

IV 200 2024 22
FRC/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Mai 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. November 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene und nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit bzw. der Fortbildungsschule bei der B._____ AG – zuletzt als ... Veredelung – erwerbstätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), meldete sich erstmals im März 2019 – nach erfolgter Früherfassung – unter Hinweis auf einen Gehörsturz, Schwindel und Gleichgewichtsprobleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 11/2, 13, 22/2 f.). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere holte sie bei der C._____ ein bidisziplinäres Gutachten vom 16. September 2020 (act. II 92.1; inkl. Teilgutachten; act. II 92.3 f.) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 95, 102 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 2. November 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 26 % einen Rentenanspruch (act. II 109). Diese Verfügung blieb unangetroffen.

B.

Im Oktober 2021 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (act. II 130). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen gab er einen Morbus Menière (Ertaubung links, schwerer Tinnitus, Schwindel, chronic fatigue Syndrom) und eine depressive Episode, aktuell leicht bis mittelgradig, an (act. II 130/6). In der Folge veranlasste die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 166/5, 168) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die D._____ AG. Diese erstattete am 2. August 2023 das Gutachten (act. II 191.1; inkl. Teilgutachten; act. II 191.3-7) und beantwortete am 22. September 2023 Rückfragen der Verwaltung (act. II 194). Gestützt darauf stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Oktober 2023 die Verneinung des Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 11 % in Aussicht (act. II 195). Am 30. November 2023 verfügte sie dem Vorbescheid entsprechend (act. II 200).

C.

Mit Eingabe vom 8. Januar 2024 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 30. November 2023 und die neuerliche Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente.

Mit Eingabe vom 9. Februar 2024 reichte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. November 2023 (act. II 200). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] und des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). 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 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 30. November 2023 (act. II 200), womit sie nach dem 1. Januar 2022 erging. Ferner ist der frühestmögliche Rentenbeginn mit Blick auf die im Oktober 2021 erfolgte Neuanschreibung (act. II 130; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) nach dem 1. Januar 2022. Damit gelangt das seit 1. Januar 2022 gültige Recht zur Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 2; Rz. 9100 des Kreiszeichens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

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

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

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Urteil des BGer 8C_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177).

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, I 822/06 E. 2.1).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

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

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

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom Oktober 2021 (act. II 130) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 2. November 2020 (act. II 109) und derjenigen vom 30. November 2023 (act. II 200; vgl. E. 2.5.4 hiervor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 In medizinischer Hinsicht erging die Referenzverfügung vom 2. November 2020 (act. II 109) gestützt auf das bidisziplinäre oto-rhinolaryngologisch-psychiatrische Gutachten der C._____ vom 16. September 2020 (act. II 92.1; inkl. Teilgutachten; act. II 92.3 f.). In der Konsensbeurteilung diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine Ertaubung links, den Verdacht auf eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung ohne aktuellen Hinweis auf eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung und einen sehr schweren, dekompensierten Tinnitus links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine leicht- bis mittelgradig hochtonbetonte sensorineurale Hörminderung rechts. Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige Einschränkung der Selbstbehauptungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungs- und Gruppenfähigkeit. Leichtgradig eingeschränkt sei der Beschwerdeführer in seiner Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, in seiner Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in seiner Kontaktfähigkeit sowie bei den Spontanaktivitäten. Tätigkeiten, welche ein gut funktionierendes Stereohören benötig-

ten, seien ungeeignet, ebenso andere Tätigkeiten, welche ein gutes Hörverständnis voraussetzten oder solche in sturzgefährdeter Höhe oder an gefährlichen Maschinen aufgrund der Schwindelattacken (act. II 92.1/5 Ziff. 4.2 f.). Im Anschluss an den Hörsturz sei in Übereinstimmung mit den Behandlern von einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bis Anfang 2019 auszugehen. Der Verlauf danach zeige, dass trotz postulierter Besserung der Beschwerdeführer nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz im 50%-Pensum aufgrund der HNO-Symptomatik (Hals-Nasen-Ohren) leidensbedingt erheblich überfordert gewesen sei, weswegen es im November 2019 zu einem psychischen Zusammenbruch gekommen sei. Es sei daher mit einer bleibend aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem Hörsturz im September 2018 auszugehen. In einer optimal angepassten Tätigkeit, d.h. an einem ruhigen Arbeitsplatz ohne intensive Notwendigkeit zu Kommunikation und ohne Sturzgefährdung sowie ohne höhere Anforderungen ans Hörvermögen und insbesondere ohne Arbeiten in lärmiger Umgebung oder mit Notwendigkeit eines intakten Stereohörens bestehe aus bidisziplinärer Gesamtsicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit dem Datum des Gutachtens. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei sowohl psychiatrisch als auch HNO-ärztlich begründet (act. II 92.1/6 Ziff. 4.7-9).

Im oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten erwähnte Prof. Dr. med. E._____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, in einer optimal angepassten Tätigkeit, d.h. an einem ruhigen Arbeitsplatz ohne intensive Kommunikation, ohne Anforderungen an ein funktionierendes Gehör und ohne intensive Bewegungen sei aus isoliert HNO-ärztlicher Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben. Die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit dürfte aus isoliert HNO-ärztlicher Sicht überwiegend wahrscheinlich ab der attestierten Besserung im Januar 2019 gelten (act. II 92.3/8 Ziff. 8.2).

Im psychiatrischen Teilgutachten erklärte Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei in einer ruhigen Umgebung, die der Reizbarkeit durch Lärm Rechnung trage und mit der Möglichkeit zu Pausen eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Diese Einschätzung gelte ab dem

Zeitpunkt der Begutachtung. Noch im Februar 2020 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit postuliert worden und es sei mangels vorliegender weiterer Berichte von einer langsamen Verbesserung bei noch instabilem Zustand bis zur aktuell postulierten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Über eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sei eine Aussage aktuell schwierig, denn die Depression habe noch eine gute Prognose, wenn es gelinge, Schwindel, Tinnitus und Hyperakusis in absehbarer Zeit positiv zu beeinflussen durch die vorgeschlagenen Massnahmen sowie den Empfehlungen aus dem oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten (act. II 92.4/14 Ziff. 8.2).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 30. November 2023 (act. II 200) basiert in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten der D. _____ vom 2. August 2023 (act. II 191.1) mit Untersuchungen in den Bereichen der Allgemeinen Inneren Medizin (act. II 191.3), Psychiatrie (act. II 191.4), Neuropsychologie (act. II 191.5); Neurologie (act. II 191.6) und Oto-Rhino-Laryngologie (act. II 191.7) und der Beantwortung der Rückfragen vom 22. September 2023 (act. II 194). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung nannten die Gutachter der D. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach akuter peripher-vestibulärer Funktionsstörung links September 2018 (ICD-10 H81.2, H90.3, H81.3; mit Anakusis links, vollständige Remission der peripher-vestibulären Funktion, lageabhängiger Schwindel [DD benigner paroxysmaler Lage-rungsschwindel vs. Zentral-vestibuläre Störung]). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Meralgia paraesthetica beidseits April 2019 (ICD-10 G57.1), einen kompensierten Tinnitus links (ICD-10 H93.1), eine Hypakusis rechts (ICD-10 H90.3), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90), eine chronische Nierenerkrankung a.e. hypertensiver Genese (ICD-10 N18.9), eine Dyslipidämie (ICD-10 E78.5), eine pathologische Glukose-Toleranz Januar 2022 (ICD-10 R73.0), ein Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31), eine Adipositas WHO-Grad II (ICD-10 E66.91) und einen Status nach mittelgradig depressiver Episode (ICD-10 F32.1). Im Vordergrund der subjektiven als auch der objektiven Befunde ständen die neurologischen und oto-rhino-laryngologischen Diagnosen, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten (act. II act. II 191.1/12 Ziff. 4.2 f.). In den Fachbereichen der Allgemeinen Inneren Medizin, Neuropsychologie und Psychia-

trie attestierten die jeweiligen Gutachter weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. In denjenigen der Neurologie und Oto-Rhino-Laryngologie attestierten die jeweiligen Gutachter in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von jeweils 100 % und in einer Verweistätigkeit eine solche von jeweils 0 %. Hieraus ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Dabei gelte das seitens des neurologischen und oto-rhino-laryngologischen Teilgutachters geäusserte Fähigkeitsprofil. Zum Verlauf der Arbeits(un)fähigkeit lasse sich Folgendes festhalten: In der neuropsychologischen Voruntersuchung im Februar 2022 sei eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung diagnostiziert worden. Zum aktuellen Zeitpunkt zeige sich eine signifikante Leistungsverbesserung und der Beschwerdeführer präsentiere sich insgesamt unauffällig. Die Leistungsverbesserung sei mit hoher Wahrscheinlichkeit schleichend erfolgt und daher könne kein exakter Zeitpunkt genannt werden, ab wann die Verbesserung eingetreten sei (act. II 191.1/15 Ziff. 4.7). Die im C._____ -Gutachten festgestellte bleibend aufgehobene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bleibe aufgrund der objektiven Störung der Vestibularfunktionen und der Ertaubung aus oto-rhino-laryngologischer Sicht links weiterhin gültig. Die aktuell geklagten Einschränkungen in der Kommunikation und dem Gleichgewicht führten in einer leidensangepassten Tätigkeit zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht sei anzunehmen, dass nach dem Hörsturz im September 2018 wohl auch für angepasste Tätigkeiten einige Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Nach drei Monaten nach dem Hörsturz sei aber die zuvor postulierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gegeben gewesen. Aus psychiatrischer Sicht möge sich etwa im November 2019 als somatopsychische Auswirkung der körperlichen Erkrankung zunächst eine Anpassungsstörung und im weiteren Verlauf dann eine mittelgradige depressive Episode eingestellt haben. Im weiteren Verlauf hätte sich durch die Behandlung eine Besserung eingestellt, sodass im Verlaufsbericht der Psychiatrie G._____ vom 13. Mai 2022 die Diagnose einer leichten depressiven Episode habe gestellt werden können. Die nochmals im Bericht der Psychiatrie G._____ vom 27. April 2023 aufgeführte, fortbestehende Diagnose der leichten depressiven Episode habe nicht nachvollzogen werden können. Nach der aktuellen

Exploration dürften sich die Einschränkungen durch die depressive Episode spätestens Anfang 2023 aufgelöst haben, sodass die aktuellen Umstände beständen und keine floride depressive Symptomatik mehr festgestellt werden könne. Zusammenfassend könne aus interdisziplinärer Sicht festgehalten werden, dass in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit September 2018 bestehe. Für eine angepasste Tätigkeit sei ab etwa Anfang 2023 von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr auszugehen (act. II 191.1/16 f. Ziff. 4.7). Aufgrund der Hörbeeinträchtigung links sei ein ruhiges Arbeitsumfeld zu empfehlen, da der Beschwerdeführer bei Lärm zur Orientierung im Raum bzw. Lokalisation von Geräuschen mehr kognitive Ressourcen benötige und dies mit einer vorzeitigen Ermüdung einhergehen könne und folglich auch hierunter gut vorhandene Ressourcen eingebüsst würden (act. II 191.1/17 Ziff. 4.8).

Im neurologischen Teilgutachten vom 23. Mai 2023 (act. II 191.6) erwähnte Prof. Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie, der Beschwerdeführer sei für Tätigkeiten, die auf eine Hörleistung angewiesen seien, stark beeinträchtigt. Ebenfalls könne er wegen des Schwindels keine Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr ausüben (act. II 191.6/20 Ziff. 7.2). In der bisherigen Tätigkeit an Maschinen bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit, da das rechte Ohr keinem (Maschinen-)Lärm ausgesetzt werden dürfe und wegen des Schwindels Sturzgefahr bestehe. Die volle Arbeitsunfähigkeit bestehe seit September 2018. Bei einer angepassten Tätigkeit seien schnelle Positionswechsel und lärmige Tätigkeiten zu meiden. Leichte wechselbelastende Büroarbeiten seien möglich. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage 100 % (ohne Leistungsminderung). Nach dem Hörsturz im September 2018 sei der Beschwerdeführer wohl auch für eine angepasste Tätigkeit einige Monate voll arbeitsunfähig gewesen. Nach drei Monaten nach dem Hörsturz sei aber die postulierte volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gegeben gewesen (act. II 191.6/22 Ziff. 8.2). Es sei zu keiner Verschlechterung seit dem 2. November 2020 bzw. seit dem C. _____-Gutachten gekommen (act. II 191.6/22 Ziff. 8.4).

Im allgemein-internistischen Teilgutachten vom 25. Mai 2023 (act. II 191.3) erklärte Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, auf allgemein-internistischem Fachgebiet beständen bzw. hätten keine wesent-

lichen Diagnosen im IV-Kontext d.h. keine Diagnose mit längerfristig anhaltender oder dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden (act. II 191.3/17 Ziff. 6.3).

Im oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten vom 25. Juni 2023 (act. II 191.7) erwähnte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, es seien nach wie vor leichtgradige Zeichen einer zentralen vestibulären Störung bei einer intakten peripher-vestibulären Funktion erkennbar. Die subjektive Audiometrie und die objektive Audiometrie mittels TEOAE bestätigten die Ertaubung links und die Hörschwelle rechts. Der Hörverlust rechts (22,8 %) sei im Vergleich zum Gutachten vom 2020 (31,7 %) weniger ausgeprägt. Die Tinnitusbelastung stehe gegenüber den anderen Beschwerden im Hintergrund und führe zu keinen wesentlichen Beeinträchtigungen im Alltag. Damit erfülle er die Kriterien eines kompensierten Tinnitus (act. II 191.7/22 f. Ziff. 6.4). Die Bedienung der Maschinen in der angestammten Tätigkeit erfordere einen intakten Gleichgewichtssinn. Dieser sei nach wie vor nicht vorhanden. Zudem sei durch den Maschinenlärm das einzig hörende rechte Ohr gefährdet. Eine Anwesenheit in der bisherigen Tätigkeit sei daher nicht möglich. Im Gutachten der C. _____ sei im 2020 eine bleibend aufgehobene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit festgestellt worden. Diese bleibe aufgrund der vorliegenden objektiven Störungen der Vestibularfunktionen und der Ertaubung links weiterhin gültig (act. II 191.7/26 f. Ziff. 8.1.1). In Bezug auf jegliche Tätigkeiten, die Anforderungen an das Sprachverstehen in Umgebungslärm und an die Geräuschortung stellten, bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies umfasse Tätigkeiten mit Kundenkontakt in Hintergrundlärm und Gespräche mit mehreren Gesprächsteilnehmern. Eine Lärmbelastung sei wegen des Risikos einer Gehörschädigung zu vermeiden. Aufgrund des einseitigen Gleichgewichtsausfalls seien Tätigkeiten mit Absturzgefahr und das Bedienen von gefährlichen Maschinen nicht möglich. Tätigkeiten mit der Notwendigkeit von raschen Wechseln der Körperposition seien wegen der Schwindelprovokation nicht geeignet. Tätigkeiten, die in einer ruhigen Umgebung mit Sitzen ohne häufige Positionswechsel ausgeführt würden, seien ohne Einschränkung möglich. In einer solchen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % ohne Leistungsminderung (act. II 191.7/27 f. Ziff. 8.2). Aus objektiv medizinischer Sicht bestehe seit dem 2. November 2020 keine

wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands. Bezüglich Tinnitus liege eine Verbesserung vor (act. II 191.7/29 Ziff. 8.4).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Juli 2023 (act. II 191.4) erklärte dipl. Arzt K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, etwa im November 2019 habe eine depressive Episode bestanden. Die Symptomatik möge sich vor dem Hintergrund des erfolgten Arbeitsplatzverlustes (Kündigung 31. April 2021, recte: 2020; act. II 73/2 f.) weiter verstärkt haben. So möge sich zunächst eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression entwickelt haben und dann eine mittelgradig depressive Episode (act. II 191.4/28 Ziff. 6.4). Im weiteren Verlauf, wie der Beschwerdeführer selbst beschreibe, habe sich eine Besserung eingestellt, welche auch in Zusammenhang mit der Behandlung, auch der medikamentösen, gesehen werde. Die leichte depressive Episode dürfte sich aber, entgegen dem Bericht der Psychiatrie G._____ vom 24. April 2023, zu diesem Zeitpunkt aufgelöst haben, da aktuell keine floride depressive Symptomatik mehr feststellbar gewesen sei (act. II 191.4/29 Ziff. 6.4). Der Gesundheitszustand habe sich insofern geändert, dass sich die depressive Symptomatik rückläufig gezeigt habe und aktuell keine floride depressive Symptomatik feststellbar sei. Somit gehe von einer depressiven Symptomatik kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr aus. In einer im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung habe keine neuropsychologische Funktionsstörung mehr festgestellt werden können. Es zeige sich somit eine relevante Verbesserung. In einer neuropsychologischen Voruntersuchung vom Februar 2022, habe noch eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung diagnostiziert werden können. Diese Leistungsverbesserung dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit schleichend gekommen sein (act. II 191.4/36 Ziff. 8).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 8. Juli 2023 (act. II 191.5) erwähnte M.Sc. L._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, im neuropsychologischen Bericht vom 15. Februar 2022 seien leichte bis mittelschwere Leistungseinbussen im verbalen Arbeitsgedächtnis, Abruf, Wiedererkennen, in der Handlungsplanung, Abstraktion sowie erhöhte Perseverationen und Regelbrüche, leichte Einschränkungen in der Aufmerksamkeit sowie Auffälligkeiten in der Visuokonstruktion beschrieben worden

(act. II 191.5/15 Ziff. 4.3.3). Im Vergleich zur neuropsychologischen Voruntersuchung zeige der Beschwerdeführer eine signifikante Leistungsverbesserung, aber auch verbesserte Belastbarkeit. Hinweise einer starken Ermüdung fänden sich nicht und ein Abfall der Reaktionszeiten über den Verlauf der Untersuchung bilde sich nicht ab. Bei insgesamt unauffälligen neuropsychologischen Befunden sei kein Zweifel an der Authentizität und der Validität des erhaltenen Testprofils zu begründen (act. II 191.5/16 Ziff. 4.3.3). Insgesamt präsentiere sich keine kognitive Störung (act. II 191.5/19 Ziff. 7.2).

Am 22. September 2023 führten die Gutachter der D._____ auf Rückfragen der Verwaltung aus, (act. II 194) betreffend zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten (vgl. act. II 191.4/33 Ziff. 8.1.4) bleibe noch auszuführen, dass in der Zeit der Hospitalisation eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. In der Zeit davor und danach bzw. während der Zeit der mittelgradig depressiven Episode möge eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50 % bestanden haben. Während der Zeit der leichten depressiven Episode eine solche von 20 bis maximal 30 %. Die neuropsychologische Funktionsstörung möge am ehesten, soweit dies determinierbar sei, durch die psychische Alteration, namentlich die depressive Störung, bestanden habe. In der Zeit, in der diese habe festgestellt werden können, möge ebenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestanden haben. Eine Addition von Arbeitsunfähigkeiten sei nicht anzunehmen, da angenommen werden könne, dass die neuropsychologische Funktionsstörung, die Störung im Bereich der Kognition, im Rahmen der depressiven Störung bestanden habe (act. II 194/2). Die Annahme der Verwaltung sei korrekt, dass seit dem Gutachten vom 16. September 2020 rein aus oto-rhino-laryngologischer Sicht eine durchgängige 80%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Die 50 % seien im Gutachten der C._____ in der bidisziplinären Konsensbeurteilung festgelegt worden. Es handle sich dabei nicht um eine Verschlechterung. Ab dem 14. Juni 2023 liege aus oto-rhino-laryngologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (act. II 194/3).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2).

3.5 Das polydisziplinäre Gutachten der D. _____ vom 2. August 2023 (act. II 191.1; inkl. Teilgutachten; act. II 191.3-7) mit der ergänzenden Stellungnahme vom 22. September 2023 (act. II 194) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Beurteilungen der Gutachter sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten – insbesondere auch dem Gutachten der C. _____ vom 16. September 2020 (act. II 92.1; inkl. Teilgutachten; act. II 92.3 f.) – sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die Teilgutachten in die interdisziplinäre Beurteilung ein. Des Weiteren wurde nachvollziehbar zu den Rückfragen der Verwaltung Stellung genommen und die gutachterlichen Einschätzungen überzeugen auch in revisionsrechtlicher Hinsicht. Folglich kommt dem Gutachten (inkl. Teilgutach-

ten) mit ergänzender Stellungnahme – wogegen der Beschwerdeführer keine (konkreten) Einwendungen erhebt – voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist.

3.5.1 Die Gutachter der D._____ kamen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass im Vordergrund sowohl der subjektiven als auch der objektiven Befunde die neurologischen und oto-rhino-laryngologischen Diagnosen ständen, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten, und schlossen in den dieser zugrundeliegenden somatischen (Teil-)Beurteilungen (act. II 191.3/22, 191.6/22, 191.7/29 [jeweils Ziff. 8.4]) eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 2. November 2020 aus. Dies überzeugt:

Im allgemein-internistisch Fachgebiet bestehen bzw. bestanden gemäss Dr. med. I._____ keine wesentlichen Diagnosen im IV-Kontext d.h. keine Diagnose mit längerfristig anhaltender oder dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 191.3/17 Ziff. 6.3). Dies korreliert mit dem gutachterlich erhobenen körperlichen Untersuchungsbefund, der unauffällig ausfiel (act. II 191.3/14 Ziff. 4.3.1), und dem Allgemeinlabor, das keine IV-relevanten Auffälligkeiten zeigte (act. II 191.3/15 Ziff. 4.3.2.2), sowie der allgemein-internistischen Aktenlage. Der Hausarzt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte denn auch keine internistischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, sondern fachfremde oto-rhino-laryngologische und psychiatrische Diagnosen (act. II 157/2, 178/2). Gemäss dem Bericht von Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, vom 11. Mai 2021 (act. II 157/14) wird die Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gut toleriert und ist der Apnoe-/Hyponoeindex einzig noch leicht erhöht. Eine Kontrolle wurde denn auch erst in einem Jahr vorgesehen. Aus nephrologischer Sicht wird laut dem ambulanten Bericht des Spitals O._____ vom 26. Januar 2022 (act. II 157/10 f.) betreffend die Abklärung der leicht verminderten Nierenfunktion an der etablierten Therapie der chronischen Nierenerkrankung, am ehesten hypertensiver Genese, nichts geändert. Bei stabil bleibenden Zielwerten für Blutdruck, -zucker und -fette wurde vorderhand ein exspektatives Verfahren empfohlen und eine

Nierenbiopsie als nicht indiziert erachtet sowie die Spitalkonsultationen abgeschlossen. Unter diesen Umständen sind auch in diesen beiden Teilgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin (vgl. <www.flexikon.doccheck.com> Schlagwörter: "Pneumologie" und "Nephrologie") keine erheblichen bzw. langandauernden Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen.

Im neurologischen Fachgebiet diagnostizierte der Gutachter der D._____, Prof. Dr. med. H._____, zwar eine Meralgia paraesthetica beidseits (act. II 191.6/18 Ziff. 6.3.2) gegenüber der noch im April 2019 von Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie, einzig linksseitig festgestellten Meralgia paraesthetica (act. II 157/21). Eine neue Diagnose stellt jedoch nicht per se eine neuanmeldungsrechtliche Gesundheitsverschlechterung dar, sondern nur, wenn diese veränderten Umstände den Leistungsanspruch berühren (vgl. E. 2.5.3 hiervor). Dies ist hier nicht der Fall. Die beidseits diagnostizierte Meralgia paraesthetica hat keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 191.6/18 Ziff. 6.3.2). Der Beschwerdeführer ist auch in der Lage, täglich die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen, in der Freizeit Kreativarbeiten (...) nachzugehen und spazieren zu gehen (act. II 191.3/11 f. Ziff. 3.2.12, 191.6/10 ff. Ziff. 3.2.7 und 3.2.12, 191.7/25 Ziff. 5.2). Ausserdem imponierte bei der klinisch neurologischen Untersuchung im Neurozentrum Q._____ vom 24. März 2022 lediglich ein etwas auffälliges Gangbild mit vermindertem Mitschwingen der Arme beidseits bei ansonsten fehlenden Zeichen einer Bradykinese sowie eine leichte Stand- und Gangataxie sowie minimalen Extremitäten-Ataxie bei ansonsten zerebellären Zeichen. Das Bild entspreche somit weder einer klar zerebellären noch einer extrapyramidalen Funktionsstörung. Möglich sei eine funktionelle Genese bei stattgehabtem peripher-vestibulären Ausfall. Der zusätzlich in der Lagerungsprobe nachgewiesene benigne paroxysmale Lagerungsschwindel des linken posterioren Bogens sei bereits 2018 vorgelegen. Klare Hinweise auf eine neurodegenerative Erkrankung ergäben sich auch nicht (act. II 165/6 f.). Sodann zeigte die MRI-Untersuchung des Schädels vom 4. April 2022 im Vergleich zur bildgebenden Abklärung vom 5. Oktober 2018 einen stationären Befund des Neurokraniums, keine das übliche Altersmass überschreitende kortikale Atrophie, supratentoriell vereinzelte Marklagerläsionen, unspezifisch, Fazekas 1, am ehesten mikroan-

giopathischer Genese sowie weder eine Ischämie noch eine Raumforderung noch eine Blutung (act. II 165/3). Am 6. April 2022 führte die behandelnde Neurologin, Dr. med. R. _____, Fachärztin für Neurologie, aus, kernspintomographisch zeige sich ein stabiler Verlauf ohne Veränderung seit der letzten Bildgebung vom 2018. Somit ergäben sich keine Erklärungen für die kognitiven Einschränkungen, insbesondere keine Anhaltspunkte für ein beginnendes neurodegeneratives Geschehen (act. II 178/8). Die ebenfalls am 24. März 2022 durchgeführten Neurographien des Nervus medianus links und Nervus ulnaris links waren sensibel und motorisch normal (act. II 165/2). Vor diesem Hintergrund ist auch keine neurologische Gesundheitsverschlechterung erstellt.

Im oto-rhino-laryngologischen Fachgebiet legte die Gutachterin der D. _____, Dr. med. J. _____, nachvollziehbar dar, dass vergleichend mit der gutachterlichen Untersuchung der C. _____ (im Juni 2020) weiterhin eine zentrale vestibuläre Störung, die Ertaubung links beständen und die Hörschwelle rechts zu bestätigen sei. So führte sie diesbezüglich zutreffend aus, bei der gutachterlichen Untersuchung der C. _____ vom 8. Juni 2020 sei im neurootologischen Status kein Spontan- oder Provokationsnystagmus gefunden worden, die Lagerungsprobe sei unauffällig gewesen und der Video-Kopfimpulstest, die kalorische Prüfung und die cVEMPS beidseits hätten eine intakte Funktion ergeben. Wegen einer pathologischen Fixationssuppression in der Kalorik und einem nach rechts sakkadierten Eye-Tracking-Test sei der Verdacht auf eine zentrale vestibulär Störung gestellt worden. Rechts sei ein Hörverlust von 31,7 % gemessen und links sei weiterhin eine Ertaubung festgehalten worden (vgl. act. II 92.3/6 f.). In der aktuellen gutachterlichen Untersuchung (vom 14. Juni 2023) zeige sich wiederum eine intakte peripher-vestibuläre Funktion mit einem normalen symmetrischen Gain im Video-Kopfimpulstest. In der Lagerungsprüfung sei in Kopfhängelage links ein horizontaler Rechtsnystagmus ohne Schwindelprovokation sichtbar gewesen, welcher im Supine-Roll-Manöver nicht provozierbar gewesen sei. Die Sakkadenprüfung sei rechts hypometrisch gewesen. Damit seien nach wie vor leichtgradige Zeichen einer zentralen vestibulären Störung bei einer intakten peripher-vestibulären Funktion erkennbar. Die subjektive Audiometrie und die objektive Audiometrie mittels TEOAE hätten die Ertaubung links und die Hör-

schwelle rechts bestätigt. In befundlicher Hinsicht ergibt sich damit keine zusätzlich leistungsmindernde Verschlechterung des Gesundheitszustands. Vielmehr ergab die oto-rhino-laryngologische Untersuchung bei der D. _____ im Vergleich zum C. _____-Gutachten von November 2020 einen weniger ausgeprägten Hörverlust rechts (Juni 2023: 22,8 % [act. II 191.7/17 Ziff. 4.3.2.1], November 2020: 31 % [act. II 92.3/5 Ziff. 4.3]) sowie einen kompensierten Tinnitus, da dieser gegenüber den anderen Beschwerden im Hintergrund stehe und zu keinen wesentlichen Beeinträchtigungen im Alltag führe (act. II 191.7/23 Ziff. 6.4 in fine).

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht wurde im Gutachten der C. _____ vom 16. September 2020 eine mittelgradig depressive Episode diagnostiziert (act. II 92.1/5 Ziff. 4.2), wobei dieser mit der rentenablehnenden Verfügung vom 2. November 2020 (act. II 109) im Rahmen der rechtlichen Prüfung anhand des strukturierten normativen Prüfungsrasters (vgl. E. 2.2 in fine hiervor) jedoch die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen wurde (act. II 109/1 f.; vgl. auch E. 3.8 hiernach). Der psychiatrische Gutachter der D. _____, dipl. Arzt K. _____, legte nachvollziehbar und überzeugend dar, dass diese depressive Störung nunmehr im weiteren Verlauf remittierte. Dies zeichnete sich, wie er zutreffend darauf hinwies, auch im Verlaufsbericht der Psychiatrie G. _____ vom 13. Mai 2022 ab, in dem festgehalten wurde, dass sich das psychische Wohlbefinden seit dem letzten Bericht (vgl. Bericht vom 24. August 2021 mit der Diagnose "Depressive Episode, leicht bis mittelgradig ausgeprägt"; act. II 132/2) etwas verbessert habe und als Diagnose noch eine leichte depressive Episode gestellt wurde (act. II 162/2). Sodann stellte er anlässlich der gutachterlichen Untersuchung im Juni 2023 keine floride depressive Symptomatik fest, weshalb er entgegen dem Verlaufsberichts der G. _____ vom 27. April 2023 (act. II 187) bereits zu diesem Zeitpunkt von der Auflösung der leichten depressiven Episode ausging. Dies überzeugt umso mehr, zumal der Gutachter ebenfalls zutreffend darauf hinwies, dass der Text im bezeichneten Verlaufsbericht demjenigen vom 13. Mai 2022 entspreche (act. II 191.4/29 Ziff. 6.4). Mit Blick darauf ist auch in psychiatrischer Hinsicht keine neuanmeldungsrechtliche Verschlechterung ausgewiesen. Im Übrigen kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinne sein. Eine leicht- bis mittelgradige

depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich generell jedoch nicht als schwere psychische Krankheit definieren (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55).

Ebenso wenig zeigte sich im neuropsychologischen Fachgebiet im Vergleich zur Abklärung vom 15. Februar 2022 (act. II 157/6 ff.) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, sondern vielmehr eine Leistungsverbesserung. Eine kognitive Störung wurde ausgeschlossen (act. II 191.5/16 Ziff. 4.3.3, /22 Ziff. 8.4). Die bei der Voruntersuchung erhobenen Befunde wurden bei unauffälligen hirnrorganischen Bildgebungsbefunden denn auch am ehesten im Rahmen der depressiven Symptomatik und der erhöhten Ermüdbarkeit infolge der körperlichen Erkrankung erklärt (act. II 157/8, 191.5/15 Ziff. 4.3.3).

3.6 Nach dem Dargelegten bildet das polydisziplinäre Gutachten der D._____ vom 2. August 2023 (act. II 191.1; inkl. Teilgutachten; act. II 191.3-7) mit ergänzender Stellungnahme vom 22. September 2023 (act. II 194) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des anspruchrelevanten medizinischen Sachverhaltes. Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, weshalb für weitere Beweisvorkehrungen kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.7 Zusammenfassend liegt im hier zu beurteilenden Zeitraum weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne eines Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrunds vor (vgl. E. 2.5.2 f. und E. 3.1 hiervor). In erwerblicher Hinsicht ist ebenfalls kein Revisionsgrund erstellt. Dass der Beschwerdeführer im Dezember 2021 eine Teilzeitstelle bei der S._____ im zweiten Arbeitsmarkt angetreten hat (act. II 154; Beschwerde), ist im revisionsrechtlichen Kontext deshalb nicht von Bedeutung, weil die Beschwerdegegnerin in der rentenabweisenden Verfügung vom 2. November 2020 beim Invalideneinkommen auf die statistischen Werte der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) abstellte, mithin nicht auf ein effektiv erzielt und nunmehr weggefallenes Invalideneinkommen.

Mangels eines Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrundes verbietet sich eine neue Bemessung des Invaliditätsgrads.

3.8 Dass seitens des RAD im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens die Referenzverfügung vom 2. November 2020 (act. II 109) kritisiert wurde, da damals bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit allein auf die oto-rhino-laryngologische Beurteilung des bidisziplinären Gutachtens der C._____ (und nicht auch die psychiatrische) abgestellt worden sei (act. II 148/8), ist unerheblich.

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung lässt sich zudem – wie erwähnt – eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49).

Im Gutachten der C._____ vom 16. September 2020 bzw. im dazugehörigen psychiatrischen Teilgutachten wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode gestellt (act. II 92.1/5 Ziff. 4.2, 92.4/9 Ziff. 6.1) sowie u.a. ausgeführt, die Behandlung stehe im Verdacht nicht leitliniengerecht zu sein (fehlende Medikamenteneinnahme) und von einer Chronifizierung oder gar Therapieresistenz sei bei weitem noch nicht zu sprechen (act. II 92.4/16 Ziff. 7.2). Psychische Begleiterkrankungen wurden keine erwähnt. Mit Blick darauf und wie mit Verfügung vom 2. November 2020 dargelegt, war das Anwenden des höchstrichterlichen Grundsatzes zur Beurteilung von leicht- bis mittelgradigen depressiven Störungen nach BGE 148 V 49 damit jedenfalls nicht zweifellos unrichtig. Bei fehlender zweifelloser Unrichtigkeit scheidet eine

Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) der Verfügung vom 2. November 2020 (act. II 109) auch daran, dass die Verwaltung nicht zu einer Wiedererwägung verhalten werden kann (BGE 133 V 50 E. 4 S. 52; SVR 2018 IV Nr. 33 S. 106, 8C_634/2017 E. 5.4, 2014 IV Nr. 7 S. 27, 8C_33/2013 E. 3.3). Eine prozessuale Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG scheidet sodann aus, da nach dem Erlass der Verfügung von 2020 keine neuen Tatsachen entdeckt oder keine Beweismittel aufgefunden worden sind, deren Beibringung zuvor nicht möglich gewesen wäre.

3.9 Damit ist die angefochtene Verfügung vom 30. November 2023 (act. II 200) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens – vorbehältlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.3 hiernach) – dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

4.2 Infolge Unterliegens hat der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG).

4.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten.

4.3.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen

gen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61, 9C_432/2010 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 21, 8C_22/2010 E. 6.1).

4.3.2 Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers im Sinne der Prozessarmut ist ausgewiesen (vgl. die Angaben im Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom 9. Februar 2024; in den Gerichtsakten; Akten des Beschwerdeführers [act. IA]). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.