornahme eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 und 143 V 409 (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Oktober 2021, 8C_308/2021, E. 5.2 mit Hinweisen). Darüber hinaus könnte auch unter der Annahme eines erstellten Revisionsgrundes angesichts der attestierten hohen Arbeitsfähigkeit auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden. Denn auch im Fall, dass auf die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 % abgestellt würde, bestünde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. hinten E. 4.4).

3.6 Dem Voranstehenden zufolge bilden das Medas 2-Gutachten vom 8. Februar 2022 (AB 197.1) und die ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 3. Mai 2022 (AB 206) eine hinreichende Grundlage für die Beurteilung des anspruchrelevanten medizinischen Sachverhaltes, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen, insbesondere in kardiologischer Hinsicht (vgl. vorne E. 3.5.2), verzichtet werden kann (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).

3.7 Nach dem Dargelegten liegt im Vergleichszeitraum unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten keine massgebliche Veränderung der medizinischen Verhältnisse vor, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. vorne E. 2.5.3). Insbesondere hat die im September 2020 hinzugetretene koronare Herzkrankheit zu keiner wesentlichen Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit geführt

(AB 197.1/12 Ziff. 4.9.2; vgl. dazu vorne E. 3.5.2). Ebenso ist in erwerblicher oder sonstiger Hinsicht eine revisionsrechtlich relevante Veränderung weder ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht, sodass auch diesbezüglich kein Revisionsgrund besteht. Mangels eines ausgewiesenen Revisionsgrundes (vgl. vorne E. 2.5.3) besteht damit weiterhin kein Rentenanspruch, womit sich ein neuer Einkommensvergleich grundsätzlich erübrigt und die Beschwerde abzuweisen ist.

4.

Selbst wenn von einem Neuanmeldungsgrund ausgegangen würde, bestünde auch bei einer freien Prüfung des Rentenanspruchs – wie dies die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vornahm (vgl. AB 208) – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

4.1 Gestützt auf das Medas 2-Gutachten besteht zumindest in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässiges Arbeiten über Schulterhöhe, ohne Arbeiten im Knien und Kauern respektive in Zwangshaltungen und ohne repetiertes Tragen von Gewichten über 10 kg und mit einer psychiatrisch begründeten Einschränkung der Leistungsfähigkeit gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (AB 197.1/11 Ziff. 4.7; 206/1 unten). Unabhängig davon, ob die hauptsächlich psychiatrisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 197.1/10 f. bzw. 197.6/16 f.) mit Blick auf die normativen Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens überhaupt zu berücksichtigen ist (vgl. dazu vorne E. 3.5.2), ist selbst eine allfällig verminderte Arbeitsfähigkeit auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt offensichtlich verwertbar. Das Abstellen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss Art. 16 ATSG dient auch dazu, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer und abstrakter Begriff. Er berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage nicht, umfasst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten auch tatsächlich nicht vorhandene Stellenangebote und sieht von den fehlenden oder verringerten Chancen gesundheitlich Beeinträchtigter ab, tatsächlich eine

zumutbare und geeignete Arbeitsstelle zu finden. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält (Entscheid des BGer vom 7. Juli 2022, 8C_192/2022, E. 6.1.1 mit Hinweisen). Ebenso steht das Alter des Beschwerdeführers (Jahrgang 1968 [AB 155/1 Ziff. 1]) der Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit nicht entgegen. Andere Gründe, die gegen die Verwertbarkeit sprechen würden, sind nicht ersichtlich. Im Übrigen war die Beschwerdegegnerin angesichts des offenen gutachterlichen Belastungsprofils rechtsprechungsgemäss nicht gehalten, die dem Beschwerdeführer verbleibenden Arbeitsaussichten und Verdienstmöglichkeiten weitergehend zu konkretisieren (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin ging daher zu Recht von der Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit aus.

4.2 Die Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens hätte in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen (vgl. vorne E. 2.3). Da der Beschwerdeführer weder über eine abgeschlossene Ausbildung noch eine angestammte Tätigkeit verfügt sowie seit etlichen Jahren ohne Erwerbstätigkeit ist (vgl. AB 1.1/23 und 49 f., 155/5 f., 166, 197.1/11 Ziff. 4.6), wäre für das Valideneinkommen auf den geschlechtsspezifischen Totalwert der lohnstatistischen Werte der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) im untersten Kompetenzniveau abzustellen (vgl. BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3). Da der Beschwerdeführer die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit unbestritten nicht umsetzt, wären auch für das Invalideneinkommen die LSE-Tabellenlöhne heranzuziehen (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2) und dabei praxisgemäss auf den Totalwert des Durchschnittslohns (Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2019, 8C_534/2019, E. 5.2 mit Hinweisen) im untersten Kompetenzniveau abzustellen. Nachdem beide massgebenden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen sind, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2).

4.3 Ein Abzug vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) wäre im vorliegenden Fall – wie von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zumindest implizit vertreten (AB 208/2) ist angesichts des offen formulierten Zumutbarkeitsprofils (vgl. AB 197.1/11 Ziff. 4.7.) nicht angezeigt. Namentlich führt der Umstand, dass aufgrund des Belastungsprofils nicht mehr alle leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zumutbar sind, im Kompetenzniveau 1 nicht ohne Weiteres zu einem Abzug beim Tabellenlohn (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Juli 2020, 8C_139/2020, E. 6.3.3). Weitere Umstände, die einen Abzug zu rechtfertigen vermöchten, sind nicht ersichtlich. So lässt sich im vorliegend massgebenden untersten Kompetenzniveau 1 (vgl. vorne E. 4.2) ein Abzug vom Tabellenlohn weder aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten (vgl. statt vieler Entscheid des BGer vom 25. November 2021, 8C_627/2021, E. 7.2) noch infolge fehlender beruflicher Ausbildung (vgl. Entscheid des BGer vom 10. September 2019, 8C_314/2019, E. 6.2) begründen. Andere – ebenfalls invaliditätsfremde – Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) vermögen ebenso keinen Abzug zu begründen, da sie beim – ebenfalls statistisch erhobenen – Valideneinkommen gleichermassen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5).

4.4 Bei Gegenüberstellung der massgebenden Vergleichseinkommen würde damit – entsprechend der um 30 % reduzierten Arbeitsfähigkeit (vgl. vorne E. 3.5.2 bzw. AB 197.1/11 Ziff. 4.7) – ein rentenausschliessender (vgl. vorne E. 2.4) Invaliditätsgrad von 30 % resultieren. Der Beschwerdeführer hätte demzufolge auch im Rahmen einer freien Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2022 (AB 208) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 Ausgangsgemäss besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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