

200 23 374 IV  
SCI/GET/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. August 2023**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. März 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

#### **A.a.**

Der ... geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gebürtiger ..., reiste am 14. September 2000 in die Schweiz ein und wurde im Mai 2001 vorläufig aufgenommen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 3 S. 1). Im Januar 2008 meldete er sich unter Hinweis auf eine Depression, Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen, eine psychische Krankheit wegen des Krieges sowie Beinschmerzen (Knochen) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 2; 6). Nachdem die IVB Berichte behandelnder Ärzte beigezogen hatte, verneinte sie mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 29. April 2008 (act. II 16) einen Rentenanspruch mit der Begründung, der Versicherte sei im September 2000 mit den bestehenden Gesundheitsschäden in die Schweiz eingereist und der Versicherungsfall sei bei der Einreise somit bereits eingetreten gewesen.

Auf ein im Oktober 2013 eingereichtes Neuanmeldungs-gesuch (act. II 26) trat die IVB mit Verfügung vom 9. Dezember 2013 (act. II 28) unter Hinweis auf die Begründung in der Verfügung vom 29. April 2008 nicht ein.

#### **A.b.**

Im August 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 33). Mit Verfügung vom 11. Januar 2017 (act. II 42) trat die IVB auf das Gesuch nicht ein. In der Begründung hielt sie fest, es beständen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen neuer iv-relevanter Gesundheitsschäden seit der Verfügung vom 29. April 2008. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit (unangefochten gebliebenem) Urteil vom 7. August 2017 (VGE IV/2017/118 [act. II 54]) dahingehend gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob

und die Sache an die IVB zurückwies, damit diese auf die Neuanmeldung eintrete und den Leistungsanspruch materiell prüfe.

In der Folge veranlasste die IVB bei der MEDAS C. \_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 22. Februar 2019 [act. II 99.1 ff.]). Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 (act. II 115) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 30% einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit (unangefochten gebliebenem) Urteil vom 13. November 2019 ab (VGE IV/2019/557 [act. II 120 S. 1-17]).

Auf ein im Dezember 2020 eingereichtes Neuanmeldungs-gesuch (Akten der IVB [act. IIA] 125) trat die IVB mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 12. Februar 2021 (act. IIA 135) nicht ein. In der Begründung hielt sie fest, eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen sei seit der letzten Verfügung vom 6. Juni 2019 nicht glaubhaft gemacht.

#### **A.c.**

Im Februar 2021 reichte der Versicherte unter Hinweis auf nicht näher bezeichnete physische und psychische Probleme bei der IVB erneut ein Leistungsgesuch ein (act. IIA 136). Nachdem der Versicherte gegen einen vorbescheidweise in Aussicht gestellten Nichteintretensentscheid opponiert hatte (act. IIA 142; 149), veranlasste die IVB bei der MEDAS C. \_\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 17. Januar 2023 [act. IIA 193.1 ff.]). Nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. IIA 197 ff.) verneinte sie mit Verfügung vom 31. März 2023 (act. IIA 213) bei einem Invaliditätsgrad von 30% einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

#### **B.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 16. Mai 2023 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2023 sei aufzuheben. Die Sache sei zur Abklärung des vollständigen und richtigen Sach-

verhaltes und zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Anschliessend sei über das Leistungsbegehren neu zu verfügen.

2. Eventuell sei unter Aufhebung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2023 über das Leistungsbegehren zu entscheiden.
3. Es sei die unentgeltliche Rechtspflege – beschränkt auf die Verfahrenskosten – zu gewähren und von der Erhebung eines Kostenvorschusses abzusehen.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 31. März 2023 (act. IIA 213). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente der IV.

**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 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, 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). Zwar datiert die vorliegend angefochtene Verfügung vom 31. März 2023 (act. IIA 213), womit sie nach dem 1. Januar 2022 erging. Indessen erfolgte die Neuanmeldung im Februar 2021 (act. IIA 136), womit der frühest mögliche Rentenbeginn noch vor dem 1. Januar 2022 liegt (Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. E. 4 hinten). Zudem ist für die Zeit nach dem 1. Januar 2022 kein Revisionsgrund mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs gegeben, womit das bis 31. Dezember 2021 geltende Recht (fortan aArt.) zur Anwendung gelangt.

## **2.2**

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

Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2.2** Nach aArt. 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).

## **2.3**

**2.3.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.3.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung 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).

**2.3.3** 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 insbesondere bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (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).

**2.3.4** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.3.5** 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).

**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** Die Rechtskraft von Verfügungen und (Einsprache- oder Beschwerde-) Entscheiden über Dauerleistungen im Bereich der Sozialversicherung, u.a. Renten der Alters- und Invalidenversicherung, ist grundsätzlich zeitlich unbeschränkt. Sie erfasst die Anspruchsvoraussetzungen ebenso wie die Faktoren der Leistungsbemessung, soweit sie im Entscheidzeitpunkt abgeschlossene Sachverhalte betreffen. Es liegt insofern eine abgeurteilte Sache (*res iudicata*) im Rechtssinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbemessungsfaktoren können daher vorbehältlich einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung des rechtskräftigen Entscheids (Art. 53 Abs. 1 und Art. 61 lit. i bzw. Art. 53 Abs. 2 ATSG) nicht bei jeder neuen Bezugsperiode in Frage gestellt und geprüft werden, es sei denn, das Gesetz sehe ausdrücklich eine andere Regelung vor, wie etwa im Bereich der Ergänzungsleistungen (BGE 136 V 369 E. 3.1.1 S. 373; SVR 2013 IV Nr. 45 S. 139 E. 4.1).

**2.5.2** Die vorstehenden Grundsätze gelten auch im Rahmen der Revision einer Dauerleistung im Sinne der Anpassung *pro futuro* an (nachträgliche) erhebliche Änderungen der tatsächlichen (und allenfalls rechtlichen) Grundlagen der ursprünglichen Leistungszusprechung. Damals bejahte Anspruchsvoraussetzungen und festgesetzte Leistungsbemessungsfaktoren, welche im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheids abgeschlossene Sachverhalte betreffen, können zufolge Rechtskraft nicht erneut überprüft werden. Vorbehalten bleibt das Zurückkommen auf den ursprünglich leistungszusprechenden Entscheid unter dem Titel Wiedererwägung oder prozessuale Revision. Anders verhält es sich mangels sachlicher Identität bei einem neuen Versicherungsfall oder wenn zur ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung eine davon völlig verschiedene Gesundheitsstörung hinzugetreten ist und zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades geführt hat (BGE 136 V 369 E. 3.1.1 S. 374; SVR 2013 IV Nr. 45 S. 139 E. 4.1).

Es liegt kein neuer Versicherungsfall vor, wenn die bei Übergang auf eine höhere Invalidenrente rechtfertigende Zunahme des Invaliditätsgrades die Folge einer Verschlimmerung der ursprünglichen Gesundheitsbeeinträchtigung ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. März 2014,

8C\_721/2013, E. 4.2). Allein bei materieller Verschiedenheit der Invaliditätsursachen entsteht ein neuer Versicherungsfall mit der Folge, dass die der ersten Ablehnungsverfügung zugrunde liegende fehlende Versicherteneigenschaft das neue Leistungsgesuch nicht präjudiziert (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Mai 2017, 8C\_93/2017, E. 4.2; MEYER/ REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, S. 52, Rz. 160).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Februar 2021 (act. IIA 136) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die (mit VGE IV/2019/557 bestätigte [act. II 120]) Verfügung vom 6. Juni 2019 (act. II 115) – mit welcher ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 30% verneint worden war – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 31. März 2023 (act. IIA 213; vgl. E. 2.3.4 vorne).

**3.2** Gegenstand des (vorliegenden) Revisionsverfahrens bilden nur Gesundheitsschäden, für welche auch die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. E. 2.5 vorne). Insoweit ergibt sich folgendes Bild:

**3.2.1** Mit Verfügung vom 29. April 2008 (act. II 16) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch mit der Begründung, die (damals) bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen hätten bereits bei der Einreise in die Schweiz bestanden, womit die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Dieser (unangefochten gebliebenen) Verfügung lagen die folgenden medizinischen Dokumente zugrunde:

**3.2.1.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, hielt im Bericht vom 24. März 2004 (act. II 12 S. 8 f.) die folgenden Diagnosen fest (S. 8):

- Persistierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer/spondylogener Ausstrahlung bei

- massiver Hyperlordose lumbosakral
- segmentalen Funktionsstörungen
- muskulärer Dysbalance
- Depression/Kriegsschädigung

Der Beschwerdeführer leide seit drei Jahren an Schmerzen lumbal mit zeitweiliger Ausstrahlung in Ober- und Unterschenkel (S. 8).

**3.2.1.2** Im Bericht der Klinik I. \_\_\_\_\_ vom 29. September 2004 (act. II 12 S. 12-14) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt:

- Persistierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer/spondylogener Ausstrahlung links mit/bei
  - muskulärer Dysbalance und Insuffizienz
  - Fehlhaltung; Streckhaltung, RX 28. Juli 2004
  - Leichtem Rückversatz LWK5 gegenüber S1
  - Spondylarthrose, insbesondere L5/S1 beidseits
- Schmerzverarbeitungsproblematik mit ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik und Somatisierungstendenz bei positivem Waddelzeichen
- Cervicocephales Syndrom mit/bei
  - Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance

Der Beschwerdeführer leide seit drei Jahren an chronischen lumbalen Rückenbeschwerden mit Schmerzausstrahlung in die Beine (S. 12).

**3.2.1.3** Im Bericht der Psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2007 (act. II 12 S. 4 f.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 5):

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1)
- Mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F32.1)
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Anamnestisch gebe der Beschwerdeführer an, an Albträumen vom Krieg sowie an verschiedenen Körperbeschwerden zu leiden (S. 4).

Mit weiterem Bericht der Psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 11. Februar 2008 (act. II 13 S. 6-12) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 6):

- PTBS (ICD-10 F43.1)
- Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0), aktuell leichte Episode
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Wahrscheinlich bestehe seit 1999 eine wesentliche Einschränkung (S. 11).

### **3.2.2**

**3.2.2.1** Im weiteren Verlauf trat die Beschwerdegegnerin unter Hinweis fehlender Anhaltspunkte für das Vorliegen neuer iv-relevanter Gesundheitsschäden seit der Verfügung vom 29. April 2008 auf neue Leistungsbegehren jeweils nicht ein. Im Zuge der vom Beschwerdeführer gegen die Nichteintretensverfügung vom 11. Januar 2017 (act. II 42) erhobenen Beschwerde erwog das Verwaltungsgericht in VGE IV/2017/118 vom 7. August 2017 (act. II 54), der Verfügung vom 29. April 2008 komme bindende Wirkung zu. Zu prüfen sei, ob die Neuanschuldung einen neuen Versicherungsfall beschlage (E. 3 [S. 6]). Seit der nämlichen rentenablehnenden Verfügung seien diverse neue Gesundheitsschäden (namentlich das Smoldering Multiple Myelom, die Venenthrombose resp. deren Folgeerkrankungen sowie das Schlafapnoe-Syndrom) zu den damaligen Gesundheitsschäden (Rücken- und Kopfschmerzen, depressive Symptomatik bzw. PTBS) hinzugekommen (E. 3.3 [S. 10]). Inwieweit sich die neuen, d.h. seit 2008 hinzugekommenen Gesundheitsschäden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirkten, sei abzuklären. Hingegen seien betreffend die bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. April 2008 vorgelegenen Gesundheitsschäden keine zusätzlichen Abklärungen erforderlich, d.h. namentlich in psychiatrischer Hinsicht sowie betreffend die vorbestehenden Rückenprobleme erübrigten sich solche (E. 3.3.1 [S. 11]).

**3.2.2.2** Im polydisziplinären, onkologisch-rheumatologisch-internistischen Gutachten des MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 22. Februar 2019 (act. II 99.1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 99.1 S. 9):

#### **Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Smoldering Multiple Myelom IgA Lambda Stadium II, ED 3. August 2011, seither watch and wait Strategie
2. Fraglich leichtgradige tumorassoziierte Fatigue Symptomatik
3. Generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (fibromyalgiformes Schmerzsyndrom, DD anhaltende somatoforme Schmerzstörung)
4. Panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei degenerativer Diskopathie L5/S1, Fazettenarthrosen L4-S1 beidseits, Hypertrophie des Ligamentum flavum Th4/5 rechtsbetont respektive Th10/11, mit leichtgradiger Pelottierung des Myelons von ventral her Th10/11, dies im Sinne einer Spinalkanalstenose

#### **Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Thrombose der Vena lienalis mit Splenomegalie und ausgeprägten Umgehungskreisläufen ED Juni 2016
2. Hepatitis B ED Dezember 2016
3. Hämorrhoiden Grad I bis II ED September 2017, Status nach Hämorrhoidenoperation 2013, letzte Koloskopie mit Bestätigung der Diagnose und sonst unauffälligem Befund bis Mitte Kolon transversum 26. September 2017
4. Arterielle Hypertonie ED Juni 2016
5. Leichtes Übergewicht BMI 26.6 kg/m<sup>2</sup>
6. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, CPAP-Therapie 2012 bis 2016
7. Nikotinabusus 20 Zigaretten täglich
8. Vitamin B12 Mangel ED Dezember 2016, regelmässige parenterale Substitutionen
9. Fruktose- und Laktoseintoleranz ED Oktober 2009

Das Weichteilschmerzsyndrom imponiere wie ein fibromyalgiformes Schmerzsyndrom, wobei die Differenzialdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei einer vorbestehenden PTBS im Raum stehe. Zusätzlich bestehe ein panvertebrales Schmerzsyndrom infolge einer muskulären Dysbalance, eine leichtgradige Fehllhaltung (Vorneigehaltung des Rumpfes, rechtskonvexe Skoliose) und infolge von diskreten degenerativen Veränderungen insbesondere der Bandscheibe L5/S1 mit Fazettenarthrosen L4 bis S1 beidseits. Auf Höhe der Brustwirbelsäule seien ebenso Pathologien magnetomographisch nachgewiesen worden, dies im Sinne einer Spinalkanalstenose.

Aus rein onkologischer Sicht bestehe eine Einschränkung durch das Smoldering Multiple Myelom in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von maximal 10% in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Die im Vordergrund stehenden Beschwerden hierbei seien v.a. in der Schmerzsymptomatik begründet, die Einschränkungen überschneiden sich erheblich mit den rheumatologisch (oder im Rahmen der Somatisierungsstörung) begründeten Defiziten. In Anbetracht einer möglichen (jedoch nicht diagnostisch fassbaren) Fatiguesymptomatik, werde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im interdisziplinären Konsens der betei-

ligten Fachgebiete bei 30% (entsprechend einem Restleistungsvermögen von 70%) eingeschätzt (S. 10).

**3.2.2.3** Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 (act. II 115) verneinte die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 30% einen Rentenanspruch. Im Zuge des dagegen gerichteten Beschwerdeverfahrens erwog das Verwaltungsgericht in VGE IV/2019/557 (act. II 120), es könne offen bleiben, ob die interdisziplinär festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 30% tatsächlich einzig die seit 2008 aufgetretenen Gesundheitsschäden – unter Ausklammerung der bereits damals vorhandenen gesundheitlichen Affektionen – umfasse. Gerade das aus rheumatologischer Sicht im Vordergrund stehende generalisierte Weichteilschmerzsyndrom dürfte wohl zumindest teilweise bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. April 2008 vorgelegen haben (E. 3.4 [S. 14]).

**3.3** Im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 6. Juni 2019 bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 31. März 2023 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Vom 23. Juli bis 13. August 2019 befand sich der Beschwerdeführer bei den Psychiatrischen Diensten E.\_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 12. September 2019 (act. IIA 178 S. 2-5) wurden die folgenden "Hauptdiagnosen" gestellt (S. 2):

- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
- Rezidivierend depressive Störung, aktuell schwergradig ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)
- Psychosoziale Belastungsreaktion (negativer IV-Entscheid, Eheprobleme)
- Aktenanamnestisch PTBS

**3.3.2** Am 5. Mai 2020 erfolgte eine dorsale Mikrodekompression Th10/11 beidseits, Th11/12 links sowie Th4/5 rechts (act. IIA 138 S. 13).

**3.3.3** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_, vom 27. Juli 2020 (act. IIA 149 S. 61-65) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt:

- Smoldering Multiple Myelom vom Typ IgA lambda
- Thrombose der Vena lienalis mit progredienter Splenomegalie und venösen Umgehungskreisläufen unklarer Ätiologie
- Chronische Hepatitis B
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom

Der Beschwerdeführer berichte über persistierende Ganzkörperschmerzen von unveränderter Intensität. Es bestehe keine Infektneigung, kein Fieber sowie kein Gewichtsverlust und kein Nachtschweiss. Die Blutungsanamnese sei ebenfalls unauffällig. In der klinischen Untersuchung zeige sich ein ordentlicher Allgemein- und adipöser Ernährungszustand, kardiopulmonal kompensiert. Ein Ganzkörper-MRI habe stationäre Befunde im Verlauf gezeigt. Auch im Labor habe sich ein unauffälliges Blutbild präsentiert (S. 64).

**3.3.4** Am 3. November 2020 erfolgte eine dynamische Stabilisation Dysis (Zimmer) L5/S1 und Mikrodekompression-Diskektomie von links (act. IIA 138 S. 11).

**3.3.5** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 25. Januar 2021 (act. IIA 138 S. 5-9) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte über exacerbierete Schmerzen im Unterbauch (S. 6). Es habe sich laboranalytisch ein unauffälliger Befund gezeigt. Auch sonographisch habe sich kein wegweisender Befund ergeben, obschon sich die bekannten Umgehungskreisläufe bei bekannter Lienalis-Thrombose hätten darstellen lassen (S. 8).

**3.3.6** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 1. Februar 2021 (act. IIA 138 S. 2) fest, aufgrund der Chronifizierung der depressiven Symptomatik bei PTBS, kombiniert mit dem persistierenden Schmerzbild sowie anderen körperlichen Leiden, müsse von einer ungünstigen Prognose ausgegangen werden. Rein psychiatrisch schätze sie die Arbeitsunfähigkeit auf mindestens 50% ein, interdisziplinär auf 100%. Tendenziell sei eher eine Gesamtverschlechterung eingetreten.

**3.3.7** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2021 (act. IIA 156 S. 3 f.) wurde festgehalten, grundsätzlich bestehe eine unklare Schmerzsymptomatik. Diesbezüglich habe bereits mehrfach eine ausgedehnte Abklärung bei den Gastroenterologen stattgefunden. Hier habe kein Korrelat für die abdominalen Schmerzen gefunden werden können. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerden im Rahmen einer psychosomatischen Störung aufträten (S. 4).

**3.3.8** Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, berichtete am 25. März 2021 (act. IIA 149 S. 59 f.), die Bildgebung sei soweit in Ordnung. Es handle sich um eine chronische Schmerzproblematik, die seit vielen Jahren anhalte. Aus neurochirurgischer Sicht fänden sich verschiedene Pathologien. Die chirurgische Behandlung habe die Pathologien stabilisiert, allerdings mit einer nur leichtgradigen Verbesserung. Bei der chronischen Schmerzkonstellation sei die psychiatrische Mitbetreuung wichtig und vordergründig (S. 60).

**3.3.9** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_, vom 19. November 2021 (act. IIA 193.9 S. 42-46) wurde festgehalten, es handle sich um einen polymorbiden Patienten mit unspezifischer Schmerzsymptomatik, deren Zusammenhang mit der Plasmazellerkrankung (Smoldering Multiple Myelom) noch offen gelassen werden müsse (S. 45).

**3.3.10** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 10. April 2022 (act. IIA 193.9 S. 12-14) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich mit einer Zunahme der chronischen Testalgie und Flankenschmerzen vorgestellt. Laboranalytisch habe sich kein hinweisender Befund, insbesondere keine Einschränkung der Nierenfunktion und sonographisch habe sich keine Nierenstauung gezeigt. CT-graphisch sei eine Uro- sowie Nephrolithiasis und Leistenhernie ausgeschlossen worden (S. 13).

**3.3.11** Dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2022 (act. IIA 193.9 S. 1-3) ist zu entnehmen, bei Verdacht auf zentrale Hypersensitivierung und ein chronisches Schmerzsyndrom des Rückens, des Abdomens und des Beckens sei dem Beschwerdeführer ausführlich erklärt worden, dass aktuell kein pathologischer urologischer Untersuchungsbefund vorliege und ihm dringend von operativen Therapien abgeraten werden müsse (S. 2).

**3.3.12** Im polydisziplinären, die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (Federführung), Neurochirurgie und Rheumatologie beinhaltenden Gutachten des MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2023 (act. IIA 193.1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 193.1 S. 9):

#### **Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronische Rückenschmerzen thorakal bei St. n. Dekompression Th4/5 rechts, Th10/11 beidseits und Th11/12 links am 5. Mai 2020
2. St. n. Diskektomie und Dekompression L5/S1 von links mit dynamischer Stabilisation mit Dynesis im Segment L5/S1 am 3. November 2020
3. Sensible Störung der S1-Nervenwurzel rechts
4. Degenerative Veränderung der unteren lumbalen Wirbelsäule und des lumbosakralen Überganges mit Fazettengelenksarthrosen L4/5 und vor allem L5/S1 beidseits
5. Chronifiziertes Weichteilschmerzsyndrom (DD fibromyalgieform, Somatisierungsstörung)
6. Smoldering Multiple Myelom vom Typ IgA lambda, ED 8/2011 mit diffuser Knochenbeteiligung ohne fokale Osteolysen
7. Chronische Nierenerkrankung unklarer Ätiologie

#### **Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Thrombose der Vena lienalis mit Splenomegalie und Umgehungskreisläufen, Fundusvarizen, ED 06/2016
  - Thrombophilie-Abklärung 2016 negativ
  - Aktuell unter Antikoagulation mit Rivaroxaban
2. Inaktive chronische HBe-Ag negative HBV-Infektion (HBV-DNA <10 IU/ml)
3. Adipositas (BMI 32 kg/m<sup>2</sup>)
4. Arterielle Hypertonie
5. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
  - CPAP-Therapie 2012 bis 2020
  - Aktuell beschwerdefrei
6. Verdacht auf funktionelle Dyspepsie
7. Verdacht auf chronic pelvic pain syndrome (CPPS)
8. Gicht
9. Vitamin-B-12-Mangel unklarer Ätiologie, aktuell substituiert
10. Nierenzyste

In der interdisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Schilderung der subjektiv stark einschränkenden Beschwerden und deren Intensität bleibe insgesamt in allen drei Gutachten eher vage und unpräzise. Die geschilderten Beschwerden liessen sich in diesem Ausmass anhand der

vorliegenden klinischen und radiologischen Befunde medizinisch nicht vollständig nachvollziehen. Die Resultate der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) seien infolge erheblicher Symptomausweitung nicht verwertbar. Es beständen Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und dem intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. So sei der Beschwerdeführer in der Lage, den Sohn mit dem Auto zur Schule zu fahren, dann im Laufe des Vormittags häufig Physiotherapie wahrzunehmen, auch einzukaufen und kurze Spaziergänge zu unternehmen. Auch sei er in der Lage, im Urlaub in den ... zu reisen (S. 8).

Aus neurochirurgischer Sicht bestehe eine dauerhaft verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit der LWS und der BWS bei St. n. Operationen in vier Segmenten. Der Beschwerdeführer sei aber für leichte körperliche Tätigkeit in wechselnder Körperhaltung mit Positionsausgleich einsetzbar. Es werde daher eine maximale Präsenz in angepasster Tätigkeit von sechs Stunden postuliert, sodass insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 70% angenommen werde.

Aus rheumatologischer Sicht bestehe neben den Erkrankungen der Wirbelsäule ein chronifiziertes Weichteilschmerzsyndrom mit ausgeprägten, in Symmetrie angeordneten Weichteildruckdolenzen am gesamten Schultergürtel, beider Ellenbogengelenke, an einzelnen Abschnitten der Wirbelsäule und am gesamten Beckengürtel. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit in einem Umfang von 4.25 Stunden pro Tag zuzumuten, ohne zusätzliche rheumatologisch begründbare Leistungsminderung, sodass insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 50% angenommen werde. Die unterschiedliche Bewertung der Arbeitsunfähigkeit im neurochirurgischen und im rheumatologischen Gutachten beruhe darauf, dass im neurochirurgischen Gutachten nur die Wirbelsäulenerkrankung betrachtet werde, im rheumatologischen Gutachten zusätzlich das chronifizierte Weichteilschmerzsyndrom.

Aus internistischer Sicht sei davon auszugehen, dass zum einen das Smoldering Multiple Myelom, zum anderen die chronische Nierenerkrankung zu einer allgemeinen Einschränkung der Leistungsfähigkeit (bzw. zu einem erhöhten Pausenbedarf) führten. Dabei werde eine etwa 10%ige

Einschränkung der Leistung durch die onkologische Erkrankung (wie auch im Vorgutachten) und zusätzlich eine etwa 20%ige Einschränkung durch die renale Erkrankung angenommen, insgesamt also eine Einschränkung von 30%.

Im interdisziplinären Konsens werde festgestellt, dass die Einschränkungen in den verschiedenen Fachgebieten integral betrachtet werden könnten (S. 10, 11). Die Gesamtarbeitsfähigkeit betrage 50% (S. 12). Seit der letzten Verfügung vom 6. Juni 2019 habe sich der Gesundheitszustand wesentlich verändert (Operationen an der BWS und LWS und dadurch Verschlechterung der Belastbarkeit der Wirbelsäule; zwischenzeitliches Auftreten einer chronischen Nierenerkrankung, welche zu einer allgemeinen Einschränkung der Leistungsfähigkeit führe [S. 13]).

### **3.4**

**3.4.1** 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).

**3.4.2** 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

**3.4.3** Die im Rahmen der Weiterentwicklung der IV erfolgte und per 1. Januar 2022 in Kraft getretene Neuordnung der Gutachtensvergabe (vgl. Art. 44 ATSG und Art. 7j ff. der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11] in der jeweils ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung) hat keine Auswirkung auf den materiellen Beweiswert von Gutachten, weshalb die vorstehend dargelegte höchstrichterliche Rechtsprechung zum Beweiswert von Gutachten (vgl. E. 3.4.2 vorne) unverändert Gültigkeit hat.

**3.5** Das polydisziplinäre MEDAS C. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Januar 2023 (act. IIA 193.1 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung – welche mit jener der behandelnden Ärzte im Wesentlichen übereinstimmt (vgl. E. 3.3 vorne) – überzeugend und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen beantworten. Danach liegen beim Beschwerdeführer diverse gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränken, wobei die subjektiv stark einschränkenden Beschwerden nicht mit den klinischen und bildgebenden Befunden korrelieren. Die Gutachter attestierten unter Berücksichtigung aller Gesundheitsschäden integral eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte mit Verweis auf die mangels erfüllter versicherungsmässiger Voraussetzungen auszuklammernden Gesundheitsschäden eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (vgl. E. 3.8 hinten).

**3.6** Der Beschwerdeführer beanstandet, dass im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung keine psychiatrische Untersuchung erfolgte (Beschwerde, S. 5).

**3.6.1** Wie in E. 3.2.1 vorne dargelegt, wurden mit (in Rechtskraft erwachsener) Verfügung vom 29. April 2008 die versicherungsmässigen Vor-

aussetzungen in Bezug auf einen Rentenanspruch verneint. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. E. 3.2.1.1 ff. vorne) bestanden bereits bei der Einreise in die Schweiz (vgl. E. 2.5.1 vorne). Zu diesen Gesundheitsschäden gehörten namentlich auch psychische Beschwerden in Form einer PTBS, einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Somatisierungsstörung (vgl. E. 3.2.1.3 vorne), womit insoweit eine abgeurteilte Sache vorliegt. Wie bereits in den Urteilen VGE IV/2017/118 (vgl. E. 3.2.2.1 vorne) und VGE IV/2019/557 (vgl. E. 3.2.2.3 vorne) dargelegt wurde, sind diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen – darunter die genannten psychischen Gesundheitsschäden – bei der Prüfung von neuen Rentengesuchen auszuklammern, was auch weiterhin und namentlich auch im vorliegenden Verfahren Gültigkeit beansprucht (vgl. E. 2.5.2 vorne).

**3.6.2** Der Beschwerdeführer anerkennt dies grundsätzlich, wenn er beschwerdeweise vorbringt, es sei klar und unstrittig, dass eventuelle Verschlechterungen der bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. April 2008 bestehenden psychischen Beschwerden nicht berücksichtigt werden könnten. Er stellt jedoch in den Raum, es seien seit der Verfügung vom 29. April 2008 möglicherweise neue psychische Beschwerden hinzugekommen mit der Folge, dass – bei materieller Verschiedenheit der Invaliditätsursachen – ein neuer Versicherungsfall entstanden sein (könnte) und auch die entsprechenden Einschränkungen zu berücksichtigen wären (Beschwerde, S. 5).

Für eine solche Annahme bestehen in den Akten jedoch keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 1. Februar 2021 auch weiterhin eine depressive Symptomatik bei PTBS, kombiniert mit dem persistierenden Schmerzbild sowie anderen körperlichen Leiden (act. IIA 138 S. 2). Dabei stellte sie entgegen der Beschwerde auch weiterhin einen Bezug zu Erlebnissen des Beschwerdeführers während des Krieges im ... her. Dass sodann die psychischen Beschwerden (auch) im Verbund mit körperlich empfundenen Beeinträchtigungen einhergehen, stellt ebenso wenig eine neue gesundheitliche Entwicklung dar, wurde doch bereits im Bericht der Klinik I. \_\_\_\_\_ vom 29. September 2004 eine chronische Schmerz- bzw. Schmerzverarbeitungsproblematik bei Somatisierungstendenz festgestellt

(vgl. E. 3.2.1.2 vorne) und wurde – wie gezeigt – bereits 2008 bei den Psychiatrischen Diensten E.\_\_\_\_\_ eine Somatisierungsstörung diagnostiziert (vgl. E. 3.2.1.3 vorne), wofür multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche (und somatisch nicht ausreichend erklärbare) Symptome, die bereits seit einigen Jahren bestehen, charakteristisch sind (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 225). Dies unterscheidet sich nicht wesentlich von dem im aktuellen MEDAS C.\_\_\_\_\_-Gutachten diagnostizierten chronifizierten Weichteilschmerzsyndrom, zumal differential-diagnostisch eine Fibromyalgie bzw. wiederum eine Somatisierungsstörung in Betracht gezogen wurde (act. IIA 193.1 S. 9). Letztere wurde noch anlässlich des letzten stationären Aufenthalts bei den Psychiatrischen Diensten E.\_\_\_\_\_ im Sommer 2019 diagnostiziert (vgl. act. IIA 178 S. 2), was zeigt, dass sich die Natur des Beschwerdebildes in der Zwischenzeit nicht wesentlich veränderte. Selbst wenn das (versicherte) Smoldering Multiple Myelom teilsächlich zur Beschwerdeproblematik am Bewegungsapparat beitragen sollte – was Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 1. Februar 2021 zumindest antönt, jedoch im MEDAS C.\_\_\_\_\_-Gutachten überzeugend ausdrücklich verneint wurde (vgl. act. IIA 193.5 S. 10) – könnte unter den gegebenen Umständen hinsichtlich der geltend gemachten psychischen Beschwerden demnach nicht von einer materiellen Verschiedenheit der Invaliditätsursachen gesprochen werden, zumal eine allfällige blossе Verschlechterung der psychischen Beschwerden keine solche Änderung darstellte (vgl. E. 2.5.2 vorne). Von einer nach Lage der Akten im Wesentlichen unveränderten Tatsachenlage geht der Beschwerdeführer letztlich wohl auch selber aus, wenn er – allein im Konjunktiv formuliert – vorbringt, dass falls neue psychische Beschwerden hinzugekommen sein sollten, diese geeignet wären, einen neuen Versicherungsfall zu begründen und zur Folge hätten, dass die entsprechenden Einschränkungen berücksichtigt werden müssten (Beschwerde, S. 5). Soweit er dennoch weitere Abklärungen beantragt, verkennt er, dass es nicht die Aufgabe der Beschwerdegegnerin ist, gleichsam nach Ursachen der geltend gemachten Beschwerden zu forschen, folgt doch aus der Untersuchungsmaxime nicht die Pflicht der Verwaltung (oder des Gerichts), jede denkbare Beweismassnahme durchführen zu müssen, die mit noch so ge-

ringer Wahrscheinlichkeit zu einem Ergebnis führen könnte (vgl. PETER FORSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, 2021, S. 387, N. 7). Denn es bestehen entgegen dem Beschwerdeführer in den sehr zahlreichen medizinischen Berichten gerade keine Anhaltspunkte dafür, dass nach dem Smoldering Multiple Myelom und den operativen Eingriffen im Jahr 2020 "neue psychische Störungen" (Beschwerde, S. 5) aufgetreten sein könnten.

**3.6.3** Zusammenfassend erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als hinreichend abgeklärt und der vom Beschwerdeführer beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks Durchführung einer zusätzlichen psychiatrischen Begutachtung bedarf es nicht.

**3.7** Gestützt auf das MEDAS C.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 17. Januar 2023 (act. IIA 193.1 ff.) ergibt sich im Einzelnen somit Folgendes:

Zunächst ist mit den beiden Operationen an der LWS und der BWS und der gemäss den MEDAS C.\_\_\_\_\_ -Experten dadurch verminderten Belastbarkeit mit damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zur Situation, wie sie anlässlich der Verfügung vom 6. Juni 2019 bestand (vgl. E. 3.1 vorne), eine revisionsrelevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten (act. IIA 193.1 S. 13; vgl. E. 2.3.3 vorne). Damit ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. E. 2.3.5 vorne).

Ferner wurde im MEDAS C.\_\_\_\_\_ -Gutachten für eine den Leiden angepasste Tätigkeit – eine bisherige bzw. angestammte Tätigkeit liegt nicht vor, da der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz keiner Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nachgegangen ist – integral eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert (act. IIA 193.1 S. 12). Diese Einschätzung gilt für die Zeit drei Monate nach der letzten Operation an der Wirbelsäule vom 3. November 2020 (S. 12) und damit mit Blick auf die im Februar 2021 erfolgte Neuanmeldung grundsätzlich für den gesamten (potentiell rentenrelevanten) Beurteilungszeitraum.

### 3.8

**3.8.1** Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung vom 31. März 2023 (act. IIA 213) eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (Arbeitsfähigkeit 70%) zugrunde. In der Begründung hielt sie fest, das Weichteilschmerzsyndrom sowie die Rückenbeschwerden hätten bereits Gegenstand der Verfügung vom 29. April 2008 gebildet. Da die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen seien, könnten die Einschränkungen aufgrund dieser Diagnosen nicht berücksichtigt werden. Demzufolge resultiere ohne Weichteilschmerzsyndrom lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (S. 1).

Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, die Gutachter hätten die Gesamtarbeitsunfähigkeit begründet und festgestellt, dass im interdisziplinären Konsens die Arbeitsunfähigkeiten aller Fachgebiete als integral betrachtet werden könnten, was zu bedeuten habe, dass die Arbeitsunfähigkeiten als umfassend und nicht als weiter teilbar zu betrachten seien. Der Abzug der Arbeitsunfähigkeit von 20% sei somit aktenwidrig und un gerechtfertigt (Beschwerde, S. 6).

**3.8.2** Dem Beschwerdeführer ist insoweit beizupflichten, als die Frage, ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und in welchem Masse, eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung betrifft, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (SVR 2020 IV Nr. 22 S. 76 E. 4.1). Anders als er vorbringt, hat die Beschwerdegegnerin bei der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht "aktenwidrig" – gleichsam ohne medizinische Grundlage – einen Abzug von 20% vorgenommen:

Wie in E. 3.2.1 gezeigt, lag der Verfügung vom 29. April 2008 insbesondere auch eine Schmerzverarbeitungsproblematik mit ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik und Somatisierungstendenz bei positiven Waddelzeichen sowie eine Somatisierungsstörung zugrunde. Entzündungszeichen sowie Rheumascreening waren unauffällig (act. II 12 S. 14). Betroffen von der Schmerzproblematik waren nach Angaben des Beschwerdeführers vor allem der Rücken, insgesamt jedoch verschiedene Stellen des Körpers (S.

4). Für diese Gesundheitsstörung wurden die versicherungsmässigen Voraussetzungen (rechtskräftig) verneint. Hinsichtlich des im MEDAS C. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Januar 2023 diagnostizierten chronifizierten Weichteilschmerzsyndroms präsentiert sich der Sachverhalt im Vergleich zur Situation, wie sie der Verfügung vom 29. April 2008 hinsichtlich der Schmerzproblematik zugrunde lag – wie in E. 3.6.2 vorne bereits dargelegt – nicht wesentlich anders. Insbesondere gab es (auch weiterhin) keine Hinweise auf eine inflammatorische (oder auch radikuläre) Grundlage der geklagten Beschwerden. Auch sind unverändert die Wirbelsäule sowie weitere Körperteile von den Beschwerden betroffen (act. IIA 193.5 S. 10). Daraus folgt, dass in Bezug auf das Weichteilschmerzsyndrom keine neue Diagnose und damit keine neue Gesundheitsstörung vorliegen, welche im vorliegenden Verfahren nunmehr bei der Invaliditätsbeurteilung zu berücksichtigen wären. Nichts anderes folgt aus VGE IV/2019/557, worin das Verwaltungsgericht erwog, dass das aus rheumatologischer Sicht im Vordergrund stehende generalisierte Weichteilsyndrom "wohl zumindest teilweise" bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. April 2008 vorgelegen haben dürfte (E. 3.4 [act. II 115 S. 14]): Einerseits bedurfte es damals mit Blick auf die medizinisch-theoretisch attestierte Gesamtarbeitsfähigkeit von 70% (vgl. act. II 99.1 S. 12) bzw. das Ergebnis keiner eingehenden Prüfung der Natur des betreffenden Leidens. Andererseits könnte selbst dann nicht von einer von der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung davon völlig verschiedenen Gesundheitsstörung (vgl. E. 2.5.2 vorne) gesprochen werden, wenn die auf das Weichteilschmerzsyndrom zurückgeführten Beschwerden in Teilen nunmehr anderweitig imponierten.

Demnach ist die mit dem Weichteilschmerzsyndrom einhergehende Arbeitsunfähigkeit mit der Beschwerdegegnerin auch weiterhin von der Invaliditätsbeurteilung auszuklammern. Dabei nahm sie keine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor, sondern stützte sich auf die entsprechenden Schlussfolgerungen im MEDAS C. \_\_\_\_\_-Gutachten, worin die Experten im interdisziplinären Konsens festhielten, die unterschiedliche Bewertung der Arbeitsunfähigkeit im neurochirurgischen und im rheumatologischen Gutachten beruhe darauf, dass im neurochirurgischen Gutachten nur die Wirbelsäulenerkrankung betrachtet werde, im rheumatologischen Gutachten zusätzlich das chronifizierte Weichteilschmerzsyndrom (act. IIA

193.1 S. 10). Folgerichtig liess die Beschwerdegegnerin die rheumatologisch bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50% ausser Acht, zumal die (rheumatologisch attestierte) 30%ige Arbeitsunfähigkeit mit der neurochirurgisch begründeten und sich auf die Wirbelsäulenauffektion beziehende Arbeitsunfähigkeit von 30% übereinstimmt. Weil die Einschränkungen, wie von den Gutachtern dargelegt, aus interdisziplinärer Sicht integral zu betrachten sind (S. 10), ist unter Berücksichtigung auch der internistischen Beurteilung eine Arbeitsunfähigkeit von gesamthaft 30% (Arbeitsfähigkeit 70%) massgeblich.

**3.8.3** Auf dieser medizinisch-theoretischen Grundlage ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

#### **4.**

Der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns liegt mit Blick auf die im Februar 2021 erfolgte Neuanschuldung (act. IIA 136) im August 2021 (Art. 29 Abs. 1 IVG).

#### **5.**

##### **5.1**

**5.1.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

**5.1.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

**5.1.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass

Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

**5.2** Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf die LSE (des Jahres 2020) ab (vgl. E. 5.1.2 vorne), wobei sie Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Wert TOTAL, Kompetenzniveau 1, Männer, zugrunde legte (act. IIA 213 S. 1). Nachdem der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 2000 nie über eine längere Zeit eine berufliche Tätigkeit (im ersten Arbeitsmarkt) ausgeübt hat (vgl. act. IIA 193.3 S. 9; 195 S. 1 f.), ist dies korrekt und wird im Übrigen auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt.

**5.3** Ferner stellte die Beschwerdegegnerin auch in Bezug auf das Invalideneinkommen auf statistische Werte gemäss LSE ab, was in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keiner ihm an sich zumutbaren Erwerbstätigkeit nachgeht, im Einklang mit den rechtsprechungsgemässen Vorgaben steht (vgl. E. 5.1.3 vorne). Dabei legte die Beschwerdegegnerin dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zugrunde (act. IIA 213 S. 1), was ebenso wenig zu beanstanden ist und auch der Beschwerdeführer grundsätzlich nicht in Frage stellt. Er macht jedoch geltend, entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin sei vorliegend ein leidensbedingter Abzug von 25% vom Tabellenlohn vorzunehmen (Beschwerde, S. 6).

Was zunächst die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad; vgl. E. 5.1.3 vorne) betrifft, wäre ein Abzug bei beiden auf statistischen Daten beruhenden Vergleichseinkommen vorzunehmen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5), womit sich am Ergebnis nichts änderte. Davon abgesehen verfügt der Beschwerdeführer entgegen der Darstellung in der Beschwerde über gute Deutschkenntnisse (act. IIA 193.3 S. 10), womit ein

entsprechender Abzug nicht gerechtfertigt wäre – und dies auch dann nicht, wenn die beschwerdeweise Darstellung mangelnder Sprachkenntnisse zuträfe (Entscheid des BGer vom 28. Juni 2022, 8C\_703/2021, E. 5.3). Ferner wirkt sich auch der Faktor Alter nicht lohnsenkend aus, da Hilfsarbeiten – um welche es vorliegend geht – auf dem (massgebenden) hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden (Entscheid des BGer vom 13. August 2020, 9C\_226/2020, E. 5.2). Ebenso wenig rechtfertigte die fehlende berufliche Ausbildung einen Abzug (Entscheid des BGer vom 15. Juli 2020, 8C\_151/2020, E. 6.3.4). Was sodann die leidensbedingten Einschränkungen anbelangt, so wurden diese bei der gutachterlich attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von interdisziplinär 50% (act. IIA 193.1 S. 12) bzw. bei den fachspezifisch (internistisch und rheumatologisch) attestierten Arbeitsunfähigkeiten von je 30% (act. IIA 193.3 S. 18; 193.5 S. 13) jeweils berücksichtigt und können folglich nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20). Demnach besteht gesamthaft beurteilt für das Gericht kein triftiger Grund, sein Ermessen in Bezug auf den leidensbedingten Abzug an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (Entscheid des BGer vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 4.3).

**5.4** Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des BGer vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2), mithin 30%, was keinen Rentenanspruch begründet (vgl. E. 2.2.2 vorne).

**5.5** Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 31. März 2023 als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**6.**

Mit der Abweisung der Beschwerde ist der Beschwerdeführer als unterliegend zu betrachten. Damit wird er kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 16. Mai 2023, Ziffer 3 der Rechtsbegehren) zu prüfen ist.

**6.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der dokumentierten Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 2). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, beschränkt auf die Verfahrenskosten, antragsgemäss gutzuheissen ist.

**6.2** 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.1 hiavor) wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**6.3** Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - 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.