

IV 200 2024 689
SCI/TOZ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. März 2025

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. September 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 30. Januar 2008 unter Hinweis auf Rücken- und Magen-darmprobleme, psychische Probleme, einen Abszess sowie eine Akne bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen sprach die IV-Stelle Thurgau dem Versicherten mit zwei Verfügungen vom 4. April 2011 (act. II 24.36 f.) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 67 % ab dem 1. Januar 2008 eine Dreiviertelsrente und bei einem IV-Grad von 100 % ab dem 1. April 2008 eine ganze Invalidenrente zu. Für die Zeit ab dem 1. April 2010 verneinte sie bei einem IV-Grad von 30 % einen Rentenanspruch. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 24.32 S. 27 - 33) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau mit Urteil VV.2011.173/E vom 19. Oktober 2011 (act. II 24.31) insofern gut, als es die angefochtenen Verfügungen aufhob und dem Versicherten eine vom 1. Juli 2008 bis 30. Juni 2010 befristete ganze Invalidenrente zusprach. Dies wurde vom Bundesgericht (BGer) mit Urteil 8C_870/2011 vom 24. August 2012 (act. II 24.28) bestätigt.

Im März 2018 (Datum Postaufgabe am 23. April 2018) meldete sich der Versicherte unter anderem wegen eines Bandscheibenvorfalles sowie Rückenschmerzen erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 25). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 35) wies die nunmehr zuständige IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II 24.1) das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 36) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab. Eine dagegen erhobene Beschwerde (act. II 43 S. 3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil IV 200 2018 717 vom 26. Februar 2019 (act. II 53) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Am 2. Juni 2023 (Postaufgabe) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen Nierenkrebs und eine chronische Bandscheibenproblematik

abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 55). Die IVB klärte hierauf die medizinischen sowie erwerblichen Verhältnisse ab und teilte dem Versicherten am 5. April 2024 mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (act. II 102 S. 1). Nach Einholung eines Berichts des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 5. Juli 2024 (act. II 113 S. 5 f.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Juli 2024 (act. II 114) bei einem IV-Grad von 33 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 22. August 2024 (act. II 119) fest und verneinte – nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 12. September 2024 (act. II 123 S. 2) – mit Verfügung vom 20. September 2024 (act. II 127) den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. Oktober 2024 Beschwerde und beantragte eine umfassende Neubeurteilung der gesundheitlichen Situation unter Einbezug aller aktuellen medizinischen Berichte sowie eine neue Festlegung des IV-Grades.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 15., 22. und 28. Oktober 2024) reichte der Beschwerdeführer am 30. Oktober 2024 eine verbesserte (eigenhändig unterschriebene) Beschwerde ein.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. November 2024 wurde Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, C._____, AG, um Zustellung der vollständigen Krankenakten (inkl. Krankengeschichte und bei ihm vorhandene Berichte von Drittärzten) des Beschwerdeführers seit dem 1. Januar 2023 ersucht. Am 25. November 2024 gingen die entsprechenden Unterlagen (act. III, unpaginiert) beim Verwaltungsgericht ein.

Die Beschwerdegegnerin und der Beschwerdeführer reichten am 2. Dezember 2024 bzw. am 10. Dezember 2024 ihre Schlussbemerkungen ein.

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 20. September 2024 (act. II 127). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1

2.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.1.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem IV-Grad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem IV-Grad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem IV-Grad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

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.

2.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG richtet sich die Bemessung des IV-Grades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Danach wird für die Bestimmung des IV-Grades 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.

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, 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]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewis-

sern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 E. 2.1).

2.5.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 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 – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

2.5.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 2. Juni 2023 (act. II 55) 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). Ferner kann die Frage, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 36), bestätigt durch VGE IV 200 2018 717 (act. II 53), und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. September 2024 (act. II 127) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen, namentlich mit den seit dem Referenzzeitpunkt aufgetretenen Diagnosen eines Nierenzellkarzinoms rechts sowie einer Zervikobrachialgie rechts (act. II 83.3 S. 57 Ziff. 1), eingetreten ist (vgl. E. 2.5.2 f. hiervor), offen gelassen werden (vgl. E. 3.4 f. hiernach), da selbst bei einer in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitigen Prüfung (vgl. E. 2.5.4 hiervor) – wie nachfolgend dargestellt wird – kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

3.2 Den medizinischen Akten ist zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Operations- und Austrittsbericht vom 6. April 2023 (act. II 57 S. 6 f.) berichtete Dr. med. D. _____, Facharzt für Urologie, über die am 6. April 2023 durchgeführte Nierenteilresektion rechts. Als urologische Diagnose hielt er einen klarzelligen papillären Nierenzelltumor fest (act. II 57 S. 6). Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (act. II 57 S. 7).

In einem weiteren Bericht vom 9. Mai 2023 (act. II 69 S. 1 f.) führte derselbe Arzt aus, es zeige sich ein regelrechter sonografischer Befund nach Nierenteilresektion, wobei sich ein Hämatom oder Urinom nicht abgrenzen lasse. Entsprechend sei kein Zusammenhang zwischen der vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerdesymptomatik (Kaltschweissigkeit, kalte Hände, marginale Bauchschmerzen [act. I 69 S. 1]) und dem postoperativen Verlauf ersichtlich (act. II 69 S. 2).

3.2.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 30. Juni 2023 (act. II 92 S. 9 - 12) ein zervikovertebrales und

pseudoradikulär beidseits abstrahlendes Schmerzsyndrom, einen Status nach mikrochirurgischer Dekompression LWK 4/5 links sowie einen solchen nach Nephrektomie rechts bei anamnestisch bestandener Nierenzellkarzinom von Februar 2023 (act. II 92 S. 9). Bei bekannten degenerativen Veränderungen der HWS und Durchführung der Operation vor vier Jahren würden seit mehreren Monaten wieder starke Schmerzen im Bereich der HWS und der oberen BWS beklagt, wobei diese relativ unspezifisch und nicht dermatombezogen in beide Arme intermittierend ausstrahlen würden. In der klinisch neurologischen Untersuchung fänden sich keine wesentlichen Auffälligkeiten, insbesondere keine Gangataxie, keine sensomotorischen Ausfälle an den oberen und unteren Extremitäten sowie keine dermatombezogenen Sensibilitätsstörungen. Die somatosensorisch evozierten Potentiale (SSEP) des Nervus medianus hätten keine Hinweise auf eine relevante Myelopathie ergeben, was auch mit der Klinik übereinstimme, bei welcher sich keine Hinweise für eine Pathologie der langen zentralen und sensiblen Bahnen zeigten. Bei Fehlen von klaren radikulären Schmerzausstrahlungen und radikulären Ausfällen sei auf der rechten Seite die Nadelmyographie des Musculus biceps brachii (vorwiegend C6) und des Musculus extensor digitorum communis (vorwiegend C7) ebenfalls normal, ohne akut oder chronisch neurogene Veränderung, so dass auch hiermit keine Zeichen für eine relevante Radikulopathie zu finden seien. Die distale Medianusneurographie rechts sei ebenfalls normal, ohne Hinweise für ein Carpaltunnelsyndrom, so dass von der neurologischen Seite her keine relevanten Ausfälle, keine Radikulopathie und keine Myelopathie diagnostiziert werden könnten. Somit stehe die muskuloskelettale Schmerzproblematik im Vordergrund (act. II 92 S. 11).

3.2.3 Dem Bericht der F. _____ AG vom 27. Juli 2023 (act. II 83.3 S. 23 f.) sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

- Zervikobrachialgie rechts, a.e. pseudoradikulär und klinische Hinweise auf zervikale Myelopathie (JOA-Score 15/17 Punkte)
- Anschlusssegmentdegeneration C4/C5 mit relativer Spinalkanalstenose ohne Myelonkompression sowie residueller Spondylophyt C5 posterior paramedian rechts mit Myelonkompression (Snake bite-Lesion) mit/bei:

- Konsilium Neurologie (Dr. med. E. _____) vom 29.06.2023: Keine klinischen oder elektrophysiologischen Hinweise auf zervikale Myelopathie oder Radikulopathie (insb. C6/C7)
- St. n. ACIF C5/C6 und C6/C7 am 11.03.2019 mit/bei:
 - Degenerativer Diskopathie C5/C6 und C6/C7 mit verknöcherter Herniation paramedian rechts C5/C6 und Myelonimpression ohne Malazie sowie paramedian linksseitige, kranialisierte Herniation C6/C7 mit Myelonimpression und Foramenstenose (MRI HWS 01/09).
- Sistierte Wurzelclaudicatio L5 bds. mit/bei:
 - St.n. mikrochirurgischer Dekompression L4/5 links durch obere und untere Laminotomie, Flavektomie und mediale Facettotomie, mikrochirurgische Dekompression L4/5 rechts over-the-top vom 25.01.2018 mit/bei:
 - recessaler Stenosierung L4/5 bds. infolge Diskusprotrusion und vor allem Facettengelenksarthrose
- Unklarer Nierentumor rechts mit St.n. eigenanamnestisch Nephrektomie am 27.03.2023 (Spital G. _____)
- Hochgradiger V.a. Fibromyalgie (mind. 14/18 positive Tenderpoints)

Durch die systemische, antiinflammatorische/-phlogistische Stosstherapie mit NSAR und Spircort habe keine kurzzeitige oder nachhaltige Beschwerdelinderung beim Beschwerdeführer erreicht werden können. Anhand der klinischen Untersuchung bestehe der Verdacht auf ein mögliches Fibromyalgiesyndrom sowie eine Schmerzchronifizierung im Rahmen auch der psychosozialen Belastungssituation durch die beiden Tumorerkrankungen beim Beschwerdeführer selbst als auch bei dessen Ehefrau. Von einer allfälligen weiteren Intervention an der Wirbelsäule werde anhand der fachneurologischen Untersuchung sowie der nicht eindeutig klinisch klassifizierbaren Schmerzen aktuell abgesehen. Vielmehr werde eine Zuweisung an einen lokalen Schmerzspezialisten (Dr. med. H. _____, Facharzt für Anästhesiologie) empfohlen, um die chronischen Schmerzen mittels multimodaler Schmerztherapie sowie allfälligem Erlernen von Copingstrategien zu lindern. Eine weitere Nachkontrolle sei nicht vereinbart worden (act. II 83.3 S. 25).

3.2.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie, nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 24. Oktober 2023 zuhanden der Taggeldversicherung (act. II 83.2 S. 1 f.) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Nierenzellkarzinom rechts mit Status nach Nephrektomie vom 6. April 2023, eine Zervikobrachialgie rechts, am ehesten pseudoradikulär und klinische Hinweise auf zervikale Myelopathie, Anschlusssegmentdegeneration C4/C5 mit relativer Spinalkanalstenose ohne Myelonkompression sowie residueller Spondylophyt C5 posterior paramedian rechts mit Myelonkompression und eine depressive Stimmungslage bei hochgradigem Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom (act. II 83.2 S. 1 Ziff. 1).

3.2.5 Im Bericht vom 20. November 2023 (act. II 82) diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. B. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Nierenzellkarzinom rechts, eine Zervikobrachialgie rechts sowie eine sistierte Wurzelclaudicatio L5 bds.; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Depression, Angst und Erschöpfung sowie ein Minderwertigkeitsgefühl (act. II 82 S. 6 f. Ziff. 2.5 f.). Eine körperliche Tätigkeit sei unrealistisch, hingegen gehe eine nicht körperliche Arbeit gut (act. II 82 S. 9 Ziff. 4.3 - 4.5).

3.2.6 Dem Bericht des J. _____ vom 14. Februar 2024 (act. III, unpaginiert) ist als kardiologische Diagnose eine arterielle Hypertonie zu entnehmen (S. 1 des Berichts). Die Echokardiographie zeige einen strukturell normalen Herzbefund und insbesondere eine normale biventrikuläre Funktion sowie keine strukturellen Veränderungen im Sinne einer hypertensiven Kardiopathie. Die heutigen Blutdruckwerte seien normal (S. 2 des Berichts).

3.2.7 Der behandelnde Dr. med. H. _____ diagnostizierte im Bericht vom 19. März 2024 (act. II 97 S. 2 f.) rechtsbetonte Zervikalgien, differentialdiagnostisch spondylogen, eine Anschlusssegment-Problematik C4/5. Am 10. August 2023 sei eine fluoroskopisch kontrollierte Steroidinfiltration in die Gelenke C2/3 und C3/4 beidseits durchgeführt worden, wobei die Infiltration ohne Schmerzreduktion einhergegangen sei. Zur weiteren Abklärung, ob die Beschwerden somatischer Natur seien, sei am 31. August 2023 eine diagnostische Medial-Branch-Blockade unter fluoroskopischer Kontrolle der kranialen Anschlusssegmente C2/3 und C3/4 vorgenommen worden, worauf eine rund 60%ige Schmerzlinderung über zwei

bis drei Tage eingetreten sei; damit wäre der Beschwerdeführer zufrieden (act. II 97 S. 2). Der Beschwerdeführer sei aufgrund einer Nephrektomie rechts bei einem möglichen Tumor seit dem 27. März 2023 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Bezüglich der zervikalen Beschwerden habe er ihm seinerseits keine weitere Arbeitsunfähigkeit ausgestellt (act. II 97 S. 3).

3.2.8 Im Verlaufsbericht vom 3. April 2024 (act. II 100 S. 6 f.) ging der Hausarzt Dr. med. B. _____ bei unveränderten Diagnosen von einem verschlechterten Gesundheitszustand bzw. einer Verschlechterung der HWS/LWS-Problematik aus (act. II 100 S. 6 Ziff. 1 - 3). Es bestünden chronische Schmerzen der HWS und auch der LWS mit massiver Einschränkung der körperlichen sowie psychischen Gesundheit. Aufgrund der Wirbelsäulenproblematik (chronische Schmerzen), der psychischen Einschränkungen, der fehlenden körperlichen Belastbarkeit und des Status nach Tumorerkrankung sei aktuell die Arbeitsfähigkeit klar nicht gegeben. Der Arzt attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 100 S. 6 f. Ziff. 11 f.).

3.2.9 PD Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, L. _____ AG, diagnostizierte im Bericht vom 12. April 2024 (act. II 108 S. 1 f.) ein chronisch zervikales und fraglich zervikobrachialgiformes Schmerzsyndrom sowie ein chronisch lumbales Schmerzsyndrom (act. II 108 S. 1). Die grobe Kraft sei insgesamt nicht eingeschränkt, auch das Reflexmuster der oberen und unteren Extremität sei normal auslösbar. Dies bestätige insgesamt die Untersuchung von Dr. med. E. _____ vom 30. Juni 2023. Dieser habe elektrophysiologisch weder eine Radikulopathie noch eine Myelopathie nachweisen können. Rein radiologisch bestünden mehretägere schwere Degenerationen von C1 bis C7. Um das Problem adäquat anzugehen, müsste wahrscheinlich eine dorsale Spondylodese von C1 bis C7 mit dorsaler Dekompression und zusätzlich ventraler Cageimplantation C4/5 durchgeführt werden. Dies wäre ein grosser und sicherlich risikobehafteter Eingriff (act. II 108 S. 2).

Am 24. Juni 2024 kam PD Dr. med. K. _____ zum Schluss, dass eine aufwendige Revision in der L. _____ AG wahrscheinlich wenig Sinn mache; sollte der Beschwerdeführer dennoch einen erneuten Eingriff wün-

schen, werde diesbezüglich eine Überweisung an das Spital G._____ erfolgen (act. II 111 S. 2).

3.2.10 In seiner Aktenbeurteilung vom 5. Juli 2024 (act. II 113 S. 5 f.) nannte der RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen degenerative HWS-Veränderungen mit Spinalkanalstenose und Status nach Operation, degenerative LWS-Veränderungen mit Status nach Operation und eine rezidivierende depressive Störung, seit langem nicht beschwerdeführend. Der dokumentierte Verlauf sei nachvollziehbar und es fänden sich keine Inkonsistenzen. Die Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (act. II 113 S. 5). Hingegen bestehe seit dem 1. Februar 2024 in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit in wechselbelastender oder überwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 bis 15 kg eine Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsminderung von 30 %. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen der HWS und des Oberkörpers (z.B. längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend), stereotype Kopfbewegungen, Arbeiten mit sich wiederholenden Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, überwiegendes Stehen und Gehen, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen, Springen, Steigen auf Leitern und Gerüste, häufiges Treppensteigen sowie Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition (act. II 113 S. 6).

Am 12. September 2024 nahm der RAD-Arzt Dr. med. M._____ sodann zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens aufgelegten Berichten aus den Jahren 2006 und 2007 sowie Arbeitsunfähigkeitszeugnissen für den Zeitraum von März 2023 bis Oktober 2024 (act. II 119 S. 4 - 31) Stellung (act. II 123 S. 2). Er führte aus, die eingereichten Unterlagen vermöchten die RAD-Einschätzung vom 5. Juli 2024 nicht umzustossen. Dabei gelte es nochmals zu betonen, dass der RAD die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar erachte. Demzufolge sei die seit März 2023 attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht strittig. Sodann stünden psychiatrische Probleme seit vielen Jahren nicht mehr im Vordergrund. Diesbezüglich erfolge keine Behand-

lung und seien keine Diagnosen gestellt worden. Die neu vorgelegten Berichte würden keine dauerhaft zusätzlich leistungsmindernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausweisen. Die RAD-Beurteilung vom 5. Juli 2024 habe weiterhin Gültigkeit.

3.2.11 Im ärztlichen Zeugnis vom 27. September 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 1) führte Dr. med. B. _____ aus, der Beschwerdeführer leide an einer schweren Abnützung der LWS und HWS. Es bestehe eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass eine operative Intervention notwendig sein werde. Aufgrund dieser Wirbelsäulenproblematik sei jegliche körperliche Belastung aus medizinischer Sicht kontraindiziert (act. I 1 S. 1 Ziff. 1). Hinzu komme die onkologische Problematik, welche eine zusätzliche erhebliche Einschränkung der beruflichen Belastbarkeit darstelle (act. I 1 S. 1 Ziff. 2). Sodann habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert. Dieser leide an einer schweren Depression, begleitet von suizidalen Gedanken und einer ausgeprägten Antriebslosigkeit. Diesbezüglich sei eine psychiatrische Abklärung in die Wege geleitet worden. Aufgrund dieser drei Hauptprobleme – der schweren orthopädischen, onkologischen und psychischen Belastung – sei der Beschwerdeführer aktuell und voraussichtlich auch zukünftig nicht arbeitsfähig. Er bitte die IV-Stelle deshalb mit Nachdruck, den ablehnenden Entscheid zur IV-Rente zu reevaluieren und entsprechend zu korrigieren (act. I 1 S. 2 Ziff. 3).

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

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

nischen 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 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen des RAD (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2024 (act. II 127) massgeblich auf den Aktenbericht des RAD-Arzt Dr. med. M. _____ vom 5. Juli 2024 (act. II 113 S. 5 f.) und dessen Stellungnahme vom 12. September 2024 (act. II 123 S. 2)

gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor) und überzeugen. Gestützt darauf ist erstellt, dass beim Beschwerdeführer degenerative HWS-Veränderungen mit Spinalkanalstenose und Status nach Operation, degenerative LWS-Veränderungen mit Status nach Operation und eine rezidivierende depressive Störung, jedoch seit langem nicht beschwerdeführend, vorliegen (act. II 113 S. 5). Dem RAD-Arzt lagen sämtliche medizinischen Akten vor. Die gestützt darauf gestellten Diagnosen und die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen sind nachvollziehbar und überzeugend begründet und stehen im Einklang mit den Befunden und Einschätzungen der behandelnden Fachärzte. Den Berichten der behandelnden Fachärzte sind insbesondere keine Hinweise zu entnehmen, die auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung des RAD-Arztes zu wecken vermöchten. Dass der RAD-Arzt keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der umfassenden medizinischen Akten doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.3 in fine hiavor) und wären aus einer persönlichen Untersuchung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt (vgl. Beschwerde, S. 1 f.), ändert nichts.

3.4.1 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er leide unter einer Myelopathie und Reizung des Rückenmarks (act. II 119 S. 1 Ziff. 2), wurden diese Diagnosen von den behandelnden Fachärzten explizit ausgeschlossen. So zeigte Dr. med. E. _____ im Bericht vom 30. Juni 2023 unter Darlegung der durchgeführten neurologischen Untersuchungen (Neurographie, Elektromyographie, SSEP) nachvollziehbar auf, dass keine relevanten Ausfälle, keine Radikulopathie und keine Myelopathie vorliegen und die muskuloskelettale Schmerzproblematik im Vordergrund steht (act. II 92 S. 11). Diese Einschätzung bestätigte PD Dr. med. K. _____ in seinem Bericht vom 12. April 2024 (act. II 108 S. 2).

Was die degenerativen Veränderungen der LWS und HWS und die vom Beschwerdeführer basierend darauf geltend gemachte Unmöglichkeit der Ausübung einer Tätigkeit angeht (vgl. act. II 119 S. 1 Ziff. 1 und Beschwerde, S. 1), hat der RAD-Arzt Dr. med. M. _____ die durch die LWS- und

HWS-Problematik resultierenden Einschränkungen in seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung vom 5. Juli 2024 mit dem medizinischen Anforderungs- und Belastungsprofil hinreichend berücksichtigt, indem er sämtliche HWS- und LWS-belastenden Tätigkeiten, darunter auch die bisherige Tätigkeit, als nicht mehr zumutbar erachtet (act. II 113 S. 6). Diese Einschätzung lässt sich ohne Weiteres in das von den aktuell behandelnden Orthopäden der F._____ AG im Bericht vom 27. Juli 2023 (vgl. act. II 83.3 S. 23 - 25) gezeichnete Gesamtbild einfügen; Einschränkungen aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde wurden nicht formuliert und eine weitere Nachkontrolle als nicht erforderlich erachtet (vgl. act. II 83.3 S. 25). Hinsichtlich des von ihnen geäußerten Verdachts auf ein Fibromyalgiesyndrom ist anzumerken, dass es sich hierbei lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelt, was zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht ausreicht (vgl. Urteil des BGer 9C_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.2). Ferner korreliert die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des RAD auch mit der Beurteilung des Schmerzspezialisten Dr. med. H._____ vom 19. März 2024 (act. II 97 S. 3), wonach dieser dem Beschwerdeführer bezüglich der zervikalen Beschwerden keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigte.

3.4.2 Betreffend die onkologische Problematik (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. 2) ist festzuhalten, dass von Seiten des Nierenzellkarzinoms nach der erfolgreichen Nierenteilresektion im April 2023 (mit komplikationslosem postoperativem Verlauf [vgl. act. II 57 S. 6 f., 69 S. 2]) eine Tumorfreiheit (weder lokale Lymph- noch Fernmetastasen) besteht. Onkologische Berichte, welche dem widersprechen würden, liegen nicht vor. Auch der behandelnde Hausarzt Dr. med. B._____ erwähnte im Verlaufsbericht vom 3. April 2023 (act. II 100 S. 7 Ziff. 12) die Tumorerkrankung lediglich noch als "Status nach" bzw. erachtete diese in seinem Überweisungsschreiben an die Psychiatrischen Dienste N._____ vom 27. September 2024 (act. III, unpaginiert) – entgegen seinem advokatorischen Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 27. September 2024 (act. I 1) – als geheilt geltend (S. 2 des Überweisungsschreibens).

3.4.3 Zum geltend gemachten psychischen Leiden (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. 3, und act. II 119 S. 2 Ziff. 4) legte der RAD-Arzt Dr. med. M._____

in seiner Stellungnahme vom 12. September 2024 (act. II 123 S. 2) in Übereinstimmung mit den Akten nachvollziehbar dar, dass psychische Probleme seit vielen Jahren nicht mehr im Vordergrund stehen. Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Schlussbemerkungen vom 2. Dezember 2024, S. 2) ist hervorzuheben, dass bislang bzw. bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2024 (act. II 127) keine psychiatrische Behandlung stattgefunden hat; Gegenteiliges wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht vorgebracht. Daran vermag das Überweisungsschreiben des Hausarztes vom 27. September 2024 an die Psychiatrischen Dienste N._____ (act. III, unpaginiert) nichts zu ändern, erfolgte dieses doch insbesondere aufgrund von invaliditätsfremden, psychosozialen Faktoren (Verneinung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente, Existenzängste, Angst, die Schweiz verlassen zu müssen).

3.4.4 Sodann vermag das nach Erlass der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin gerichtete advokatorische Schreiben von Dr. med. B._____ vom 27. September 2024 (act. I 1) die Beurteilung des RAD-Arztes nicht in Zweifel zu ziehen. Zunächst widerspricht die Einschätzung des Hausarztes hinsichtlich der Rückenproblematik nicht nur der Beurteilung des RAD-Arztes, sondern auch den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden – wie bereits in E. 3.4.1 hiervor dargelegt – nicht hinreichend dem Gesundheitsschaden an der Wirbelsäule zuweisen konnten. Insoweit liess der Hausarzt unberücksichtigt, dass sämtliche Spezialisten einer weiteren Intervention an der Wirbelsäule ablehnend gegenüberstanden (act. II 83.3 S. 25; vgl. auch act. II 97 S. 2 f., 108 S. 2, 111 S. 2), da der wesentliche Teil der geklagten Schmerzen funktioneller Natur ist. Weiter äusserte sich der Hausarzt nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit; im Bericht vom 20. November 2023 hatte er im Zusammenhang mit Tätigkeiten im Haushalt jedoch nicht-körperliche Arbeiten für gut möglich erklärt (act. II 82 S. 9 Ziff. 4.5), was mit der vom RAD-Arzt formulierten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit resp. mit dem Anforderungs- und Belastungsprofil im Bericht vom 5. Juli 2024 übereinstimmt (act. II 113 S. 6). Soweit der Hausarzt in seinem Schreiben onkologisch und psychisch begründete Einschränkungen postulierte, ist auf das vorstehend Dargelegte zu verweisen (vgl. E. 3.4.2 f. hiervor).

3.4.5 Schliesslich bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden durch ein kardiologisches Geschehen erklärbar wären (vgl. Bericht des J. _____ vom 14. Februar 2024 [act. III, unpaginiert]).

3.5 Der medizinische Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt, weshalb es keiner weiteren Beweisvorkehrungen bedarf (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4). Mit Blick auf die Berichte der behandelnden Spezialisten, welche allesamt von keiner wesentlichen Einschränkung bzw. einer vollständigen Arbeitsfähigkeit (im angepassten Rahmen) ausgingen (vgl. E. 3.2.2 - 3.2.4, 3.2.6 f., 3.2.9 hiervor), stellt sich die Frage, ob sich die vom RAD-Arzt attestierte Leistungsminderung von 30 % bei vollzeitlicher Präsenzzeit (act. II 113 S. 6) medizinisch begründen lässt. Wie es sich damit verhält, braucht jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, da selbst unter Berücksichtigung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 30 % in einer angepassten Tätigkeit kein rentenbegründender IV-Grad resultiert (vgl. E. 4 hier-nach).

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach

statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

4.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung) sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist diesfalls, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439).

In der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung lautet Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV wie folgt: Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (AS 2023 635).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Mit Blick auf die im Juni 2023 erfolgte Neuanschreibung zum Leistungsbezug (vgl. act. II 55 S. 12) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.2 hiervor) sowie unter der Prämisse einer erfüllten Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. 2.2 hiervor) auf Dezember 2023.

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2022, Wirtschaftszweige 77 - 82 ("Sonst. wirtschaftliche Dienstleistungen"), Kompetenzniveau 1, Männer, ermittelt (vgl. act. II 127 S. 2). Dem kann nicht gefolgt werden, war doch der Beschwerdeführer nach seiner ersten und zweiten Anmeldung zum Leistungsbezug in den Jahren 2008 und 2018 (act. II 1, 25) für die Zeit ab Juli 2010 und März 2018 (act. II 24.28 S. 5 E. 2.1 i.V.m. S. 10 E. 4.2, 53 S. 11 E. 3.5) je in jeglicher Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt (act. II 55 S. 7 Ziff. 5) und trotz der medizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % offenbar keine vollschichtige Tätigkeit mehr aufgenommen hat (vgl. die im IK-Auszug aufgeführten, durchwegs tiefen Einkommen [act. II 68 S. 1, 73.1 f.]), ist das Valideneinkommen auf dem Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2022, Kompetenzniveau 1, Männer, zu berechnen. Dabei kann mit Blick auf das Ergebnis letztlich auch offen bleiben, ob zufolge des tiefen effektiven Valideneinkommens nach Art. 26 Abs. 2 IVV ein reduziertes Valideneinkommen zur Anwendung gelangen würde (sog. Parallelisierung).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer die vom RAD-Arzt attestierte medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor) nicht verwertet, ist das hypothetische Invalideneinkommen ebenfalls gestützt auf den Totalwert des Kompetenzni-

veaus 1, Männer, der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2022 zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor; vgl. zum Zumutbarkeitsprofil E. 3.2.10 hiervor).

4.2.3 Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022). Ein Abzug vom Tabellenlohn für die Zeit bis Ende 2023 ist nicht gerechtfertigt, da die vorausgesetzte Schwelle einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit für einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung; vgl. E. 4.1.2 hiervor) vorliegend nicht erreicht wird. Sodann besteht auch kein weiterer Korrekturbedarf im Sinne der bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze (vgl. dazu 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 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3; vgl. E. 4.1.2 hiervor). Die medizinisch bedingten quantitativen und qualitativen Einschränkungen wurden bereits mit der RAD-ärztlichen Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. mit dem RAD-ärztlich definierten Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt (act. II 113 S. 6; vgl. Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV) und dürfen daher nicht nochmals in die Bemessung mittels eines leidensbedingten Abzugs einfließen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2023 IV Nr. 18 S. 63, 8C_332/2022 E. 5.2.1.1). Die sich aus dem formulierten Zumutbarkeitsprofil ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne Weiteres verwertbar. Schliesslich sind die weiteren Faktoren (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) unbeachtlich, da ein Abzug bei beiden auf derselben tabellarischen Berechnungsgrundlage beruhenden Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_42/2008 vom 19. Januar 2009 E. 5). Ein Abzug vom Tabellenlohn bis Ende 2023 ist deshalb nicht vorzunehmen. Betreffend die Zeit ab dem 1. Januar 2024 resultiert auch bei Berücksichtigung des 10%igen Pauschalabzuges (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der per 1. Januar

2024 in Kraft getretenen Fassung; vgl. E. 4.1.2 hiervor) ein rentenausschliessender IV-Grad.

4.3 Dementsprechend resultiert für die Zeit ab Dezember 2023 (im besten Fall zu Gunsten des Beschwerdeführers) ein rentenausschliessender IV-Grad von 30 % (vgl. E. 2.2 hiervor) bzw. für die Zeit ab dem 1. Januar 2024 ein solcher von 37 % (100 % - [70 % x 0.9]). Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. September 2024 (act. II 127) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 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.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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