

200 22 593 IV  
LOU/SHE/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. August 2023**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

**C.** \_\_\_\_\_  
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 2. September 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2016 unter Verweis auf seit 15 Jahren existierende psychische Beschwerden und eine seit dem 5. August 2016 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge tätigte die IVB Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie bei der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Begutachtung (vgl. Gutachten vom 28. Juni 2017 [AB 36.1 ff.]). Mit Verfügung vom 26. September 2017 (AB 39) verneinte die IVB einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es sei keine Minderung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausgewiesen. Die Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Im März 2019 (AB 40) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen verneinte diese mit Mitteilung vom 13. Januar 2020 (AB 69) den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, stellte jedoch die Rentenprüfung in Aussicht. Auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Bericht vom 4. Januar 2021 [AB 88]) veranlasste die IVB bei der E.\_\_\_\_\_ (nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (vgl. Gutachten vom 28. April 2022 inkl. interdisziplinäre Gesamtbeurteilung und Teilgutachten [AB 110.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 7. Juni 2022 (AB 112) stellte die IVB in Aussicht, mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung abzuweisen. Nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 115 ff.) verfügte sie am 2. September 2022 (AB 121) dem Vorbescheid entsprechend.

**C.**

Mit Eingabe vom 3. Oktober 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IVB vom 2. September 2022 sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers sei auf mindestens 70% festzulegen.
2. Eventualiter sei zwecks Festsetzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.
3. Subeventualiter seien die Akten zwecks vollständiger Erhebung des medizinisch relevanten Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung zurückzuweisen.
4. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung der Unterzeichnenden als unentgeltliche Rechtsbeiständin.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. November 2022 auf Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer reichte am 28. November 2022 eine Stellungnahme ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 12. Januar 2023 lud der Instruktionsrichter die C.\_\_\_\_\_ zum Verfahren bei. Diese nahm am 19. Januar 2023 Stellung. Mit prozessleitender Verfügung vom 23. Januar 2023 wurde den Parteien die Stellungnahme der C.\_\_\_\_\_ zur Kenntnis zugestellt und das Instruktionsverfahren geschlossen.

Am 3. April 2023 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

Am 5. April 2023 verfügte der Instruktionsrichter die Fortsetzung des Instruktionsverfahrens. Er ersuchte die psychiatrische MEDAS-Gutachterin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

sowie den für die Fachdisziplin Allgemeine Innere Medizin sowie die Fallführung und Koordination von Rückfragen verantwortliche Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rückfragen bzw. Ergänzungsfragen bezüglich Revisionsvoraussetzungen zu beantworten.

Die Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ datiert vom 2. Mai 2023. Demnach sei die zum Zeitpunkt der Begutachtung für die MEDAS tätig gewesene Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zum aktuellen Zeitpunkt krankheitsbedingt nicht in der Lage, zu den vom Gericht gestellten Fragen Stellung zu beziehen. Zudem sei sie nicht mehr für die MEDAS tätig. Weiter nahm er Stellung zu den ihm gestellten Fragen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Mai 2023 wurde die Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2023 den Parteien zur Kenntnisnahme zugestellt.

Der Instruktionsrichter räumte mit prozessleitender Verfügung vom 25. Mai 2023 den Parteien die Möglichkeit ein, Schlussbemerkungen einzureichen.

Hiervon machte die Beschwerdegegnerin am 20. Juni 2023 und der Beschwerdeführer am 10. Juli 2023 Gebrauch. Die Beigeladene liess sich nicht vernehmen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Juli 2023 gelangte der Instruktionsrichter an Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mit der Frage, ob sie aktuell in der Lage und bereit wäre, dem Gericht die in der prozessleitenden Verfügung vom 5. April 2023 an sie gerichteten Fragen direkt zu beantworten.

Am 21. Juli 2023 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme ein.

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ liess sich nicht vernehmen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. August 2023 stellte der Instruktionsrichter fest, die psychiatrische Ergänzung des MEDAS-Gutachtens durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erscheine zurzeit und bis auf Weiteres ausgeschlossen. Weiter schloss er das Beweisverfahren.

## **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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. September 2022 (AB 121), mit welcher der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint wurde. Der Beschwerdeführer beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Festlegung des Invaliditätsgrades auf mindestens 70%. Streitig und zu prüfen ist das Vorliegen einer leistungsrelevanten Invalidität und dabei insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

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

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

## 2.

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Zwar datiert die angefochtene Verfügung (2. September 2022 [AB 121]) nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Der frühestmögliche Zeitpunkt der Entstehung eines potentiellen Leistungsanspruchs liegt mit Blick auf die hier zu beurteilende Neuanmeldung vom März 2019 (AB 40) jedoch vor dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) zur Anwendung gelangen (vgl. auch Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] Rz. 9100 f.; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.3** Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat.

Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.3.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.3.2** 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). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.3.3** 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 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 257 E. 4.2.1).

**2.3.4** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte

Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**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 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

**2.5.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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** 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).

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

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2019 (AB 40) eingetreten. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu vergleichen ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 26. September 2017 (AB 39) mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2022 (AB 121) entwickelt hat. Ob der Umstand, dass der im Zeitpunkt der ersten Rentenabweisung im Jahr 2017 (AB 39/1; vgl. auch AB 36.1/11 Ziff. 2, 36.2/3 Ziff. 2.1) alkoholabhängige Beschwerdeführer mittlerweile unbestritten abstinent ist (vgl. etwa AB 110.2/2 Ziff. 3.2, 110.4/6 Ziff. 3.2.2, 110.5/15 Ziff. 7.1, 110.6/9 Ziff. 3.2.1), einen Revisionsgrund darstellt, ist fraglich, braucht mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen sowie das Ergebnis (vgl. E. 4 hiernach)

aber nicht abschliessend beurteilt zu werden. Der Vollständigkeit halber ist jedoch darauf hinzuweisen, dass – wie im vorliegenden Fall – der Wegfall einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, mithin eine Verbesserung des Gesundheitszustands, bei zuvor vollumfänglich verneintem Leistungsanspruch für sich allein genommen grundsätzlich keinen Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrund darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Juni 2021, 9C\_113/2021, E. 4.1; vgl. aber E. 3.5.2 hiernach).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2022 (AB 121) auf das MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022 (AB 110.1 ff.), wick jedoch von der darin attestierten aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ab und verneinte gestützt auf die Indikatorenprüfung einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 3). Im MEDAS-Gutachten wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (AB 110.2 S. 4 Ziff. 4.1.1):

- „ 1. ADHS, ED 2019 (Ursache der Abhängigkeitserkrankungen) (ICD-10 F90.0)
2. Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (ICD-10 F10.21)
  - Abhängigkeitssyndrom
  - gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven Medikamenten
  - (Disulfiram seit 2017)
3. MCI, hochwahrscheinlich auf den jahrelangen Konsum zurückzuführen (ICD-10 F06.7)
4. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.1)
5. Leichte neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10 F06.7)
  - In Anlehnung an die Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Funktionsstörung (1, Frei et al. 2016) leichte Störung, gemäss ICD-10 F06.7 mit Einschränkungen des Gedächtnisses und einzelner exekutiver Teilfunktionen (auch multi-domain amnestic MCI (Minimal Cerebral Impairment).
  - 1. Frei et al., Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnung zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit (Leitlinie), in: Zeitschrift für Neuropsychologie (2016), 27 (2), S. 107-119.“

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 4 f. Ziff. 4.1.2):

- „ 1. V. a. leichtgradig ausgeprägte Polyneuropathie (ICD-10 G62.1)
- bei Z. n. langjährigem Alkoholabusus, seit zwei Jahren abstinent
  - klinisch mit leichter Unsicherheit bei den erschwerten Gangprüfungen, minim ausgeprägte Pallästhesie und fehlendem ASR bds.
2. Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent; ICD-10 F14.2)
3. Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa (Temesta, Seresta): Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent; ICD-10 F13.2)
4. Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2)
5. Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E06.3)
6. Status nach Operation eines primären Hypoparathyreoidismus in 2015 (ICD-10 E21.0)
7. Status nach laparoskopischer Sleeve-Gastrektomie 2009 (ICD-10 Z90.3)
8. Status nach laparoskopischer Adhäsiolyse und Switch auf den proximalen Roux-Y-Magenbypass im 02/2012 (ICD-10 Z90.3)
9. Status nach oberer gastrointestinaler Blutung 2012 infolge Anastomosenulkus (ICD-10 K92.2)
10. Chronischer Nikotinabusus von kumulativ 30 bis 40 Packyears (ICD-10 F17.1)“

Die Frage nach einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit seit der Verfügung vom 26. September 2017 lasse sich aus neuropsychologischer Sicht nicht zuverlässig beantworten. Die im Rahmen der neuropsychologischen und psychiatrischen Begutachtungen im April 2017 durch die damaligen Sachverständigen getätigten Einschätzungen hätten sich auf die kognitive Leistungsfähigkeit bezogen. Die neuropsychologischen Aspekte seien jedoch nur sehr rudimentär untersucht worden und liessen sich daher mit den aktuellen neuropsychologischen Befunden nicht vergleichen. Die erste neuropsychologische Standortbestimmung sei erst im September 2018 durchgeführt worden. Damals sei von einem Alkoholkonsum auszugehen gewesen. Es seien verglichen zu heute in der Art und im Ausmass analoge Befunde erhoben worden. Dann habe der Versicherte den Alkoholkonsum sowie den Kokainkonsum sistiert und im November 2020 hätte eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung erneut in der Art und im Ausmass zu dem heutigen Befund analoge Befunde gezeigt. Dass nun seit September 2018 bei bestehendem Suchtmittelkonsum und seit November 2020 bei Suchtmittelfreiheit unverändert analoge kognitive Störungen

beständen, lasse nicht erwarten, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit noch verbessern lassen werde. Aus psychiatrischer Sicht sei 2019 die Diagnose einer AHDS gestellt worden. Die Alkoholabhängigkeitserkrankung sei als Folgeerkrankung zur Downregulation zu werten. Nach Sistierung des Konsums benötige der Versicherte mehr Ressourcen, um seinen Alltag aufrechtzuerhalten. Die Funktionsfähigkeit sei dadurch reduziert. Schadenminderungsmassnahmen seien aus polydisziplinärer Sicht aktuell nicht nötig (S. 11 f. Ziff. 4.11).

Aus neurologisch-somatischer Sicht seien im Rahmen der klinischen Untersuchung (anlässlich der ersten Begutachtung) eine distal-betonte Sensibilitätsstörung an den unteren Extremitäten sowie ein leichtes Schwanken beim Strichgang nachgewiesen worden. Aufgrund der erhobenen klinischen Befunde sei damals die Diagnose einer leichten ethyltoxischen Polyneuropathie gestellt worden. In der aktuellen klinischen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise für eine Sensibilitätsstörung an den oberen und unteren Extremitäten, es bestehe jedoch eine minim ausgeprägte

Pallästhesie bei normalem Lagesinn und ausgefallenem ASR beidseits, zudem beim Gehen auf der Linie eine leichte Gangunsicherheit. In der Zusammenschau der Befunde bestehe der Verdacht auf eine leichtgradig ausgeprägte Polyneuropathie, äthiologisch am ehesten ethyltoxisch bedingt.

Aus somatisch-internistischer Sicht seien beim Versicherten aktenanamnestisch und anamnestisch multiple gastrointestinale Vordiagnosen bekannt, er sei diesbezüglich jedoch seit Jahren bereits komplett beschwerdefrei. Es bestehe ein Status nach laparoskopischer Sleeve-Gastrektomie sowie nach laparoskopischer Adhäsiolyse und Switch auf einem proximalen Roux-Y-Magenbypass. Als Komplikation sei es zu einer oberen Gastrointestinalblutung im Rahmen eines Anastomosenulkus im Jahr 2012 gekommen. Insgesamt hätte der Versicherte durch die bariatrische Operation stark profitiert. Er liege aktuell mit seinem BMI im Normbereich. Auch habe sich als Folge der bariatrischen Operation wahrscheinlich die aktenanamnestisch beschriebene obstruktive

Schlafapnoesymptomatik stark gebessert. Der Versicherte sei aktuell durch internistische Diagnosen in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

Im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung seien nur geringe Auffälligkeiten feststellbar gewesen. Der Versicherte sei im Denken und in der Sprache adäquat gewesen. Im Arbeitsverhalten seien ein unbeeinträchtigtes Auffassungsvermögen und Arbeitstempo, weitgehend auch eine unverminderte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit manifestiert worden. Testpsychologisch habe ebenfalls ein weitgehend unauffälliges kognitives Leistungsbild objektiviert werden können. Die Befunde und die Art der Störung seien vereinbar mit den neuropsychologischen Vorbefunden vom Februar 2018 und aus dem Jahr 2020. Ein konstantes Defizit zeige sich modalitätsunabhängig beim Gedächtnisabruf. Bezüglich Gedächtnis werde ein Abrufdefizit diagnostiziert bei in der verbalen Modalität erhaltenem, in der nonverbalen Modalität nur leichtgradig beeinträchtigtem Speichervermögen. Die gleichzeitig objektivierbaren leichten Leistungsauffälligkeiten in einzelnen exekutiven Teilleistungen könnten Ausdruck von generellen Leistungsschwankungen sein, welche wie diese durch den langjährigen Alkoholkonsum bedingt wären. Die weitgehend unauffällige Verhaltensbeobachtung und die völlig unauffälligen Leistungen in den Funktionsbereichen Aufmerksamkeit und Konzentration würden nicht auf eine ADHS weisen. Bezüglich möglicher Auffälligkeiten in der schulischen Ausbildung und in der Berufsausübung könnte eine Dissimulationstendenz vorliegen, habe der Versicherte doch in der psychiatrischen und in der neuropsychologischen Exploration nicht identische Angaben gemacht. Einzelne frühkindliche und schulische Verhaltensauffälligkeiten könnten mit einer Aufmerksamkeitsstörung im Sinne einer ADHS zu vereinbaren sein, insbesondere unter Mitberücksichtigung der in der fachpsychiatrischen Exploration gemachten Angaben. Diagnostizieren lasse sich eine leichte kognitive Störung als Folge des langjährigen Alkoholüberkonsums und mutmasslich auch des Kokainkonsums.

Aus psychiatrischer Sicht werde in der Aktenlage die ADHS erstmals 2019 erwähnt. Die für den Versicherten zutreffenden Kriterien seien Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren und die Aufmerksamkeit

aufrechtzuerhalten sowie eine erhöhte Ablenkbarkeit und Vergesslichkeit. Es zeige sich eine innere Unruhe, eine Dysphorie bei Inaktivität, eine verminderte Frustrationstoleranz, eine Ungeduld sowie ein Unterbrechen im Gespräch. Ausserdem kennzeichnend sei, dass der Versicherte seine Ausbildung unter seinen intellektuellen Möglichkeiten absolviert habe. Dies sei zugleich auch die Erklärung, warum er keine Schulschwierigkeiten gehabt hätte. Bei entsprechendem Intelligenzniveau könnten die Defizite durch Hyperfokussieren usw. kompensiert werden. Weiter kennzeichnend sei, dass der Versicherte durch Kokain beruhigt und nicht aufgeputscht werde. In diesem Sinne seien auch die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Sedativa wie auch Kokain zu verstehen. Sie wirkten beruhigend, die innere Unruhe nehme ab, eine Entspannung werde möglich, ebenso könnten zu Beginn der Sucht die impulsiven Durchbrüche während des Konsums besser unterdrückt werden. Das Suchtleiden sei als Folge der ADHS zu verstehen. Nun, da der Versicherte ohne Substanzkonsum auszukommen versuche, bedürfe es eines grösseren Aufwandes seinerseits für die Reizabschirmung, die Impuls- und Affektkontrolle. Bereits bei kleinen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz fühle er sich innerlich sehr unruhig und angespannt. Die Ausprägung der ADHS und der Folgeschäden seien beträchtlich, gesundheitlich, ökonomisch und psychosozial. In Bezug auf das Suchtleiden zeige der Versicherte Phänomene des Cravings, der Toleranzentwicklung, des anhaltenden Substanzgebrauches trotz schädlicher Folgen sowie einen unkontrollierten Konsum. Neben den psychosozialen Faktoren zeige sich eine leichte Atrophie im MRI, ohne Hinweise auf eine neurodegenerative Erkrankung. Dennoch präsentiere sich bei der neurokognitiven Testung eine leichte kognitive Störung. Auch die rezidivierende depressive Störung sei als Begleitsymptom der ADHS zu werten. In der Hamilton Depression Scale-Testung zum Zeitpunkt der Untersuchung habe ein Wert von 19 vorgelegen, welcher einer leichten depressiven Symptomatik entspreche (S. 5 ff. Ziff. 4.2.2).

Aus polydisziplinärer Sicht komme es als Folge der neuropsychologischen und psychischen Diagnosen zu einer relevanten hochgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 8 Ziff. 4.3). Bezüglich Persönlichkeit besonders im Hinblick auf die

Ressourcenlage könne die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Rahmen der aktuellen fachpsychiatrischen Beurteilung nicht gestellt werden. Die in den Akten mehrmals aufgeführte Persönlichkeitsakzentuierung oder der Verdacht auf narzisstische und abhängige Züge könnten nicht bestätigt werden. Dagegen spreche die Beziehungsgestaltung: Der Versicherte könne Beziehungen zu seinen Kindern und seiner Exfrau tragend halten (S. 8 Ziff. 4.4).

Bei der Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde das Folgende ausgeführt: Aus psychiatrischer Sicht habe der Versicherte versucht, die Funktionsstörungen, welche als Folge der ADHS bestünden (impulsive Durchbrüche, geringe Frustrationstoleranz mit erhöhter Vulnerabilität, depressive Störung, Schwierigkeiten in der Organisation und Planung), durch Alkohol, Sedativa und Kokain zu therapieren. Dies habe in der Folge zu einer Abhängigkeitserkrankung mit weitreichenden Folgen geführt (Selbstfürsorgedefizit in psychischen, ökonomischen und psychosozialen Bereichen). Dennoch sei es dem Versicherten gelungen, mithilfe von Disulfiram und äusseren Strukturen in einer geschützten, reizarmen Umgebung die Abstinenz aufrechtzuerhalten. Und dies, obwohl es unveränderte Belastungsfaktoren in seinem Leben gebe: ..., ..., finanzielle Enge (S. 8 Ziff. 4.5).

Bei der Konsistenzprüfung wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie folgt argumentiert: Im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten die Beschwerdeschilderungen des Versicherten nicht auf Verdeutlichungs- oder gar Aggravationstendenzen hingewiesen. Die berichteten Schwierigkeiten im Gedächtnis seien seit Jahren aktenkundig. Er habe psychische Beeinträchtigungen wie Ängste und eine schwankende Stressresistenz. Die erhobenen Testbefunde würden als authentisch gewertet und würden in ihrer Art den zweimalig in einer Demenzklinik erhobenen neuropsychologischen Vorbefunden entsprechen. Die standardisierte Beschwerdevalidierung sei unauffällig gewesen. Auch aus psychiatrischer Sicht seien sämtliche in den Akten erwähnten und vom Versicherten geschilderten Symptome und Funktionseinbussen konsistent und plausibel.

Es gebe keine Widersprüche zwischen dem Untersuchungsergebnis und der Aktenlage (S. 8 f. Ziff. 4.6).

Aus polydisziplinärer Sicht sei der Versicherte für die angestammte berufliche Tätigkeit als .../... vollständig und anhaltend arbeitsunfähig. Dies einerseits aufgrund der Alkoholabhängigkeitserkrankung: Es bestehe eine dauernde Exposition zu Alkoholika. Andererseits aufgrund seiner Desorganisation, seiner Beeinträchtigung in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.7). Betreffend eine der Behinderung angepassten Tätigkeit müsse es sich um eine den Möglichkeiten und Grenzen des Versicherten angepasste Tätigkeit handeln, die einfache, repetitive, überlernte Aufgaben beinhalte. Die Anforderungen an die Arbeitsorganisation müssten gering sein, ebenso an das Erlernen- und Einübenmüssen von neuen Abläufen. Auch müsse die Umgebung strukturgebend sein, reizarm, nicht überfordernd, aber dennoch fordernd und in einem toleranten Umfeld, um die Funktionseinbussen zu kompensieren. In einer derart optimal adaptierten beruflichen Verweistätigkeit wäre aus polydisziplinärer Sicht eine maximale Anwesenheit von vier Stunden pro Tag möglich. Aufgrund der Funktionseinbussen (verringerte Frustrationstoleranz, Impulsdurchbrüche, Stressintoleranz) könne keine über die Zeit gleichmässige Leistung erwartet werden. Die Leistung sei abhängig von den Krisen des Versicherten. Es bestehe somit als Folge der psychiatrischen Einschränkungen keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 9 f. Ziff. 4.8). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe aufgrund der kombinierten neuropsychologischen und psychiatrischen Diagnose zum aktuellen Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die angestammte berufliche Tätigkeit wie auch für alle optimal adaptierten beruflichen Verweistätigkeiten (S. 10 Ziff. 4.9).

### **3.3**

**3.3.1** Anlässlich der nichtöffentlichen Sitzung der zuständigen Kammer vom 3. April 2023 ergaben sich hinsichtlich des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens verschiedene Unklarheiten und offene Punkte. Infolge dieser Mängel gelangte der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung

vom 5. April 2023 an die MEDAS und forderte die psychiatrische MEDAS-Gutachterin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sowie den für die Fachdisziplin Allgemeine Innere Medizin sowie die Fallführung und Koordination von Rückfragen verantwortliche Dr. med. G.\_\_\_\_\_, auf, verschiedene Fragen zu beantworten (vgl. prozessleitende Verfügung vom 5. April 2023).

**3.3.2** In der Stellungnahme vom 2. Mai 2023 (in den Gerichtsakten) führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ das Folgende aus:

Dr. med. F.\_\_\_\_\_, die zum Zeitpunkt der Begutachtung als psychiatrische Gutachterin für die MEDAS tätig gewesen sei, sei zum aktuellen Zeitpunkt (Mai 2023) aufgrund einer anhaltenden Erkrankung vollständig arbeitsunfähig. Sie sei daher nicht in der Lage, zu den vom Verwaltungsgericht gestellten Fragen Stellung zu nehmen. Wie lange dieser Zustand noch anhalte, entziehe sich der Kenntnis der MEDAS. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sei darüber hinaus nicht mehr für die MEDAS tätig. Daher müssten sämtliche in diesem Zusammenhang (psychiatrische Beurteilung) gestellten Fragen leider unbeantwortet bleiben.

Gemäss der neurologischen Begutachtung im April 2017 hätten leichtgradig ausgeprägte Zeichen einer Neuropathie mit Sensibilitätsstörungen an den Füssen bestanden. Damals sei beurteilt worden, dass dadurch keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen sei. In der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich hinsichtlich der Sensibilitätsstörung ein gebessertes Bild und hinsichtlich der leichten Gangunsicherheit ein Status idem gezeigt, sodass sich insgesamt keine wesentliche Veränderung eingestellt habe. Sowohl vor als auch nach dem 29. Juni 2017 habe bezüglich der zu vermutenden Polyneuropathie keine Ausprägung bestanden, die wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die im Rahmen der neurologischen und psychiatrischen Begutachtungen im April 2017 durch die damaligen Sachverständigen getätigten Einschätzungen bezogen auf die kognitive Leistungsfähigkeit basierten auf – im Vergleich zu einer formalen neuropsychologischen Untersuchung – sehr rudimentären Untersuchungsbefunden, sodass sich die späteren und die aktuellen neuropsychologischen Befunde mit den genannten Einschätzungen aus dem Jahre 2017 nicht vergleichen liessen. Die erste neuropsychologische Standortbestimmung sei erst im September

2018 durchgeführt worden. Damals sei von einem bestehenden Alkoholkonsum auszugehen gewesen. Es seien verglichen zu heute in der Art und im Ausmass analoge Befunde erhoben worden. Dann habe der Versicherte den Alkoholkonsum (2019) sowie den Kokainkonsum (2018) sistiert und im November 2020 habe eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung wiederum in der Art und im Ausmass zu den heutigen analoge Befunde gezeigt. Dass nun seit September 2018 bei bestehendem Suchtmittelkonsum und November 2020 bei Suchtmittelfreiheit unveränderte kognitive Störungen bestünden, lasse nicht erwarten, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit noch verbessern werde. Zusammengefasst bestehe aus neurologischer Sicht eine stabile Situation, aus neuropsychologischer Sicht könne kein direkter Vergleich gezogen werden, da die erste neuropsychologische Standortbestimmung erst im September 2018 erfolgt sei. Da sich in einer Folgeuntersuchung vom November 2020 trotz Suchtmittelfreiheit jedoch die gleichen kognitiven Störungen gezeigt hätten, könne davon ausgegangen werden, dass die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit unverändert sei und sich auch in Zukunft nicht verändern werde. Bezüglich des psychiatrischen Verlaufs könnten aufgrund oben genanntem Ausfalls der begutachtenden Psychiaterin keine ergänzenden Informationen geboten werden. Da die aus gutachterlicher Sicht festgestellte medizinisch-theoretische vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt massgeblich durch die psychiatrischen Diagnosen begründet sei und die psychiatrische Gutachterin hierzu keine Stellung nehmen könne, müssten die vom Gericht gestellten Fragen leider unbeantwortet bleiben.

**3.3.3** Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Juli 2023 gelangte der Instruktionsrichter mit der Frage, ob sie aktuell in der Lage und bereit wäre, dem Gericht die mit prozessleitender Verfügung vom 5. April 2023 an sie gerichteten Fragen direkt zu beantworten, an Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Diese liess sich nicht vernehmen.

**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 Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

### **3.5**

**3.5.1** In somatischer Hinsicht erfüllen das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022 (AB 110.1 f.) sowie die diesbezüglichen Teilgutachten (allgemeininternistisches Teilgutachten vom 8. April 2022 [AB 110.4] und neurologisches Teilgutachten vom 19. Februar 2022 [AB 110.5]) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor). Die Feststellungen der Experten beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung

der geklagten Beschwerden und Einschränkungen getroffen worden. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Dem Gutachten inkl. Teilgutachten kommt volle Beweiskraft zu und es kann diesbezüglich darauf abgestellt werden. Daran hat die im Verwaltungsgerichtsverfahren eingeholte Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai 2023 (in den Gerichtsakten) nichts geändert. Damit besteht aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 110.4/12 f. Ziff. 8.1 f., 110.5/16 Ziff. 8.1 f.).

**3.5.2** Auch in psychiatrischer und neuropsychologischer Hinsicht erfüllen das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022 (AB 110.1 f), das psychiatrische Teilgutachten vom 8. April 2022 (AB 110.7) sowie das neuropsychologische Teilgutachten vom 13. April 2022 (AB 110.6) grundsätzlich (vgl. jedoch die nachfolgenden Ausführungen) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor).

Auch wenn – wie unter E. 3.1 hiavor dargelegt – ein Wegfall einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, mithin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, bei zuvor vollumfänglich verneintem Leistungsanspruch grundsätzlich für sich allein genommen keinen Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrund darstellt, so gilt es das Nachfolgende zu beachten: Unbestrittenermassen lebt der Beschwerdeführer nun abstinent (vgl. etwa E. 3.1 hiavor). Im vorliegenden Fall relevant ist, dass der Wegfall einer Tatsache (Suchtmittelkonsum) zu beurteilen ist, die dannzumal (im Jahre 2017; AB 39) zur Beweislosigkeit in Bezug auf eine – nunmehr erkennbare – Erkrankung (hier ADHS) geführt hat (BGer 9C\_113/2021, E. 4.2). Damit ist dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin, es handle sich bei der psychiatrischen MEDAS-Beurteilung und somit auch der nachträglichen Diagnosestellung des ADHS um eine revisionsrechtlich unbeachtliche andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts (vgl. Stellungnahme vom 20. Juni 2023), vorläufig nicht zu folgen. Vielmehr ist anhand des psychiatrischen MEDAS-Teilgutachtens nicht auszuschliessen, dass infolge

der Abstinenz und der deshalb erstmals gestellten Diagnose ADHS eine Verschlechterung in der Leistungsfähigkeit (trotz besserem Gesundheitszustand) vorliegt, zumal die „Down-Regulation“ durch Alkohol nicht mehr zum Tragen komme und der Beschwerdeführer mehr Ressourcen benötige, um seinen Alltag aufrecht erhalten zu können (AB 110.7 S. 27). Indessen genügt das besagte Teilgutachten nicht, um diese Frage beantworten zu können, und der Instruktionsrichter gelangte an Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Ergänzung ihrer Expertise, die aber wegen deren Erkrankung zurzeit und bis auf Weiteres nicht erfolgen kann (vgl. prozessleitende Verfügung vom 2. August 2023). Damit bleiben die mit prozessleitender Verfügung vom 5. April 2023 gestellten Fragen und die Gutachtensergänzung aus psychiatrischer Sicht offen. Eine entsprechende Klarstellung bleibt aber weiterhin unabdingbar. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als (punktuell) ungenügend erstellt und die Sache ist im Sinne des Subeventualbegehrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie das Erforderliche zur Klärung der offenen Fragen nachholt und hernach neu verfügt. Unter diesen Umständen ist es dem Verwaltungsgericht unbenommen, die Sache zur Ergänzung des psychiatrischen Teilgutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen, zumal sich die Expertise von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ abgesehen von den besagten Punkten als grundsätzlich beweiswertig erweist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1; vgl. auch CRISTINA SCHIAVI, in: FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 43 N. 4). Dabei obliegt es der Beschwerdegegnerin zu entscheiden, wie sie zur ergänzenden Klärung des Sachverhalts weiter vorgehen will.

#### **4.**

Aufgrund des Dargelegten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 2. September 2022 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen über den Leistungsanspruch neu befinde.

## **5.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der Beigeladenen sind mangels eigener Anträge keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. MICHEL DAUM, IN HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 14 N. 11).

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 10. Juli 2023 hat Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ einen Aufwand von Fr. 4'176.55, Spesen von Fr. 377.60 und die Mehrwertsteuer von Fr. 350.67, total Fr. 4'904.80, geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird damit auf Fr. 4'904.80 festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**5.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Interesse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 39 N. 1).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 2. September 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen vorgehe und neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'904.80 (inkl. Auslagen und MwSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - C. \_\_\_\_\_
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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