

200 20 279 IV
WIS/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. März 2021

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene, zuletzt als ... tätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich unter Hinweis auf eine Analfissur und ein Rektumkarzinom erstmals im August 2013 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen liess die IVB den Versicherten durch die B._____ GmbH (MEDAS) begutachten (psychiatrisch-gastroenterologische Expertise vom 25. Januar 2016 [act. II 82.1]). Mit Verfügung vom 7. Februar 2017 (act. II 96 S. 3 ff.) sprach die IVB dem Versicherten von 1. Mai 2014 bis 30. April 2015 eine ganze Rente zu. Darüber hinaus verneinte sie einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 4. Oktober 2018, AI/2017/257 (act. II 111), ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Nachdem der Versicherte sich im Mai 2019 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hatte (act. II 112), veranlasste die IVB eine Verlaufsbeurteilung bei der MEDAS (Expertise vom 25. November 2019 [act. II 151]). Am 6. Dezember 2019 teilte die IVB dem Versicherten mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (act. II 152) und mit Vorbescheid vom 7. Januar 2020 (act. II 153) stellte sie in Aussicht, den Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 36 % zu verneinen. Nach dagegen eingereichtem Einwand (act. II 154, 156, 158) verfügte die IVB am 13. März 2020 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 159).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. April 2020 Beschwerde und beantragte sinngemäss, in Aufhebung der Verfügung vom 13. März 2020 sei ihm eine ganze IV-Rente auszurichten.

Am 27. April 2020 reichte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein. Am 4. bzw. 9. Mai 2020 reichte er das ausgefüllte Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ sowie die Krankenversicherungspolice ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer reichte am 16. Juli 2020 und die Solothurner Spitäler AG am 24. Juli 2020 (Posteingang) weitere medizinische Unterlagen ein.

Mit Eingabe vom 31. Juli 2020 reichte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme ein und hielt an den gestellten Rechtsbegehren fest.

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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. März 2020 (act. II 159). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob zwischen der Verfügung vom 7. Februar 2017 (act. II 96 S. 3 ff.) und der vorliegend angefochtenen Verfügung eine anspruchrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen ausgewiesen 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 Der Beschwerdeführer rügt vorab sinngemäss eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem er geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe die Stellungnahme zu den Einwänden vom 17. und 24. Januar sowie 14. Februar 2020, mithin die angefochtene Verfügung, in einem für ihn nur schwer verständlichen Deutsch und „schludrig“ begründet.

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen

muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 AHV Nr. 2 S. 5 E. 4, 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.3 Die Beschwerdegegnerin gab mit der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2020 (act. II 159) klar zu erkennen, von welchen Überlegungen sie sich leiten liess, wobei sie bezüglich der Invaliditätsbemessung auf das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 4. Oktober 2018 (AI/2017/257; act. II 111) verwies. Weiter setzte sie sich mit den wesentlichen Einwänden des Beschwerdeführers auseinander. Eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung war dem Beschwerdeführer denn auch möglich, weshalb keine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht vorliegt (vgl. statt vieler: BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436 mit Hinweisen).

3.

3.1 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). 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).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287). 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).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach

Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 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.

3.4 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 (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.4.1 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.4.2 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).

3.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad 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).

3.4.4 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.5 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Mai 2019 (act. II 112) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. Februar 2017 (act. II 96

S. 3 ff.) - welche mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 4. Oktober 2018 (AI/2017/257; act. II 111) bestätigt wurde und mit welcher letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte (vgl. E. 3.4.3 hiervor) - mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 13. März 2020 (act. II 159) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.4.2 hiervor).

4.2 Die Verfügung vom 7. Februar 2017 (act. II 96 S. 3 ff.) basierte im Wesentlichen auf dem bidisziplinären MEDAS-Gutachten vom 25. Januar 2016 (act. II 82.1). Darin führten die Dres. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen auf (S. 13 Ziff. 5.1):

1. Tiefsitzendes Adenokarzinom des Rektums ypT0 ypN0 initial cT3c N1 (ICD-10 C20)
 - Status nach abdomino-perinealer Rektumamputation und Anlage einer endständigen Deszendostomie (27. November 2013)
 - Status nach Stomarevision mit lokaler Adhäsiolyse, Colonnachresektion und DynaMesh-Einlage am 12. Juni 2014
 - Status nach neoadjuvanter Radiochemotherapie von 15. Juli bis 6. September 2013
 - Status nach adjuvanter Therapie mit Xeloda von Januar bis August 2014
 - Erektile Dysfunktion und Harnblasenentleerungsstörung sekundär
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1)
 - Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3; 2012 bis 2014)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine chronische Hepatitis C (ICD-10 B18.2; Genotyp 1a; histologisch geringe Entzündung und eine geringe portale Fibrose, entsprechend METAVIR A1F1 [Biopsie 2013]; bisher keine Therapie; S. 14 Ziff. 5.2).

In der bidisziplinären Beurteilung (S. 14 f. Ziff. 6) hielten die Gutachter fest, aus gastroenterologischer Sicht sei die letzte Tätigkeit als ... nicht mehr durchführbar. Es sei eine körperlich leichte Tätigkeit möglich, bei der Pausen durchführbar sein müssten, um das Stoma zu pflegen. Daraus resultiere für angepasste Tätigkeiten aus gastroenterologischer Sicht eine Einschränkung von 10 %. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene derzeit eine leichte bis mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden. Es könne auch ein Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen zur Kenntnis genommen werden, welcher sich nun deutlich remittiert habe. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei um 30 % reduziert. Von Mai 2013 bis Dezember 2014 sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ganz aufgehoben gewesen. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht für leichte adaptierte Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 %. Das Pensum könne über sechs bis acht Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, am Arbeitsplatz Pausen einzuschalten, verlangsamt zu arbeiten oder auch stundenweise zu arbeiten. Diese Einschätzung sei ab Januar 2015 zu bestätigen. Vorangehend sei die Arbeitsfähigkeit ab Mai 2013 ganz aufgehoben gewesen.

4.3 Für die Zeit seit Erlass der Verfügung vom 7. Februar 2017 (act. II 96 S. 3 ff.) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

4.3.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in einem undatierten Bericht (Posteingang bei der Beschwerdegegnerin am 15. Mai 2019 [vgl. act. II 112 S. 1]; Datum der letzten Konsultation: 9. April 2019; act. II 112 S. 10 ff.) eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), sowie ein Betroffensein von einer Katastrophe, einem Krieg oder anderen Feindseligkeiten (ICD-10 Z65.5). Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner kritischen Meinung gegenüber dem politischen Regime in Bahrain verfolgt, gefangen genommen und gefoltert worden (S. 10). Nach seiner Ankunft in der Schweiz scheine sich der psychische Zustand zunächst mit der neu gewonnenen Sicherheit verbessert zu haben. Die Anhäufung verschiedener Begleitfaktoren habe dann die PTBS schrittweise

ausgelöst (S. 11). Der Beschwerdeführer leide unter einem wiederholten Wiedererleben traumatischer Ereignisse mit allgegenwärtigen Foltererinnerungen, Flashbacks, wiederholten Albträumen mit Todesängsten, Stürzen ins Leere und Aufprallgeräuschen. Er lebe in ständiger Angst vor einer bevorstehenden Katastrophe und in einem ständigen aussichtslosen Dauerstress, der auch im Schlaf kein Ende finde. Manchmal wache er erschrocken auf und könne stundenlang nicht wieder einschlafen. Das ganze psychische Leben bleibe auf seinen kranken Körper und den Verlust seiner Mutter fixiert, was die anderen vergangenen traumatischen Erfahrungen wachrufe (S. 12 f.). Das Revisionsgesuch seines Invalidenversicherungsdossiers habe angesichts dieser neuen Tatsachen auch einen nicht zu vernachlässigenden therapeutischen Wert, der im Sinne einer Anerkennung sein Leiden lindern und zu einer gewissen Verbesserung seines psychischen Zustands beitragen könnte. Das Szenario eines Suizids sei sehr präsent und hartnäckig, da die Nichtanerkennung seines Leidens vom Beschwerdeführer als Gipfel der Ungerechtigkeit empfunden werde. Ein Antidepressivum sei ausprobiert, aber wegen der Nebenwirkungen schnell wieder abgesetzt worden, vor allem aber auch, weil das Medikament die Erinnerung an die Folterknechte wecke, die die Gefangenen gezwungen hätten, Neuroleptika und Benzodiazepine zu nehmen, um sie zu hemmen, zu betäuben und als verrückt zu qualifizieren. Seit Beginn der PTBS sei der Beschwerdeführer zu 100 % krankgeschrieben (S. 14).

4.3.2 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Chirurgie, führte in den Berichten vom 1. Mai 2019 (act. II 112 S. 3 ff.) und 12. Juni 2019 (act. II 114 S. 2 ff.) folgende Hauptdiagnosen auf:

1. Tiefsitzendes, mässig differenziertes Adenokarzinom des Rektums ypT0 ypN0 (0/35) cM0 (initial cT3 cN1)
2. Rezidivierende Hypergranulationen am Stomarand
3. Vitamin D-Mangel
4. Erektile Dysfunktion
5. Harnblasenentleerungsstörung
6. Chronische Hepatitis C, Genotyp 1a (ED Mai 2013)
7. Status nach Hepatitis B, Anti HBc Alone-Konstellation
8. Chronische Schmerzproblematik

9. Depression

Im Bericht vom 12. Juni 2019 (act. II 114 S. 2 ff.) hielt sie sodann fest, der Untersuchungsbefund sei unverändert. Die Situation bleibe nach wie vor schwierig und die Beschwerden seien unverändert. Eine Arbeitsfähigkeit sei in dieser Situation auch weiterhin nicht gegeben (S. 6).

4.3.3 Im MEDAS-Verlaufsgutachten vom 25. November 2019 (act. II 151) führten pract. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, in der Konsensbeurteilung (act. II 151.1 S. 7 ff. Ziff. 4) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 7 f. Ziff. 4.2):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)
 - Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3; 2012 bis 2014)
2. Status nach tiefsitzendem, mässig differenziertem Adenokarzinom des Rektums ypT0 ypN0 cM0 (initial cT3 cN1)
 - Status nach medianer Laparotomie und onkochirurgischer Anlage eines Descendostomas (November 2013)
 - Rezidivfreier Verlauf, dokumentiert im Rahmen der Standard-Nachsorgeuntersuchungen bis 2019
 - Status nach neoadjuvanter Chemotherapie mit Gesamtdosis 50,4 Gy, Fluorouracil

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie einen Status nach chronischer Hepatitis C, Genotyp 1a (ED April 2013; erfolgreiche Epclusa-Therapie [Januar 2018] mit Eradikation des Hepatitis C-Virus; serologisch Status nach Hepatitis B; S. 8 Ziff. 4.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 151.2) führte pract. med. G._____ aus, im Vergleich zur letzten Begutachtung könne trotz einer fortgeführten fachpsychiatrischen ambulanten Behandlung keine Verbesserung des Zustandsbildes verzeichnet werden. Prinzipiell sei eine deutliche Verbesserung des psychischen Zustandes denkbar, es sollte die depressive Symptomatik suffizient behandelt werden (S. 8 f. Ziff. 7.2). Im Arztbericht

vom 9. April 2019 (vgl. act. II 112 S. 10 ff.) sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung benannt worden, wegen der seit ihrem Auftreten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Kriteriengeleitet werde eine posttraumatische Belastungsstörung durch ein Ereignis katastrophalen Ausmasses ausgelöst. Je nach persönlicher Prädisposition könne dies durchaus als eine schwere limitierende Erkrankung angesehen werden. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung träten nach einer gewissen Zeit Symptome wie Alpträume, Flashbacks und vegetatives Reagieren bei Wiedererinnern des auslösenden Ereignisses auf. Alle diese Symptome seien jedoch in der Vergangenheit nicht benannt worden und bestünden auch bis heute nicht, so dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und somit eine daraus resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden könnten (S. 9 Ziff. 7.3.3). Die schwere körperliche Erkrankung sei als ihn erheblich belastend einzustufen, es sei dem Beschwerdeführer bis heute nicht gelungen, sich gedanklich und in seiner Alltagsgestaltung weniger auf die damit verbundenen körperlichen Einschränkungen und mehr zukunfts- und ressourcenorientiert zu fokussieren (S. 9 f. Ziff. 7.4). Im psychopathologischen Befund habe sich der Beschwerdeführer bei der letzten Begutachtung ähnlich wie in der aktuellen Exploration gezeigt. Seit der letzten Begutachtung bis heute sei eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes zu verzeichnen im Sinne einer zunehmenden Fixierung auf die körperlichen Symptome mit erheblichen Insuffizienzgefühlen. Sei im Vorgutachten aus psychiatrischer Sicht noch eine um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit geschätzt worden, so bestehe nun eine Einschätzung von 60 % (S. 10 f. Ziff. 8.1.4). Es sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit seit der letzten Begutachtung (2015) nicht wesentlich verändert habe (S. 11 Ziff. 8.2.5).

Gemäss gastroenterologischem Teilgutachten (act. II 151.3) von Dr. med. H. _____ beobachtete man nach der operativen Entfernung des tiefsitzenden Rektumkarzinoms und der anschliessenden neoadjuvanten Radiochemotherapie einen bis dato rezidivfreien Verlauf des Rektumkarzinoms. Anlässlich der Untersuchung sei ein adäquat funktionierendes Stoma mit hygienisch einwandfreier Situation zur Darstellung gekommen. Gemessen an der Aktenlage persistierten aber die technischen Probleme im Bereich

des Stomas mit insuffizienter Stomaplatte und entsprechendem Manipulationsbedarf (S. 4 Ziff. 7.1). Es präsentiere sich gegenüber der Voruntersuchung ein stabiler Verlauf. Die technischen Probleme des Stomas seien nicht ungewöhnlich und forderten einen entsprechenden Einsatz. Mit der nötigen Gewissenhaftigkeit und Compliance dürfe davon ausgegangen werden, dass diese kompensierbar seien. Aktuell würden sich keine weiteren Massnahmen aufdrängen. Bezüglich der geltend gemachten Schmerzsymptomatik gestalte sich eine Therapieempfehlung resp. eine Interpretation der Heilungschancen sehr schwierig, da ein organisches Korrelat fehle (S. 5 Ziff. 7.2). Anlässlich der Untersuchung sei ein übertriebenes Schmerzgebaren aufgefallen, das eine massive abdominale Schmerzsymptomatik erklären solle. Diese Symptome undulierten während der gesamten Untersuchung massiv und in Situationen, in welchen der Beschwerdeführer abgelenkt gewesen sei und sich nicht beobachtet gefühlt habe, habe ein Beschwerdeführer ohne Schmerzsymptome beobachtet werden können. Insgesamt könne davon ausgegangen werden, dass hier eine deutliche Aggravation vorliege. Bezüglich der technischen Probleme am Stoma müsse gestützt auf die Aktenlage aber angenommen werden, dass diese mehrheitlich zuträfen und schlussendlich auch in die Beurteilung einfließen sollten (Ziff. 7.3.1).

In der interdisziplinären Beurteilung (act. II 151.1 S. 7 ff.) führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht beeinflusse die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom, die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der depressiv herabgesetzten Stimmungslage, der negativistischen Grundhaltung sowie der Fokussierung seiner Gedanken auf seine körperlichen Einschränkungen bestehe eine verminderte Belastbarkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... könne aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 40 % festgestellt werden. In einer adaptierten Tätigkeit, die weniger vom Umgang mit anderen Menschen geprägt sei, und mit der Möglichkeit vermehrter Pausen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aus gastroenterologischer Sicht sei die zentrale Pathologie, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränke, das Stoma bei Zustand nach operiertem Adenokarzinom des Rektums. Das Heben von Lasten über zehn Kilogramm sei nicht mehr zumutbar, da das Stoma diesen Belastungen nicht

standhalten würde und es zu Herniationen käme. Somit bestehe in der angestammten Tätigkeit aus gastroenterologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (seit der Operation 2013; vgl. S. 9 Ziff. 4.6). Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten (Gewichte bis zehn Kilogramm; vgl. act. II 151.3 S. 6 Ziff. 8.2.1) bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsreduktion von 20 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs (act. II 151.1 S. 8 Ziff. 4.3). Bidisziplinär wurden für die bisherige Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % bei einer maximalen Präsenz von sechs bis acht Stunden pro Tag attestiert. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 3. Februar 2016 respektive der Untersuchung vom 8. Dezember 2015 nur geringfügig geändert (act. II 151.1 S. 10 Ziff. 4.11).

4.3.4 Im Bericht vom 9. Juli 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6) hielt Dr. med. F. _____, bis auf die nicht mehr aufgeführte Diagnose der Hypergranulation am Stomarand, dieselben Diagnosen wie in den Berichten vom 1. Mai 2019 (act. II 112 S. 3 ff.) und 12. Juni 2019 (act. II 114 S. 2 ff.) fest und ergänzte diese mit einer Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund einer Mischintoxikation sei der Beschwerdeführer am 30. Juni 2020 während 24 Stunden auf der Intensivstation überwacht worden. Nach Ausschluss einer akuten Suizidalität sei er in gebessertem Allgemeinzustand wieder entlassen worden. Die Situation sowohl von somatischer als auch von psychischer Seite her habe sich in den letzten Wochen aggraviert. Der Beschwerdeführer leide auch weiterhin an chronischen Abdominalschmerzen, weswegen er auch weiterhin regelmässig starke Analgetika einnehme. Auch die Depression habe sich deutlich verstärkt, und ab und zu seien auch suizidale Gedanken vorhanden. Diesbezüglich werde er auch weiterhin ambulant durch Dr. med. E. _____ betreut. Die repetitiv negativen Bescheide der IV-Stelle machten ihm sehr zu schaffen, und er fühle sich nicht ernst genommen, insbesondere da die jeweiligen Abklärungen mit Ärzten erfolgt seien, die der französischen Sprache nicht mächtig gewesen seien und eine adäquate, direkte Kommunikation nicht möglich gewesen sei (S. 5).

4.4 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).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung

unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

4.5

4.5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Verlaufsgutachten der MEDAS vom 25. November 2019 (act. II 151). Diese Expertise erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4 hiavor), weshalb ihr volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet und überzeugend dargestellt. Sie setzten sich zudem mit der Frage nach einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 4.1 hiavor) auseinander (vgl. act. II 151.1 S. 9 Ziff. 4.6.4 und 4.7.5, S. 10 Ziff. 4.11). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde dargelegt, dass es

seit der letzten Begutachtung bis heute zwar zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes gekommen sei (vgl. act. II 151.2 S. 10 Ziff. 8.1.4), weshalb nicht mehr bloss von einer Einschränkung von 30 % in der angestammten Tätigkeit (vgl. act. II 82.1 S. 11), sondern von einer Einschränkung von 60 % auszugehen sei (act. II 151.2 S. 10 Ziff. 8.1.3 und 8.1.4). Gleichzeitig führte der psychiatrische Experte aber auch schlüssig aus, dass sich die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit der letzten Begutachtung nicht wesentlich verändert habe (act. II 151.2 S. 11 Ziff. 8.2.5). Mit Blick auf die Akten überzeugen deshalb die Ausführungen der Gutachter in der Konsensbeurteilung (act. II 151.1 S. 7 ff. Ziff. 4), wonach sich der Gesundheitszustand seit dem letzten Gutachten vom 25. Januar 2016 (act. II 82.1) nur geringfügig (act. II 151.1 S. 10 Ziff. 4.11) und sich die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten (vgl. S. 9 Ziff. 4.6.4) als auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. S. 9 Ziff. 4.7.5) aus bidisziplinärer Sicht nicht verändert hat.

4.5.2 Soweit der Beschwerdeführer vorab mangelnde Französischkenntnisse des psychiatrischen Experten geltend macht (Beschwerde S. 2 f.), kann dies nicht gehört werden. Die Begutachtung fand in Anwesenheit eines Dolmetschers für Französisch statt. Ferner hielt der Gutachter fest, die deutschen Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers seien für die Exploration ausreichend und die Anwesenheit des Dolmetschers hilfreich gewesen (vgl. act. II 151.2 S. 6 Ziff. 4.2). Der Beschwerdeführer machte sodann weder im Anschluss an die Begutachtung noch im Einwand gegen den Vorbescheid (vgl. act. II 154, 156, 158) geltend, dass er seine Ausführungen gerne gegenüber einem der französischen Sprache mächtigen Gutachter auf Französisch hätte verdeutlichen wollen. Vielmehr wird dies erstmals in der Beschwerde vorgetragen. Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer nach der gewünschten Verfahrenssprache gefragt hatte (vgl. act. II 137), woraufhin er die deutsche Sprache angab (vgl. act. II 141). Es sind auch keine Anhaltspunkte für eine Befangenheit der Gutachter ersichtlich (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2020 UV Nr. 10 S. 36 E. 5.2; 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1), diese hätten ohnehin baldmöglichst geltend gemacht werden müssen (vgl. BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275; Rz. 2076.15 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]).

4.5.3 Der Beschwerdeführer rügt ausserdem, mit den durch ihn vorgelegten Arztzeugnissen sei eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse durch eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit ausgewiesen resp. sei eine ganz wesentlich geänderte Möglichkeit eingetreten, überhaupt noch ein „restanzliches“ Erwerbseinkommen erzielen zu können (Beschwerde S. 2).

Was die durch den behandelnden Psychiater Dr. med. E. _____ in einem undatierten Bericht (act. II 112 S. 10 ff.) diagnostizierte PTBS betrifft, setzte sich der psychiatrische Experte im MEDAS-Gutachten eingehend mit dieser divergierenden Einschätzung auseinander. Basierend auf den Vorakten und Untersuchungsbefunden zeigte pract. med. G. _____ überzeugend auf, dass - und weshalb - keine PTBS zu diagnostizieren ist: So hielt er fest, dass alle Symptome einer PTBS (wie Alpträume Flashbacks und vegetatives Reagieren bei Wiedererinnern an das auslösende Ereignis) in der Vergangenheit nicht benannt worden seien und auch bis heute nicht bestünden. Der Beschwerdeführer gab denn auch sowohl spontan (vgl. act. II 151.2 S. 1 f. Ziff. 3.1) als auch im Rahmen der vertiefenden Befragung zu psychiatrischen Themen (vgl. S. 2 f. Ziff. 3.2) keine der von Dr. med. E. _____ beschriebenen Symptome (wie etwa das wiederholte Wiedererleben der traumatischen Ereignisse mit Foltererinnerungen, Flashbacks, wiederholte Alpträumen mit Todesängsten, Stürzen ins Leere und Aufprallgeräuschen [vgl. act. II 112 S. 12]) an. Es leuchtet daher ein, dass der psychiatrische Experte die Diagnose und eine daraus resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigte (act. II 151.2 S. 9 Ziff. 7.3.3). Selbst wenn vom Vorliegen einer PTBS auszugehen wäre, würde damit ohnehin nicht ohne weiteres ein Neuanmeldungsgrund vorliegen. Denn eine neue Diagnose stellt nicht per se eine neuanmeldungsrechtliche Gesundheitsverschlechterung dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Leistungsanspruch berühren (BGE 141 V 385 E. 4.2 S. 391).

Pract. med. G. _____ leitete sodann anhand des detaillierten psychiatrischen Untersuchungsbefundes plausibel die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung mit so-

matischem Syndrom (ICD-10 F33.11), her (S. 6 Ziff. 4.3 und S. 7 Ziff. 6.3). Dass entgegen der Beurteilung des behandelnden Psychiaters (vgl. act. II 112 S. 10 ff.) nicht von einer schweren Ausprägung der depressiven Störung ausgegangen wird, erscheint umso schlüssiger, als keine medikamentöse antidepressive Therapie durchgeführt wird (vgl. act. II 151.2 S. 8 Ziff. 7.2) und auch die Auswertung der Hamilton Depression Rating Scale mit einer mittelgradigen Depression vereinbar ist (S. 7 Ziff. 6.3). Dr. med. E. _____ vermag im undatierten Bericht (act. II 112 S. 10 ff.) darüber hinaus keine Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Auch das ärztliche Zeugnis des behandelnden Psychiaters vom 5. Februar 2020 (act. II 158 S. 7) ist nicht geeignet, das psychiatrische Teilgutachten in Zweifel zu ziehen, wird darin doch lediglich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ohne dies differenziert zu begründen.

Was die Berichte von Dr. med. F. _____ vom 1. Mai 2019 (act. II 112 S. 3 ff.) und 12. Juni 2019 (act. II 114 S. 2 ff.) angeht, wurden darin ebenfalls keine neuen Befunde aufgeführt und keine Aspekte benannt, die in der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben worden wären (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Die behandelnde Chirurgin begründete in ihrem Bericht vom 12. Juni 2019 (act. II 114 S. 2 ff.) denn auch nicht näher, weshalb eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht mehr gegeben sein soll (vgl. S. 6). Gleiches gilt auch für den Bericht vom 9. Juli 2020 (act. I 6), welcher ohnehin erst nach Verfügungserlass - der zeitlich massgebenden Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) - datiert und in welchem Dr. med. F. _____ erstmals (fachfremd) die Diagnose einer PTBS aufführte. Eine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit kann grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden. Somit vermag Dr. med. F. _____ als Chirurgin an der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters keine Zweifel zu wecken (vgl. statt vieler Entscheid des Bundesgerichts vom 13. November 2018, 8C_584/2018, E. 4.1.1.2). Auch die sich in den Akten befindlichen Arztzeugnisse von Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medi-

zin, vom 5. Februar 2020 (act. II 158 S. 8) und von Dr. med. F. _____ vom 7. Februar 2020 (act. II 158 S. 6) vermögen für sich allein keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken, bescheinigen sie doch lediglich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne dies differenziert darzulegen.

Den Umständen, wonach gemäss Dr. med. E. _____ die erneute Überprüfung auf Leistungen der Invalidenversicherung einen nicht zu vernachlässigenden therapeutischen Wert habe, der die Not im Sinne einer Anerkennung das Leiden lindern und zu einer gewissen Verbesserung des psychologischen Zustands beitragen könnte (vgl. act. II 112 S. 14), und wonach gemäss Dr. med. F. _____ die repetitiv negativen Bescheide der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu schaffen machten (vgl. act. I 6 S. 5), kommt als reaktives Geschehen keine invalidisierende Bedeutung zu (vgl. dazu etwa BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

4.5.4 Aufgrund des Dargelegten ist davon auszugehen, dass seit der Verfügung vom 7. Februar 2017 (act. II 96 S. 3 ff.) keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, welche geeignet ist den Invaliditätsgrad und somit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit fehlt es an einem medizinischen Neuanmeldungsgrund. Auch in erwerblicher oder sonstiger tatsächlicher Hinsicht ist eine Veränderung weder ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht, weshalb auch diesbezüglich kein Neuanmeldungsgrund vorliegt. Mangels eines solchen ist eine allseitige Prüfung des Leistungsanspruchs nicht statthaft, womit sich die Durchführung der Indikatorenprüfung und eines Einkommensvergleichs sowie die Prüfung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit erübrigen.

4.6 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 13. März 2020 (act. II 159) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten,

wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der Akten und angesichts der Sozialhilfeabhängigkeit ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege [act. IA-UR] 1 ff.). Auch kann der Prozess nicht von vornherein als aussichtslos bezeichnet werden. Demnach ist dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten zu gewähren.

5.2 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.