

200 21 223 IV
KNB/SHE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. September 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Februar 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich Ende August/anfangs September 2009 unter Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 10). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 18. Mai 2011 (AB 34) wies die IVB das Leistungsbegehren mit der Begründung, bei Ablauf des Wartejahres für eine Invalidenrente habe keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden, ab. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Oktober 2013 (AB 35) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Abermals tätigte diese erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf die vom zuständigen Krankentaggeldversicherer bei Dr. med. C._____, Facharzt für Prävention und Public Health sowie Psychiatrie und Psychotherapie, eingeholte psychiatrische Beurteilung vom 8. März 2014 (AB 54.2) verneinte die IVB mit Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 57) und der Begründung, es bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes, einen Leistungsanspruch. Die Verfügung blieb unangefochten.

C.

Am 27. Juli 2016 (AB 58) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen verfügte die IVB am 6. Dezember 2016 (AB 85) mangels Glaubhaftmachens einer Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letzten Verfügung das Nichteintreten auf das Neuanmeldungs-gesuch. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 89/3) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern,

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 11. Mai 2017, IV/2017/58 (AB 92), gut. Es hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die IVB zurück, damit sie auf die Neuanmeldung eintrete und die Leistungsansprüche materiell prüfe. Das Urteil blieb unangefochten. In der Folge holte die IVB bei Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 25. September 2017 (AB 130.1) ein und verneinte mit Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da seit der letzten materiellen Verfügung vom 10. Juni 2014 keine revisionsrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 144/3) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 27. August 2018, IV/2018/211 (AB 148), ab. Das Urteil blieb unangefochten.

D.

Am 21. Januar 2020 (AB 151) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an. Diese stellte mit Vorbescheid vom 27. Januar 2020 (AB 154) in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten, da der Versicherte nicht glaubhaft gemacht habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hätten. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 158, 162) holte die IVB beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Aktenbeurteilung vom 26. März 2020 (AB 165) ein. Mit Mitteilung vom 30. März 2020 (AB 172) annullierte sie den ergangenen Vorbescheid und teilte mit, gemäss den erfolgten Abklärungen könnten keine Eingliederungsmassnahmen mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden, weshalb der Anspruch auf eine Rente geprüft werde. In der Folge holte sie bei der E._____ (MEDAS) ein interdisziplinäres Gutachten vom 14. Dezember 2020 inkl. Gesamtbeurteilung und Teilgutachten (AB 209.1-209.7) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 210, 216, 218) verneinte die IVB mit Verfügung vom 16. Februar 2021 (AB 219) und der Begründung, seit der letzten materiellen Verfügung vom 7. Februar 2018 hätten sich die

massgeblichen Verhältnisse nicht wesentlich verändert, einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E.

Mit Eingabe vom 19. März 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 16. Februar 2021 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Verfügung vom 16. Februar 2021 aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.
3. Subeventualiter sei die Verfügung vom 16. Februar 2021 aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei der unterzeichnende Rechtsanwalt als unentgeltlicher Rechtsvertreter einzusetzen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 30. April 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 16. Februar 2021, mit der ein Anspruch auf IV-Leistungen verneint wurde (AB 219). Beschwerdeweise wurde der Streitgegenstand auf den Rentenanspruch beschränkt.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Leistungsanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

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

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG 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.

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

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen 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 (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist

nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im 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).

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

3.

3.1 Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 21. Januar 2020 (AB 151) eingetreten ist und über den Anspruch materiell entschieden hat, ist die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem leistungsablehnenden Entscheid vom 7. Februar 2018 (AB 141) und der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2021 (AB 219) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) basierte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 25. September 2017 (AB 130.1). Darin stellte dieser folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 5.1):

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine Arbeitslosigkeit, ein Status nach Unstimmigkeit mit Vorgesetzten (ICD-10 Z56), ein niedriges Einkommen (ICD-10 Z59), der Versicherte sei alleinstehend (ICD-10 Z60), Ereignisse, die den Verlust des Selbstwertgefühls in der Kindheit zur Folge haben (ICD-10 Z61), eine ungenügende familiäre Unterstützung (ICD-10 Z63), Unstimmigkeiten mit Beratungspersonen (ICD-10 Z64.8) sowie Schulden und Betreibungen (ICD-10 Z65, S. 26 Ziff. 5.2).

Die von den behandelnden Ärzten dokumentierten Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit seien retrospektiv nachvollziehbar und entsprächen den depressiven Phasen unterschiedlicher Schweregrade bei rezidivierender depressiver Störung. Es seien drei depressive Episoden dokumentiert (2009, 2013 und 2016). In diesen Zeiten habe eine temporäre 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden. Durch die Überlagerung von Persönlichkeitsstörung, rezidivierenden depressiven Episoden und psychosozialen Belastungsfaktoren könne es immer wieder zu Phasen kommen, in denen die Leistungsfähigkeit besser sei, und solche, in denen sie krankheitsbedingt eingeschränkt sei. Dies habe sich seit der Verfügung vom 10. Juni 2014 nicht geändert. Insofern sei aus objektiv medizinischer Sicht eine wesentliche Verschlechterung des geistigen oder psychischen Gesundheitszustandes nicht nachweisbar (S. 37 Ziff. 1).

Es hätten folgende Arbeitsfähigkeiten bestanden (S. 37 f. Ziff. 2):

	angestammte Tätigkeit	angepasste Tätigkeit
Juni 2014 – Dezember 2015	100 %	100 %
Januar – Februar 2016	0 %	0 %
März 2016	50 %	70 %
April – Juni 2016	60 %	80 %
Juli 2016 – Januar 2017	0 %	50 %
Februar – April 2017	100 %	100 %
Mai – 25. September 2017	0 %	100 %
ab 26. September 2017	50 %	100 %

Als angepasste Tätigkeit seien einfache Arbeiten ohne grosse Entscheidungskompetenz mit konstanten Arbeitsabläufen, möglichst eigenem Aufgabenbereich, konstanten Arbeitszeiten, ohne Nacharbeit, ohne Zeitdruck, mit der Möglichkeit zusätzlicher betriebsunüblicher Pausen, mit der Möglichkeit zur Rückmeldung durch den Arbeitgeber, verlängerter Einarbeitungszeit, mit konstanter sozialer Umgebung, ohne konfliktrichtige soziale Interaktionen, wohlwollendem auf den Versicherten eingehenden Umfeld, mit flexiblem Leistungspensum, ohne Verantwortung für Menschen oder Maschinen geeignet. Die zusätzlichen betriebsunüblichen Pausen richteten sich gegen die Ermüdung während der Arbeitsverrichtung. Bei Nachlassen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Planungs- und Handlungsvermögens, des Antriebs und bei Veränderung im Sozialverhalten (z.B. Reizbarkeit) seien Kurzpausen von fünf bis zehn Minuten mehrfach täglich erfolgsversprechend, um die Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten (S. 39 Ziff. 5).

3.3 Seit der Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Bericht der Klinik F. _____ vom 2. März 2020 (AB 163) wurden folgende Diagnosen gestellt [S. 1]):

Diagnosen alt:

- Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, zwanghaften, paranoiden, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61)
- Rezidivierende depressive Episode, mittelschwer (ICD-10 F33.1)
- Chronisch schwergradig dekompenzierter Tinnitus Aurium beiderseits

Diagnose neu:

- Traumafolgestörung im Sinne einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-11 6B41)

Der Versicherte habe seine akzentuierten Persönlichkeitszüge in der Kindheit erworben. Sein tiefes Misstrauen in andere Menschen sei durch seine wiederkehrenden schwierigen Lebenserfahrungen und die fehlenden Kompetenzen noch verstärkt worden. Sein Lebensgefühl, dass es alle Menschen auf ihn abgesehen hätten, er keine Unterstützung bekomme und wenig wert sei, habe sich durch weitere Lebensereignisse in seinen Überzeugungen und Persönlichkeitsmerkmalen verankert. Günstige

Sozialkontakte fehlten. Zusammenfassend zeige er sich mit sehr eingeschränkten Sozialkompetenzen, sehr geringer Konfliktfähigkeit und einem sehr schlechten Selbstwertgefühl. Die wiederkehrenden Blossstellungen und die Unfähigkeit, sich zu wehren, stellten Intrusionen und Flashbacks aus der Kindheit, der Jugend und dem Berufsleben dar (S. 3). Die Möglichkeit einer Wiedereingliederung im ersten Arbeitsmarkt sei nicht gegeben. Eine Stabilisierung der psychischen Situation sei ebenfalls nicht mit ambulanten Massnahmen zu erreichen. Die depressive Symptomatik persistiere trotz störungsspezifischer Psychotherapie. Einer teilstationären oder stationären Massnahme stünden die Traumata im Zusammenhang mit seinen Mitmenschen entgegen. Einer Bearbeitung dieser Traumata wiederum stehe die eingeschränkte kognitive Beschaffenheit des Versicherten entgegen. Durch eine Massnahme auf dem zweiten Arbeitsmarkt erscheine es möglich, eine Teilarbeitsfähigkeit wieder zu erreichen und das Misstrauen gegenüber anderen Menschen schrittweise zu verbessern (S. 6).

3.3.2 In der interdisziplinären MEDAS-Gesamtbeurteilung vom 14. Dezember 2020 (AB 209.2) wurden folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 4 Ziff. 4.1.1):

- Chronische Lumbalgie (ICD-10 M54.87)
- Mediale Überlastung rechts (ICD-10 M17.9)
- Metatarsalgie rechts (ICD-10 M77.4)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.1)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (selbstunsichere, zwanghafte, paranoide [querulatorische], narzisstische und emotional instabile Anteile; ICD-10 F61.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Meralgia paraesthetica mit einer Sensibilitätsstörung im proximalen Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis und intermittierend auftretende schmerzhaft Missemfindungen (ICD-10 G57.1), ein Tinnitus beidseits bei normaler Hörfähigkeit (ICD-10 H93.1) sowie eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.0; S. 4 f. Ziff. 4.1.2).

Der Versicherte habe zuletzt zwischen 2011 und 2013 gearbeitet. Seit über zehn Jahren leide er an einer chronifizierten psychiatrischen Problematik mit

rezidivierenden depressiven Episoden und Angstzuständen. Auch die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit habe wegen einer Exazerbation der psychischen Beschwerden beendet werden müssen. Er selber sehe sich trotz aller psychiatrischen Therapien nicht in der Lage, einer regelmässigen Tätigkeit nachzugehen (S. 5 Ziff. 4.2.1). Aus orthopädischer Sicht hätten sich die Beschwerden in den Jahren 2004, 2005 und 2006 eingestellt und zeigten sich aktenanamnestisch nicht wesentlich verändert über die Zeit, auch im Vergleich zur heutigen klinischen und radiologischen Befunderhebung. Aus neurologischer Sicht habe sich seit der Verfügung vom 7. Februar 2018 an der gesundheitlichen Situation betreffend die Schädigung des Nervus cutaneus femoris lateralis und bezüglich des Tinnitus nichts Wesentliches geändert. Aus psychiatrischer Sicht habe sich insofern eine veränderte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bezüglich dem Vorgutachten aus dem Jahr 2017 ergeben, als dass in der bisherigen Tätigkeit von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit und auch in einer angepassten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt von einer leicht- bis mittelgradig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 40% ausgegangen werde (S. 10 Ziff. 4.11). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für die angestammte berufliche Tätigkeit als ... aufgrund der führenden orthopädischen und psychiatrischen Diagnosen eine vollständige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Das Gleiche gelte für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in einer Für eine adaptierte berufliche Verweistätigkeit, die gewisse qualitative Richtlinien aus dem orthopädischen und psychiatrischen Formenkreis berücksichtige (keine dauerhaft schweren körperlichen Belastungen, keine Tätigkeiten mit Zwangshaltungen, vornübergebeugt, rekliniert, mit vorgehaltenem Arm, keine Gewichtsbelastungen dauerhaft über 5 kg, vermehrt über 10 kg, keine Arbeiten auf Treppen, Leitern und unebenem Gelände, keine Tätigkeiten in einem Team, nur geringe Anforderungen bezüglich Publikumskontakten, Routinearbeiten, welche auch nach Anleitung verrichtet werden können), bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% bei ebenfalls uneingeschränkter zeitlicher Anwesenheit (S. 8 f. Ziff. 4.8 f.).

3.3.3 Im Bericht der Klinik F. _____ vom 5. Februar 2021 (AB 218) wurde vorgebracht, im MEDAS-Gutachten werde die komplexe Problematik des Versicherten bezogen auf seine Fähigkeiten, einen Arbeitsplatz zu

finden resp. auszufüllen, nicht ausreichend dargestellt. Seit rund sieben Jahren befinde sich dieser in ihrer vorwiegend stützend ausgerichtete Psychotherapie ohne wesentliche Verbesserung der Symptomatik. Seit der Begutachtung 2017 habe sogar eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Funktionseinschränkungen stattgefunden, möglicherweise mit Auswirkung auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. So bestehe seit 2017 ein Tinnitus mit quälendem Pfeifen, der vor allem bei äusserer Stille auftrete. Der Versicherte zeige sich zudem schneller erschöpft, leide unter einer extremen Tagesmüdigkeit nach nicht erholsamem Nachschlaf mit Zähneknirschen und er habe zunehmend Schwierigkeiten, seine Ressourcen zu aktivieren. Er fühle sich ausgebrannt und ständig erschöpft. Orthopädische Probleme seien hinzugekommen mit häufigen Rückenschmerzen, die sich mit Stress verstärkten. Die Anpassungszustände und die inneren Blockaden, durch die dann gar nichts mehr gehe, hätten ebenfalls in den letzten drei Jahren stark zugenommen. Der ständige Dauerstress hätte zu einem nun behandlungsbedürftigen Bluthochdruck geführt. Auch seine paranoid anmutenden Gedanken und quälenden Vermutungen, dass andere Menschen ihm schlecht gesinnt seien, hätten zugenommen. Er befinde sich zuletzt in sozialer Isolation und in sehr wechselhaften Zuständen, in denen Medikamente nicht mehr helfen könnten. Schliesslich hätten sich die Depressionen verstärkt und der Versicherte werde immer wieder von parasuizidalen und suizidalen Gedanken überschwemmt. Seine Situation habe sich seit Beginn der Corona-Pandemie verschlechtert. Auch wenn die ICD-11 für die diagnostische Klassifikation von Erkrankungen noch keine Gültigkeit habe, beschreibe die komplexe Traumafolgestörung das Beschwerdebild des Versicherten besser als die bisher gestellten Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit begleitender rezidivierender Depression, resp. könne sie als eine neu hinzukommende Störung bewertet werden. Die gesundheitliche Situation habe sich in den letzten zwei Jahren verschlechtert und er scheine in einem verfestigten Kreislauf von Niedergeschlagenheit, Enttäuschung, depressiven Gefühlen, Abgleiten in Intrusionen, in dysfunktionalen Gedankenmustern und Festhalten an pessimistischen Vorstellungen gefangen und ohne korrigierende Unterstützung nicht herauszufinden. Die Auffassung der MEDAS-Gutachter, dass der Versicherte, der bereits seit sieben Jahren aus einem kontinuierlichen

Arbeitsprozess ausgetreten sei, der seither trotz intensiver Bemühungen und Unterstützung durch die Arbeitslosenversicherung aufgrund seiner komplexen Probleme keine Arbeit gefunden habe, resp. es bei jedem Arbeitsversuch zu einer deutlichen Verschlechterung der Angstsymptomatik gekommen sei, in der Lage sein solle, wieder zu 60% einer Tätigkeit nachzugehen, sei nicht verständlich.

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

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

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

abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 inkl. Gesamtbeurteilung und Teilgutachten (AB 209.1-209.7) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiavor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers – wie nachfolgend dargelegt – nichts zu ändern, zumal keine konkreten Indizien vorliegen, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 3.4 hiavor). Der Sachverhalt erweist sich damit als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und von ergänzenden Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 2 Subeventualbegehren) ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) und gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen abzusehen.

3.5.1 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es seien nun neue somatische Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden, was ein medizinischer Revisionsgrund darstelle (Beschwerde S. 7 ff. Ziff. 22 ff.), ist ihm nicht zu folgen:

Im neurologischen Teilgutachten vom 5. Oktober 2020 wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine meralgia paraesthetica mit Sensibilitätsstörung im proximalen Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus

femoris lateralis und intermittierend auftretende schmerzhafte Missempfindungen (ICD-10 G57.1) sowie ein Tinnitus beidseits bei normaler Hörfähigkeit (ICD-10 H93.1; AB 209.6/11 Ziff. 6.1 f.). Der Gutachter kam zum nachvollziehbaren Schluss, dass sich seit dem 7. Februar 2018 an den beiden Leiden nichts geändert hat (AB 209.6/18 Ziff. 8.4). Dies deckt sich denn auch mit den übrigen Akten. Das erste Mal ist der Tinnitus im Bericht von Dr. med. C. _____ vom 8. März 2014 erwähnt (AB 54.2/9); im April 2016 konsultierte der Beschwerdeführer deswegen seinen Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (vgl. Bericht vom 17. Juni 2017 [AB 108/2 Ziff. 4]). Im Februar 2020 erfolgte in der Praxis H. _____ eine Untersuchung. In deren Bericht vom 18. Februar 2020 wurde dargelegt, es handle sich um einen chronisch schwergradig dekompensierten Tinnitus beidseits bei pancochlearer Normakusis. Eine weitere Abklärung mit Bildgebung wurde mit der Begründung, der Beschwerdeführer höre perfekt und habe keine Beschwerden wie z.B. Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrendruck usw. für nicht nötig erachtet (AB 158/3). Der neurologische Gutachter legte nachvollziehbar dar, es bestehe eine normale Hörfähigkeit und wegen des Tinnitus könne eine wesentlich bedingte Arbeitseinschränkung nicht identifiziert werden (AB 209.6/14 f. Ziff. 6.3). Was die Hüft- und Oberschenkelschmerzen betrifft, so diagnostizierte bereits Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, im Bericht vom 23. Juli 2014 eine Meralgia paraesthetica links (AB 108/7). Die Problematik wurde auch 2020 abgeklärt und abermals die gleiche Diagnose gestellt (vgl. Bericht von Dr. med. I. _____ vom 3. Juni 2020 [AB 209.6/19]). In der Folge wurde auch im Bericht des Spitals J. _____ vom 25. August 2020 eine Meralgia paraesthetica links diagnostiziert sowie klinisch und sonographisch bestätigt. Weiter wurde angegeben, die Beschwerden hätten sich gebessert (AB 209.6/21). Damit ist erstellt, dass sich aus neurologischer Sicht seit der Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert hat.

Aus allgemein-internistischer Sicht liessen sich im Rahmen der Begutachtung sowohl aktenanamnestisch als auch anamnestisch und klinisch keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verifizieren. Es besteht eine arterielle Hypertonie, weswegen der Beschwerdeführer unter medikamentöser Therapie steht, welche jedoch keine Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. allgemein-internistisches Teilgutachten vom 8. Dezember 2020 [AB 209.4/9 Ziff. 6.3]). Damit ist auch aus allgemein-internistischer Sicht erstellt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) nicht wesentlich verändert hat.

Soweit der Beschwerdeführer versucht, mit Blick auf in körperlicher Hinsicht bestehende Rückenschmerzen, Kniebeschwerden (Kniegelenksarthrose) sowie Mittelfussschmerzen (Beschwerde S. 5 Ziff. 12) aus orthopädischer Sicht einen Revisionsgrund zu begründen, ist ihm nicht zu folgen. Knieschmerzen gab er bereits im Jahr 2009 an. Er führte damals aus, er hätte sich 1988 bei einem Autounfall das Knie verletzt. Seither habe er diesbezüglich Probleme, wenn er lange stehen müsse (AB 13/4 lit. F Ziff. 2). Dies bestätigte er im Wesentlichen anlässlich den gutachterlichen allgemein-internistischen sowie orthopädischen Explorationen und fügte hinzu, im Jahr 2006 habe man vom Knie ein MRI gemacht. Der „Schaden“ würde „immer mal wieder sporadisch Schmerzen auslösen“ (AB 209.4/4 Ziff. 3.1, 209.5/9 Ziff. 3.2.1). Aufgrund der überzeugenden Schlussfolgerungen des orthopädischen Gutachters ist erstellt, dass sich die Beschwerden am Knie bereits 2006 einstellten und sich seither im Vergleich zur aktuellen gutachterlichen klinischen und radiologischen Befunderhebung nicht wesentlich verändert haben (AB 209.5/24 Ziff. 8.4). Was die Mittelfussschmerzen betrifft, wurden bereits im Jahr 2004 Beschwerden in beiden Füßen angegeben. Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im damaligen Bericht vom 4. August 2004 die Verdachtsdiagnose einer Metatarsalgie mit Paraesthesien der Zehen bei Spreizfuss und Vorfuss-supination und gab an, die Beschwerden seien am ehesten durch Metatarsalgien erklärbar. Er habe dem Beschwerdeführer zur Therapie Einlagen empfohlen (AB 108/14). Im Bericht der Klinik L._____, vom 7. Juni 2019 wurde ausgeführt, während des einmonatigen stationären Aufenthaltes im Frühjahr 2019 seien Schmerzen am rechten Vorderfuss plantar aufgetreten, wobei der Beschwerdeführer wegen des Vorliegens eines Spreizfusses bereits in Behandlung sei und Spezialeinlagen erhalten habe (AB 158/9). Im Bericht des Spitals J._____, vom 26. Juli 2019 wurde angegeben, er berichte über vor zwei bis drei Monaten aufgetretene Vorfuss-schmerzen in Belastung und Ruhe. Die Schmerzen seien aktuell

deutlich regredient. Ein möglicher Zusammenhang habe ebenfalls mit einem Barfusswerk bestanden (AB 176/1). Die Untersucherin wertete die Vorfussschmerzen auf der rechten Seite im Rahmen einer mechanischen Überlastung und damit einhergehender Metatarsalgie bei relativer Überlänge MT II und III und empfahl eine Anpassung der orthopädischen Schuheinlage mit retrokapitaler Abstützung (AB 176/2). Anlässlich der gutachterlichen orthopädischen Exploration 2020 gab der Beschwerdeführer an, die Beschwerden im Fuss seien bereits seit 2004 vorhanden (AB 209.5/19 Ziff. 7.1). Der Gutachter kam in der Folge aufgrund der Akten sowie seiner persönlichen Untersuchung überzeugend zum Schluss, dass die Metatarsalgie im Bereich des rechten Fusses durch die Füsseinlage adäquat versorgt ist und diese Beschwerden sich seit 2004 nicht wesentlich verändert haben (AB 209.5/24 Ziff. 8.3 f.). Was die Rückenbeschwerden betrifft, wurden wegen chronischen tieflumbalen Rückenschmerzen bereits im Jahr 2005 bildgebende Abklärungen getätigt, welche eine tieflumbale Hyperlordose sowie eine deutliche Chondrose L4/5 und L5/S1 zeigten (AB 108/11). Auch später, d.h. im Jahr 2016, ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über Rückenschmerzen klagte (vgl. Berichte der Klinik F. _____ vom 23. August 2016 [AB 67/3] und vom 23. September 2016 [AB 72/1]). Im orthopädischen Teilgutachten kam der Gutachter zum Schluss, die degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich seien in der Lage, die beschriebenen Beschwerden auszulösen. Aus fachorthopädischer Sicht könne die vom Beschwerdeführer beschriebene Beschwerdeausprägung und die damit von ihm beschriebene Belastungsfähigkeitseinschränkung auf dem Boden der klinischen und radiologischen Befundausrprägung so aber nicht nachvollzogen werden. Der klinische Befund würde sich während der Untersuchung genau wie die radiologischen Befunde im Bereich der LWS geringgradig ausgeprägt zeigen (AB 209.5/18 Ziff. 6.3). Der Beschwerdeführer gab während der orthopädischen Exploration an, die Beschwerden – u.a. im Rücken – würden schon längere Zeit bestehen und hätten nach einem Autounfall begonnen. Diesbezüglich sei er schon seit Längerem in Behandlung (AB 209.5/19 Ziff. 7.1). Der Gutachter kam nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch die LWS auf dem Boden der aktenanamnestischen Schilderung in Kumulation mit den anderen somatischen Einschränkungen seit 2006 angenommen werden müssen (AB

209.5/21 Ziff. 8.1) und sich die LWS-Beschwerden seither nicht wesentlich verändert haben (AB 209.5/24 Ziff. 8.4).

Damit ist zusammenfassend erstellt, dass sich der somatische Gesundheitszustand mindestens seit der letzten Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) nicht wesentlich verändert hat und damit diesbezüglich ein Revisionsgrund zu verneinen ist. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung würde das neurologische Teilgutachten nicht mehr erwähnt (Beschwerde S. 4 f. Ziff. 10), ist ihm nicht zu folgen. Die vom neurologischen Gutachter gestellten Diagnosen wie auch seine Ausführungen betreffend die Problematik am Oberschenkel fanden Eingang in die Beurteilung (AB 209.2/4 Ziff. 4.1.2 sowie AB 209.2/6 Ziff. 4.2.2, 209.2/10 Ziff. 4.11), welche auch vom neurologischen Gutachter mitunterzeichnet wurde (AB 209.2/11 Ziff. 5). Der Umstand, dass nun im interdisziplinären Gutachten somatisch begründete Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt und in die Schätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einbezogen wurden und im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D._____ vom 25. September 2017 (AB 130.1) nicht abgeklärt wurden, lässt – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 Ziff. 22) – nicht den Schluss zu, diese Beschwerden hätten damals keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Wie in der interdisziplinären Konsensbeurteilung nachvollziehbar festgestellt wurde, bestehen diese somatischen Beschwerden bereits seit den Jahren 2004, 2005 und 2006 und haben sich seitdem nicht wesentlich verändert (AB 209.2/10 Ziff. 4.11). Daran ändert auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, er habe bis 2009 als ... in einer ... und von 2011 bis 2013 als ... auch körperlich anstrengende Arbeiten verrichtet (Beschwerde S. 7 f. Ziff. 23), nichts. Die Gutachter waren sehr wohl im Stande einen Vergleich der somatischen Beschwerden und Einschränkungen zu früher vorzunehmen, standen ihnen doch sämtliche ärztlichen Berichte, bildgebenden Abklärungen sowie die Aussagen des Beschwerdeführers zur Verfügung. Der Umstand, dass 2017 nur eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag gegeben wurde (Beschwerde S. 8 Ziff. 25), ändert daran nichts.

3.5.2 Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, aus psychiatrischer Sicht hätte sich der Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung vom 7. Februar

2018 (AB 141) wesentlich verändert (vgl. Beschwerde S. 9 ff. Ziff. 28 ff.), ist ihm nicht zu folgen:

Was die in den Berichten der Klinik F. _____ vom 2. März 2020 (AB 163) sowie 5. Februar 2021 (AB 218) gestellte Diagnose einer Traumafolgestörung im Sinne einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-11 6B41) betrifft, ist auf die zutreffenden Ausführungen des psychiatrischen MEDAS-Gutachters zu verweisen: Danach handelt es sich bei der Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung um eine Diagnose nach ICD-11. Die ICD-11 wurde aber erst 2022 und damit nach der vorliegenden Expertise eingeführt. Weiter legt der Gutachter nachvollziehbar dar, dass vorliegend die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 nicht bestätigt werden kann. Der Beschwerdeführer hat zwar im Untersuchungsgespräch posttraumatische Symptome angegeben und solche sind auch in den Akten aufgeführt. Wie der psychiatrische Experte jedoch darlegt, leidet der Beschwerdeführer nicht unter einer emotionalen Abstumpfung der Umgebung gegenüber oder Phasen von deutlicher Erregtheit bei Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen. Im Untersuchungsgespräch war er affektiv gut zugänglich und konnte auch über die erlebten Traumatisierungen reden. Zudem wird nach ICD-10 für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ein deutlich schweres traumatisches Ereignis vorausgesetzt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, so etwa das Erleben eines schweren Verbrechens wie Folter oder Vergewaltigung und ein schweres Katastrophenereignis. Die Voraussetzungen, um eine posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren, sind vorliegend nicht gegeben (AB 209.7/24 Ziff. 7.3; vgl. auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.). Soweit im Bericht vom 5. Februar 2021 eine Veränderung des Gesundheitszustandes über den Tinnitus wie auch neu hinzugekommene orthopädische Probleme zu konstruieren versucht wird, ist dem Bericht zu widersprechen. Wie unter E. 3.5.1 hiervor dargelegt, bestehen sowohl der Tinnitus wie auch die übrigen somatischen Beschwerden bereits seit Jahren und haben sich zumindest seit der Verfügung vom 7. Februar 2018 nicht wesentlich verändert. Auch bestehen die genannten psychischen Einschränkungen bereits seit Jahren

und haben sich nicht anspruchrelevant verändert. Wie der Beschwerdeführer selbst vorbringt (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 29), haben sich die gestellten Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung und einer Depression nicht geändert. Soweit er eine Verschlechterung mit Hinweis auf „u.a. eine schnellere Erschöpfbarkeit und eine stark erhöhte Tagesmüdigkeit aufgrund von Schlafstörungen sowie eine verstärkte Unmöglichkeit, seine psychischen Ressourcen zu aktivieren, u.a. aufgrund eines erhöhten sozialen Rückzugs“ zu konstruieren versucht (Beschwerde S. 9 Ziff. 30; vgl. auch Berichte der Klinik F. _____ vom 2. März 2020 [AB 163] und vom 5. Februar 2021 [AB 218]), ist ihm nicht zu folgen. Die rasche Erschöpfbarkeit, die Tagesmüdigkeit, der verminderte Antrieb sowie der soziale Rückzug wurden bereits anlässlich des Neuanmeldungsverfahrens im Jahr 2016 (vgl. u.a. Berichte der Klinik F. _____ vom 23. August 2016 [AB 67/3] und vom 23. Juni 2017 [AB 109/4 Ziff. 1.4]) wie auch schon früher (vgl. u.a. Bericht der Psychiatrischen Dienste M. _____ vom 21. November 2013 [AB 48/2 f. Ziff. 1.4 und 1.7]) festgestellt und Hinweise, dass sich diese Symptome seither verstärkt hätten, sind den Akten nicht zu entnehmen, zumal der psychiatrische MEDAS-Gutachter schlüssig und nachvollziehbar darlegte, dass es seit dem 7. Februar 2018 zu keiner wesentlichen Veränderung der Gesundheitszustandes gekommen ist und es sich bei seiner gutachterlichen Einschätzung lediglich um eine andere Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit handelt (AB 209.7/27 Ziff. 8.4). Dass nun eine andere bzw. wie der Beschwerdeführer vorbringt „verschlechterte Diagnosestellung“ erfolgte (Beschwerde S. 9 f. Ziff. 31), ändert daran nichts. Denn eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren. Hier liegen aber keine anderen Umstände vor, sondern eine revisionsrechtlich unbeachtliche andere Würdigung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhalts (vgl. E. 2.5.3 hiervor). Gleiches gilt, soweit der Beschwerdeführer die unterschiedliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu 2017 als Revisionsgrund sieht (Beschwerde S. 10 f. Ziff. 33). Anders als beschwerdeweise vorgebracht (vgl. Beschwerde S. 11 Ziff. 34), hat der psychiatrische MEDAS-Gutachter seine abweichende Einschätzung zum Vorgutachter sehr wohl begründet, nämlich dahingehend, dass es bei einer Tätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt immer wieder zu Drucksituationen kommen kann, wenn ein rascheres Arbeitstempo

erforderlich ist, worauf es dann aufgrund der vorliegenden Störungen wiederum zum Rückzug oder zu einer erhöhten Ermüdbarkeit kommen kann (AB 209.7/25 Ziff. 7.3). Diese Einschränkungen bestanden ebenfalls bereits 2017 und wurden damals bei der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bereits berücksichtigt (AB 130.1/36 f. Ziff. 7.2, 130.1/39 Ziff. 5). Zudem ist zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (SVR 2020 IV Nr. 69 S. 241 E. 4.1, 2018 IV Nr. 77 S. 255 E. 6.3). Das dies vorliegend nicht der Fall sein soll, wird weder geltend gemacht noch finden sich hierfür Hinweise in den Akten. Damit ist auch aus psychiatrischer Sicht erstellt, dass sich seit der letzten Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert hat. Anders als der Beschwerdeführer vorbringt (Beschwerde S. 11 f. Ziff. 36 ff.), basierte die besagte Verfügung auf einer umfassenden tatsächlichen Entscheidungsgrundlage. Dass der frühere psychiatrische Gutachter vorbrachte, da der Verlauf der Erkrankung nicht vorhersehbar sei, könne ein exakter Zeitpunkt für einen versicherungsmedizinisch relevanten Wirkungseintritt der Therapie nicht festgelegt werden und daher eine Begutachtung nach zwei Jahren leitliniengerechter Therapie empfahl (AB 130.1/31 Ziff. 6.4.3), ändert daran nichts. Die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit konnte denn auch vorgenommen werden und galt in einer leidensangepassten Tätigkeit bereits ab Februar 2017 (AB 130.1/39 Ziff. 5).

3.6 Zusammenfassend ist erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 7. Februar 2018 (AB 141) weder in somatischer noch psychischer Sicht wesentlich verändert hat, weshalb ein medizinischer Revisionsgrund zu verneinen ist. Auch für einen erwerblichen Revisionsgrund sind den Akten keine Hinweise zu entnehmen und ein solcher wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Somit erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den von ihm getätigten Ausführungen zum Einkommensvergleich (Beschwerde S. 13 Ziff. 40 ff.)

sowie zur Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Beschwerde S. 13 f. Ziff. 43 ff.).

3.7 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2021 (AB 219) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.3 hiernach) – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

4.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

4.3.1 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. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

4.3.2 Im vorliegenden Fall war das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist angesichts der bezogenen Sozialhilfeleistungen ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3 f.). Weiter war eine

anwaltliche Verbeiständung geboten, so dass dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ als amtlicher Anwalt.

4.4 Dementsprechend ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Rückzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

4.5 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Verbeiständung bleibt das amtliche Honorar für Rechtsanwalt B. _____ festzusetzen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWST) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote vom 17. Mai 2021, in welcher Rechtsanwalt B. _____ einen Aufwand von 12 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 90.-- geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 3'327.95 (inkl. Auslagen und MWST) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'681.75 (Fr. 2'400.-- [12 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 90.-- und MWST von Fr. 191.75 [7.7% von Fr. 2'490.--]) festzusetzen und Rechtsanwalt B. _____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'327.95 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'681.75 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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