

IV 200 2024 384  
JAP/BRO/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Januar 2025**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Brunner

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

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



betreffend Verfügung vom 2. Mai 2024

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Dem 1973 geborenen A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurden aufgrund eines Geburtsgebrechens von der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) medizinische Massnahmen zugesprochen (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1 S. 1, S. 8 und S. 18).

Im Oktober 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Suchterkrankung erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 2). Nach diversen erwerblichen und medizinischen Abklärungen, inklusive Einholung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 35.1), verneinte die IVB mit Verfügung vom 4. September 2014 (act. II 38) einen Leistungsanspruch. Ein weiteres im Dezember 2018 wegen Schmerzen an der rechten Schulter eingereichtes Leistungsbegehren (act. II 39) lehnte die IVB nach weiteren erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen mit Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 63) ebenfalls ab.

Im April 2023 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Rücken-, Schulter-, Ellenbogen- und Knieprobleme abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 79). Die IVB tätigte wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere veranlasste sie zwischen dem 1. und 26. Mai 2023 eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA; act. II 89, 97) und holte Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 104 f.). Mit Mitteilung vom 17. Oktober 2023 (act. II 106) bejahte sie den Anspruch auf Umschulungsmassnahmen. Sodann stellte sie mit Vorbescheid vom 20. Oktober 2023 (act. II 108) die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 26 % in Aussicht, wogegen der Versicherte Einwand erhob (act. II 111, 121). Weiter veranlasste sie eine berufliche Abklärung in der D.\_\_\_\_\_ (Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_; act. II 117; vgl. auch act. II 145). Sodann unterbreitete die IVB die Angelegenheit erneut dem RAD (act. II 136 f.) und kündigte mit neuem Vorbescheid vom 7. März 2024 (act. II 138) bei einem Invaliditätsgrad von

34 % wiederum die Verneinung des Rentenanspruchs an, was sie am 2. Mai 2024 entsprechend verfügte (act. II 146).

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 24. Mai 2024 (am 28. Mai 2024 persönlich überbracht) Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer Invalidenrente. Am 7. Juni 2024 stellte er zudem ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 10. Juli 2024 zeigte Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ seine Mandatierung durch den Beschwerdeführer an und zog das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück, woraufhin das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit prozessleitender Verfügung vom 11. Juli 2024 vom Geschäftsverzeichnis des Verwaltungsgerichts abgeschrieben wurde.

Mit Replik vom 25. September 2024 präziserte der Beschwerdeführer die Rechtsbegehren wie folgt: In Aufhebung der Verfügung vom 2. Mai 2024 sei die Sache zur erneuten Beurteilung der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und es seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Mit Duplik vom 22. Oktober 2024 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest.

Am 7. Januar 2025 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 146). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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** 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 Er-

werbsmöglichkeiten 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 143V 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).

**2.2** 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

## **2.3**

**2.3.1** 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.3.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 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 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).

**2.3.4** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuan-

meldungsverfahren – 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).

**2.3.5** 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. 109, 8C\_280/2020 E. 3.1).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom April 2023 (act. II 79) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Die Frage, ob seit der Referenzverfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 63; zum Referenzzeitpunkt vgl. E. 2.3.4 hiervor) und der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 146) eine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung eingetreten ist (vgl. E. 2.3.2 hiervor), kann mit Blick darauf, dass – wie nachfolgend zu zeigen sein wird (vgl. E. 3.4 hiernach) – ergänzende medizinische Abklärungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II 63) erforderlich sind, nicht beurteilt werden.

### **3.2**

**3.2.1** Nachdem der Beschwerdeführer am 5. März 2023 vom ... gestürzt war, wurde im Spital E. \_\_\_\_\_ unter anderem eine CT-Untersuchung des Schädels und der HWS durchgeführt, wobei sich keine Traumafolgen fanden (act. II 121 S. 5 ff.).

**3.2.2** Der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 6. März 2023 (act. II 64) folgende Diagnosen (S. 1):

1. Chronisch rezidivierende Lumbalgie/Lumboischialgie
  - Diskushernie LWK 2/3 rechts mit Kompression Wurzel LWK 2 rechts (MRT LWS vom 8. Februar 2022)
  - Sturz mit LWS-Kontusion am 18. November 2022
2. Burnout
3. Toxikomanie mit/bei
  - aktuell: Heroinkonsum seit acht Wochen
  - St. n. mehrmaligen Heroin-Substitutionsbehandlungen mit Kapanol/Subutex
  - St. n. Subutex-Substitutionstherapie im Juni 2005, Oktober 2007, April 2008 und April 2013
  - St. n. stationärer Behandlung in der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 20. Juni bis 26. August 2013 wegen Störung durch Alkohol, Opiate und Hypnotika
  - St. n. Hospitalisierung in der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 29. Januar bis 5. April 2009 wegen Heroin-, Alkoholabhängigkeit und schädlichem Gebrauch von Cannabis
  - St. n. stationärem Entzug in der Klinik H. \_\_\_\_\_ im Jahr 2004
  - Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 30. April bis 1. Mai 2008 mit Einstellung auf Subutex bei Heroinrückfall
  - St. n. C2-Intoxikation mit ...sturz am 30. Juli 2016
4. COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) bei Nikotin
5. St. n. Naht EPL- (extensor pollicis longus) und EPB-Sehne (extensor pollicis brevis) am 12. Januar 2009 nach Strecksehnendurchtrennung Daumen links
6. Persistierende posttraumatische funktionelle Anosmie bei St. n. leichtem SHT (Schädel-Hirn-Trauma) im Juni 2014 nach einem Leitersturz
7. St. n. Septumplastik am 6. Juni 2019
8. Schulterschmerzen rechts bei AC-Gelenkarthrose und Läsion der Rotatorenmanschette
9. Belastungsabhängige Schulterschmerzen links bei St. n. konservativ behandelte Claviculafraktur links 2002

Seit 2019 seien beim Beschwerdeführer – ausgelöst durch die körperlich belastende Arbeitstätigkeit – zunehmend Schmerzen in den Schultern, den Ellbogen und im Bereich der BWS und des Rippenthoraxes und seit Januar 2022 zusätzlich Schmerzen im Bereich der LWS mit Schmerzausstrahlung vor allem ins rechte Bein aufgetreten. In der MRT der LWS vom 8. Februar 2022 hätten sich eine Diskushernie auf den Höhen LWK 2/3 rechts mit Kompression der Wurzel LWK 2 rechts sowie Diskushernien LWK 3/4 und LWK 4/5 mit rezessaler Tangierung der Wurzeln LWK 4 und LWK 5 beidseits linksbetont gezeigt. Am 18. November 2022 habe der Beschwerdefüh-

rer einen Sturz mit einer Kontusion der LWS erlitten, was die Rückenbeschwerden erneut akzentuiert habe (S. 1). Durch die körperlich schweren Arbeiten und die Stressbelastung am Arbeitsplatz seien in den letzten Monaten neben den Rückenschmerzen eine zunehmende psychische Belastung mit allgemeiner Erschöpfung und dem Gefühl von Ausgebranntsein aufgetreten, was zuletzt zu einem Heroinrückfall geführt habe. Seit dem 17. November 2022 bestehe unfallbedingt wegen der Rückenschmerzen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es werde eine Umschulung auf körperlich weniger belastende Tätigkeiten befürwortet (S. 2).

**3.2.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Konsilium z. H. der Abklärungsstelle J. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2023 (act. II 97 S. 31 f.) eine Opioidabhängigkeit bei St. n. langjähriger Polytoxikomanie mit Alkohol, Benzodiazepinen, Heroin und Kokain (ICD-10 F11.2), einen Verdacht auf eine opioidgetriggerte Hyperalgesie sowie einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, wobei diese im psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2014 (vgl. act. II 35.1) nicht diagnostiziert worden sei. Das bei der Untersuchung beobachtete distanzgeminderte Verhalten lasse sich auch unter Einbezug der Anamnese mit Schwierigkeiten in der Interaktion, Beziehungslosigkeit und sozialem Rückzug gut erklären als Folge einer langjährigen Polytoxikomanie. Eine anzunehmende vorbestehende Persönlichkeitsproblematik sei offenbar 2014 gutachterlich ausgeschlossen worden. Allerdings habe der Beschwerdeführer bis Ende des letzten Jahres noch durchgehend arbeiten können. Die jetzt beklagten Rückenschmerzen könnten einerseits akzentuiert sein durch eine opioidinduzierte Hyperalgesie, andererseits bestehe auch als Auswirkung der langjährigen Polytoxikomanie eine verminderte Flexibilität im Umgang mit äusseren Stressoren (wie eben Schmerzen), die zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit führen könne. Eine depressive Komponente könne nicht mehr beobachtet werden. Zusammengefasst sei die aktuelle Leistungseinschränkung mit grosser Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise auf die Folgen der polyvalenten Suchterkrankung zurückzuführen. Die Rückkehr in den regulären Arbeitsprozess sei aufgrund der strukturgebenden und sozialen Komponenten aus psychiatrischer Sicht sehr sinnvoll und auch machbar, allenfalls jedoch in einer der somatischen

Problematik angepassten Tätigkeit. Eine volle Leistung könne im Verlauf durchaus wieder erreicht werden (S. 32).

**3.2.4** In der medizinischen Dokumentation zur AMA vom 6. Juni 2023 (act. II 97) stellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropen- und Reisedizin, folgende Diagnosen (S. 10 Ziff. 6.1 f.):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Belastungsinduziertes Lumbovertebralsyndrom, mit/bei
  - Symptombeginn ca. 2011
  - Exazerbation Ende 2021 mit zweimonatiger Arbeitsunfähigkeit
  - Geringgradiger Fehlhaltung mit S-förmiger Skoliose der Wirbelsäule (Röntgen vom 18. Januar 2023), mässigen degenerativen Veränderungen der LWS (MRT vom 8. Februar 2023) mit Diskushernie LWK 2/3
2. Belastungsinduziertes Thorakovertebralsyndrom, mit/bei
  - Bildgebend leichter Fehlhaltung und leichter degenerativer Veränderung (Röntgen vom 18. Januar 2023)
  - Exazerbation nach Stolpersturz nach vorne am 16. November 2022 mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit
  - Belastungsintoleranz bei Zwangshaltungen
3. Belastungsabhängigen Schulterschmerzen rechtsbetont, mit/bei
  - AC-Arthropathie, Supraspinatus-Läsion, Bizepstendinopathie rechts (MRT vom 22. April 2016)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Status nach Epicondylopathie rechts, aktuell gebessert
2. Opiatabhängigkeit bei St. n. langjähriger Polytoxikomanie, aktuell unter Behandlung mit Subutex
3. V.a. Persönlichkeitsstörung (allerdings nicht diagnostiziert im psychiatrischen Gutachten vom Mai 2014)
4. COPD bei Nikotinabusus

Anlässlich einer früheren IV-Anmeldung sei ein psychiatrisches Gutachten (vgl. act. II 35.1) in Auftrag gegeben worden. Der Gutachter habe keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende gesundheitliche Störung feststellen können. Mit der aktuellen IV-Anmeldung seien somatische Probleme dazugekommen. Diese seien vom Hausarzt mittels MRT und Röntgen abgeklärt worden und es sei eine Behandlung mit nicht steroidal Antirheumatika und Physiotherapie durchgeführt worden. Die Beschwerden träten eindeutig abhängig von Belastungen auf. Die in der MRT vom 8. Februar 2022 festgestellte Diskushernie LWK 2/3 sei nicht verantwortlich für die Beschwerden. Die lumbalen Schmerzen seien vor allem Ende 2021 und Anfang 2022 ausgeprägt gewesen. Nach einer Therapie und einer zweimona-

tigen Arbeitsunfähigkeit sei eine Besserung eingetreten. Nach einem Stolpersturz nach vorne im November 2022 seien thorakale Schmerzen aufgetreten. Allgemein finde man bei den bildgebenden Abklärungen keine für das Alter ungewohnten Befunde. Ausser einer kurzen Episode Anfang 2022 hätten auch nie radikuläre Symptome oder Befunde festgestellt werden können. Während der AMA habe sich abhängig vom Interesse an der Testarbeit ein etwas uneinheitliches Bild gezeigt. Längere Zwangshaltungen seien schlecht toleriert worden. Zusätzliche Pausen seien jedoch nicht notwendig gewesen. Mit der Möglichkeit zu Positionswechsel und bei Interesse an der Arbeit habe ein besserer Outcome erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe nie Schmerzmedikamente eingenommen und nicht über andauernde Schmerzen am Abend oder in der Nacht geklagt. Vielmehr sei er in Sorge darüber, dass bei einer stressigen und strengen Arbeit im ersten Arbeitsmarkt wieder Probleme auftreten könnten (S. 10 f. Ziff. 6.3). Seit dem 18. November 2022 sei ihm die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Angepasst seien leichte bis höchstens punktuell mittelschwere Tätigkeiten. Unter ergonomischen Bedingungen, d.h. ohne Zwangspositionen, könnten vereinzelt Lasten bis 25 kg gehoben und getragen werden. Das repetitive Heben von Lasten könne nur bis zu einem Gewicht von 5 bis 10 kg zugemutet werden. Lange stehende oder lange sitzende Tätigkeiten seien zu vermeiden. Ein Positionswechsel sollte möglich sein. Wechselbelastende Tätigkeiten seien optimal. Gehen mit Lasten unter 10 kg könne länger zugemutet werden. Ein stressiges Arbeitsumfeld sei einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung abträglich. Eine solche angepasste Tätigkeit sei ganztags zumutbar, wobei aktuell eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 35 % bestehe. Bei psychischer Stabilisierung durch einen geeigneten Arbeitsplatz, strukturierten Alltag mit ruhiger toleranter Umgebung und angepassten Tätigkeiten sei eine Leistungsfähigkeit von 80 % zumutbar. Die Reduktion von 20 % ergebe sich aus einer vermehrten Notwendigkeit von kurzen Pausen von 5 bis 10 Minuten und der etwas eingeschränkten Belastbarkeit von Rücken und Schultern (S. 11 Ziff. 6.4).

**3.2.5** In der versicherungsmedizinischen Beurteilung des RAD vom 2. Oktober 2023 (act. II 105 S. 6 f.) legte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, nach Rücksprache mit dem RAD-Arzt

Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, könne auf die Beurteilung im Abschlussbericht der AMA (vgl. act. II 97) abgestellt werden. Die Tätigkeit als ... sei im bisherigen beruflichen Kontext körperlich als zu streng einzustufen und dem Beschwerdeführer daher nicht mehr zumutbar (S. 6). Zumutbar seien hingegen körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender Position mit einer repetitiven Gewichtsbelastung von maximal 10 kg und vereinzelt bis 25 kg. Zu vermeiden seien anhaltende Zwangshaltungen des Oberkörpers wie beispielsweise längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen und Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkung, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, langes Stehen und Gehen, längeres Abwärtsgehen, Hinunterspringen, Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen. Eine solche Tätigkeit sei ganztags über 8.5 Stunden zumutbar. Aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe jedoch eine Leistungsminderung von 20 % (S. 7).

**3.2.6** Im Bericht vom 16. November 2023 (act. II 121 S. 2) führte der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, aufgrund zunehmender körperlicher Beschwerden habe sich die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers verschlechtert. Bei Haushaltsarbeiten sowie Gartenarbeiten sei eine starke Zunahme der chronischen Schmerzen im Rücken und der rechten Schulter aufgetreten. Zurzeit werde eine Physiotherapie durchgeführt. Ob eine Besserung der Beschwerden eintrete, sei ungewiss.

**3.2.7** Mit Bericht vom 11. Januar 2024 (act. II 130) wiesen die Behandler des Zentrums N.\_\_\_\_\_ (Zentrum N.\_\_\_\_\_), auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hin und stellten die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Das depressive Geschehen habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1 ff.).

**3.2.8** In der Aktennotiz des RAD vom 29. Februar 2024 (act. II 137) legte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ dar, der Hausarzt stelle bei seiner Beurteilung der beklagten Rückenschmerzen auf den Beschwerdevortrag des Beschwerdeführers ab. Die beschriebene belastungsabhängige Verschlechterung sei

bei vorliegenden degenerativen Veränderungen immer wieder auch episodisch anzunehmen, stelle jedoch im vorliegenden Fall aus sich selbst heraus keine Begründung für die Darlegung einer objektiven massgeblichen und dauerhaften Veränderung gegenüber dem bisher bekannten Status dar. Spezialärztliche Berichte, aus denen seit der letzten RAD-Stellungnahme eine dauerhafte zusätzliche leistungsmindernde Verschlechterung des Gesundheitszustands hervorgehe, lägen somit nicht vor. Sämtliche in den aktuellen Berichten angeführten Einwände würden bereits im bestehenden Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt. Um jedoch das geschilderte Schmerzgeschehen zu berücksichtigen, sei aus Sicht des RAD bis auf Weiteres eine qualitative Anpassung des Zumutbarkeitsprofils sinnvoll. Zumutbar seien körperlich leichte bis nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10 bis 15 kg ganztags über 8.5 Stunden mit einer Leistungsminde- rung von 20 % wegen eines erhöhten Pausenbedarfs (S. 2).

Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ führte in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 29. Februar 2024 (act. II 136 S. 4 ff.) sodann aus, die Behandler hätten der gestellten mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.1) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Es werde beschrieben, dass die gegenwärtige soziale und finanzielle Situation, die körperlichen Schmerzen und die Last unbezahlter Rechnungen zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes geführt hätten. Von Seiten des RAD sei ausgehend von einem mittelgradig depressiven Zustandsbild gemäss ICD-10 von einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion auszugehen. Die Differenzierung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht wesentlich, da insgesamt betrachtet und bei Einbezug der sogenannten Standardindikatoren nur eine schwere psychische Störung als Grundlage für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden anzunehmen sei. Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung lasse sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Darüber hinaus würden vorliegend IV-fremde psychosoziale Belastungsfaktoren zur Auslösung der psychischen Problematik führen und wahrscheinlich am Laufen halten. Die ressourcenbegründenden Indikatoren würden gegenüber den leistungsmindernden Faktoren klar überwiegen. Ferner bestehe noch ein bedeutendes therapeutisches Potential bei seit Juni 2023

nur vereinzelten Psychotherapiesitzungen und fehlender antidepressiver Medikation, so dass sich auch keine Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens abbilde. Aus psychiatrischer Sicht könne weiterhin an der Beurteilung vom 2. Oktober 2023 festgehalten werden (S. 5).

**3.2.9** Dipl. Arzt O. \_\_\_\_\_ (nach eigenen Angaben Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet [vgl. <[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)>]) stellte im Bericht vom 24. September 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I und act. IA], act. I 5) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41); DD: Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.1)
2. Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.3)
4. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F81); Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10 F81.0)
5. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19; Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Alkohol)

Zur Begründung der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung führte er sodann aus, der Beschwerdeführer sei schüchtern gewesen, habe seine Gefühle nicht wahrnehmen respektive ausdrücken können, habe es allen recht machen wollen und sich isoliert gefühlt. Als Kind habe er zuerst Schutz bei seinem ... gesucht, was dieser später nicht mehr gewollt habe, sodass sich der Beschwerdeführer selbst habe organisieren müssen. Später habe er eine Beziehung zu einer Frau geführt, die nur mit ihm zusammen gewesen sei, um ... zu können und nicht, weil sie ihn geliebt habe. Dies habe ihn massiv gekränkt und einen Rückfall ausgelöst. Solche Rückfälle hätten sich wiederholt. Er lebe bis heute isoliert allein mit einer ... (S. 2).

**3.3** 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).

**3.3.1** 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).

**3.3.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C\_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlasseten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Ge-

richtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, 8C\_672/2020 E. 2.3).

**3.3.3** Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C\_651/2019 E. 4.3).

**3.4** Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 146) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem AMA-Bericht vom 6. Juni 2023 (act. II 97 S. 1 ff.) samt psychiatrischem Konsilium von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ von 17. Mai 2023 (act. II 97 S. 31 f.) sowie den RAD-Beurteilungen der Dres. med. M.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ vom 1. und 2. Oktober 2023 (act. II 104 f.) sowie vom 29. Februar 2024 (act. II 136 f.). Diese Einschätzungen stellen keine valable Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit dar.

**3.4.1** In somatischer Hinsicht ist zunächst zu berücksichtigen, dass der RAD-Orthopäde Dr. med. M.\_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte (vgl. act. II 104, 137). Ob der AMA-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine klinische Exploration durchführte oder seine Erkenntnisse ebenfalls bloss auf den Akten sowie den Beobachtungen während der Abklärungsmassnahme beruhen, geht aus der entsprechenden medizinischen Beurteilung (act. II 97 S. 10 ff.) nicht hervor. Zumindest sind allfällig erhobene klinische Befunde nicht aktenkundig. Gerade bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule kommt jedoch der klinischen Untersuchung und Befunderhebung entscheidende Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C\_234/2021 vom 13. August 2021 E. 3.2 mit Hinweis) und hätte im vorliegenden Fall schon mangels aktueller orthopädischer Berichte zwingend erfolgen müssen, stammen die jüngsten entsprechenden Berichte doch aus den Jahren 2016 und 2017 (act. II 60 S. 11 ff.) und ging es

damals einzig um die rechtsseitigen Schulterbeschwerden. Weder nach der Zunahme der Rückenschmerzen (vgl. act. II 64 S. 1), dem Stolpersturz mit LWS-Kontusion und konsekutiver Arbeitsunfähigkeit im November 2022 (vgl. act. II 64) noch nach dem ...sturz mit Rückenbeteiligung im März 2023 (vgl. act. II 121 S. 5 ff.) erfolgte eine Überweisung an einen Facharzt (vgl. act. II 97 S. 3 Ziff. 2.2) und die jeweils durchgeführten bildgebenden Untersuchungen (vgl. act. II 64 S. 1, 81.3 S. 3, 121 S. 5 ff.) erlauben von vornherein keine abschliessende Beurteilung. So fehlen von der MRT der LWS vom 8. Februar 2022 in den Akten sowohl die Befundberichte als auch die Bilder. Immerhin wurde jedoch offenbar eine Diskushernie auf Stufe LWK 2/3 mit Kompression der Wurzel LWK 2 sowie eine Diskushernien LWK 3/4 und LWK 4/5 mit rezessaler Tangierung der Wurzel LWK 4 und LWK 5 befundet (act. II 64 S. 1). Obwohl eine Diskushernie grundsätzlich geeignet sein kann, für die vom Beschwerdeführer beklagten Rückenschmerzen (mit)verantwortlich zu sein (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 210), ging der RAD-Orthopäde Dr. med. M. \_\_\_\_\_ nicht näher auf diesen Befund ein und der AMA-Orthopäde Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vermerkte einzig, die festgestellte Diskushernie sei nicht für die Beschwerden verantwortlich (act. II 97 S. 11 Ziff. 6.3). Eine weitergehende Auseinandersetzung respektive eine (nachvollziehbare) Erklärung für seine mit der Beurteilung des Hausarztes in Widerspruch stehende Annahme findet sich nicht und es bleibt unklar, ob er das Tomogramm vom 8. Februar 2022 überhaupt persönlich sichten konnte. Die AMA- und RAD-ärztlichen Beurteilungen erfüllen vor diesem Hintergrund die beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 3.3.1 ff. hiavor) nicht.

Was die weitere aktenkundige Bildgebung anbelangt, ist sodann fraglich, ob die konventionellen Röntgen (CR) der BWS und LWS vom 17. Januar 2023 (act. II 81.3 S. 3) überhaupt geeignet sein können, eine Diskushernie mit allfälliger Radikulopathie mit der erforderlichen Deutlichkeit zu beurteilen (vgl. <<https://flexikon.doccheck.com/de/Bandscheibenvorfall>>; zur Diagnosestellung einer Diskushernie vgl. auch PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 210). Nicht aussagekräftig ist überdies der Bericht zum nach dem ...sturz im März 2023 erfolgten CT, wurde doch einzig der Schädel und die HWS, und nicht die LWS bildgebend untersucht. Im Übrigen stand dabei für die Notfallmediziner des Spitals E. \_\_\_\_\_ offenbar der Ausschluss von Trauma-

folgen im Fokus (act. II 121 S. 7), wohingegen im Zweig der Invalidenversicherung auch degenerative Gesundheitsschäden zu berücksichtigen sind. Mangels Aktualität fehlt es schliesslich auch der CR der LWS vom 16. Mai 2013 (act. II 24 S. 10) von vornherein an hinreichender Aussagekraft.

Was die geklagten Rückenschmerzen anbelangt, ist ferner nicht auszuschliessen, dass die Einnahme von Subutex (act. II 97 S. 31) zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beiträgt. Jedenfalls sind Rückenschmerzen eine häufige ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) Nebenwirkung dieses Entwöhnungsmittels ([www.compendium.ch](http://www.compendium.ch) Subutex > Fachinfo). Demgegenüber scheint der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Aussagen durch die Einnahme von Subutex offenbar einen schmerzlindernden Effekt zu erzielen (act. II 97 S. 31 f.). Demnach können aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer die Rückenschmerzen derzeit offenbar einzig mit Physiotherapie behandelt (act. II 121 S. 2) respektive auf Schmerzmedikamente verzichtet (act. II 97 S. 11 Ziff. 6.3, 105 S. 3), keine Rückschlüsse auf die Schmerzintensität bzw. das funktionelle Leistungsvermögen gezogen werden. Da eine fachärztliche Auseinandersetzung mit der Frage der Wirkung von Subutex auf das Schmerzgeschehen des Beschwerdeführers fehlt, erweist sich die medizinische Aktenlage auch diesbezüglich als unvollständig.

Des Weiteren steht die medizinische Einschätzung – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Replik S. 2) – in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zur Leistung, wie sie während der ausführlichen beruflichen Abklärung in der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ (act. II 145 S. 2 ff.) effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist. So wurde die Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers in den ersten Arbeitsmarkt sowohl aufgrund der psychischen Instabilität als auch der physischen Beschwerden und der geringen Leistungsfähigkeit als klar nicht gegeben eingeschätzt (S. 3 Ziff. 2.2) und die Berufsfachleute berichteten über körperlich sichtbare Beschwerden (S. 3 Ziff. 2.1; S. 6 [mehrfaches Anschwellen des linken Armes während der Abklärung]), welche nicht nur als leicht, sondern als stark wahrgenommen wurden (S. 8 Ziff. 4.1). Hinweise auf ein nicht einwandfreies Arbeitsverhalten respektive auf einen nicht einwandfreien Arbeitseinsatz wurden nicht erhoben. Demnach ist auch der Bericht der Abklärungsstelle D.\_\_\_\_\_ vom 30. April 2024

(act. II 145 S. 2 ff.), zu dem keine klärende medizinische Stellungnahme eingeholt wurde, geeignet, Zweifel an der AMA- respektive RAD-ärztlichen Annahme zu begründen (vgl. SVR 2013 IV Nr. 6 S. 13, 9C\_148/2012 E. 2.3.2; Urteile des BGer 8C\_236/2024 vom 9. Oktober 2024 E. 4.3.2, und 8C\_411/2015 vom 17. September 2015 E. 5.2).

Der Vollständigkeit halber ist letztlich darauf hinzuweisen, dass aus dem Umstand, dass das unfallversicherungsrechtliche Verfahren nach einer ermittelten Arbeitsunfähigkeit von 0 % abgeschlossen wurde (act. II 97 S. 9 Ziff. 5.1, 101 S. 1), nicht auf weitergehende Erhebungen verzichtet werden kann, denn im Unterschied zur kausalen Unfallversicherung handelt es sich bei der Invalidenversicherung um eine finale Versicherung, d.h. es kommt nicht darauf an, ob ein Gesundheitsschaden krankhaften Ursprungs ist oder aufgrund eines Unfalls besteht (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178).

**3.4.2** Im psychiatrischen Konsilium vom 17. Mai 2023 (act. II 97 S. 31 f.) stellte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ die Diagnosen einer Opioidabhängigkeit und die Verdachtsdiagnosen einer opioidgetriggerten Hyperalgesie sowie einer Persönlichkeitsstörung. Depressive Komponente hätten nicht beobachtet werden können (S. 32). Demgegenüber stellten sowohl die Behandler des Zentrums N.\_\_\_\_\_ als auch med. pract. O.\_\_\_\_\_ unter anderem die Diagnose einer affektiven Störung (mittelgradige Depression seit Dezember 2022 [ICD-10 F32.1], schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome [ICD-10 F32.2] respektive rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode [ICD-10 F33.3]; act. II 96 S. 3 Ziff. 2.5, 130 S. 1 Ziff. 2; act. I 5). Auch der RAD Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_\_ zog ein mittelgradig depressives Zustandsbild bzw. eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion in Betracht (act. II 136 S. 5), ohne jedoch zu begründen, weshalb er eine schwere affektive Störung ausschloss. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass er den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte, obschon gerade in der Disziplin der Psychiatrie, in der dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zukommt, der persönliche Eindruck sowie die klinische Untersuchung entscheidend sind (Urteil des BGer 8C\_182/2020 vom 18. Mai 2020 E. 5.4 mit Hinweisen). Sodann äusserte sich der RAD nicht zu eventuellen Leistungseinschränkungen in Zusammenhang mit einer allfälligen affektiven Störung, sondern mass dieser mit

der Begründung, bei Einbezug der sogenannten Standardindikatoren (vgl. hierzu E. 2.1 in fine hiervor) sei nur eine schwere psychische Störung als Grundlage für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden anzunehmen, keine Bedeutung zu (act. II 136 S. 5). Rechtsprechungsgemäss gilt dies jedoch nur im Grundsatz sowie, wenn keine nennenswerten Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten vorliegen (BGE 148 V 49). Beim Beschwerdeführer besteht jedoch (zusätzlich) unbestrittenermassen eine Suchterkrankung (act. II 96 S. 3 Ziff. 2.6, 97 S. 32; act. I 5 S. 1). Zwar soll die beim Beschwerdeführer vorliegende Suchterkrankung mittlerweile remittiert sein (act. II 96 S. 3 Ziff. 2.6), gab er doch auch anlässlich der AMA an, aktuell keine Drogen und nur wenig Alkohol zu konsumieren (act. II 97 S. 3 Ziff. 2.2 und S. 9 Ziff. 5.1). Es bestand jedoch immerhin noch ein Fahrausweisentzug wegen Fahren in angetrunkenem Zustand (act. II 97 S. 2 Ziff. 2.1, S. 3 Ziff. 2.2 und S. 31) und eine andauernde Suchtbehandlung durch die P. \_\_\_\_\_ (act. II 97 S. 3 Ziff. 2.2, 143) und gehen die behandelnden Ärzte davon aus, dass Überlastung einen Rückfall induziert. Trotz angeblicher Abstinenz ist deshalb nicht geklärt, ob allenfalls eine Wechselwirkung der affektiven Störung mit der langjährigen Suchterkrankung besteht. Immerhin postulierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Konsilium vom 17. Mai 2023 (act. II 97 S. 31 f.), die aktuelle Leistungseinschränkung sei mit grosser Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise auf die Folgen der polyvalenten Suchterkrankung zurückzuführen (S. 32). Darüber geben weder die Aktenbeurteilungen des RAD-Psychiaters (act. II 105 S. 6 f., 136 S. 4 ff.) noch der Verlaufsbericht der Behandler des Zentrums N. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2024 (act. II 130) Aufschluss. Daher sind weitere psychiatrische Untersuchungen insbesondere in Bezug auf eine möglicherweise vorhandene affektive Störung sowie die sowohl damit als auch mit der Suchterkrankung einhergehenden Leistungseinschränkungen notwendig. Hinzu kommt, dass gemäss dem behandelnden dipl. Arzt O. \_\_\_\_\_ nebst der affektiven Störung und der Suchterkrankung eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) vorliegt (act. I 5; zur Berücksichtigung des nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen Berichts vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 23, I 649/06 E. 3.4). Wenngleich die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist, dass dipl. Arzt O. \_\_\_\_\_ im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel figuriert (vgl. <[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)>; Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 9; Duplik

S. 2; vgl. indes Ärzteverzeichnis auf <doctorfmh.ch>, wonach er über eine Fortbildungsbestätigung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie [2023-2025] verfügt), kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Konsilium vom 17. Mai 2023 (act. II 97 S. 31 f.) eine Persönlichkeitsstörung in Betracht zog (S. 32) und bisher keine Persönlichkeitsdiagnostik (mittels psychometrischer Tests) erfolgte.

**3.5** Zusammenfassend bestehen mit Blick auf die unvollständige medizinische (insbesondere bildgebende) Dokumentation, die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Erkenntnisse aus der beruflichen Abklärung Zweifel an der Zuverlässigkeit der AMA- und RAD-Beurteilungen. Demnach ist der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2024 (act. II 146) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) namentlich die geltend gemachten Beschwerden mittels polydisziplinärer verwaltungsexterner Begutachtung umfassend abklärt und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfügt.

**3.6** Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass das Dokument act. II 124 S. 4 ff. nicht den Beschwerdeführer betrifft, weshalb die Beschwerdegegnerin dessen Entfernung zu prüfen haben wird.

#### **4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ vom 6. November 2024 ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'680.10 festzusetzen (Aufwand von 9.71 h à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 51.80 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 200.80 [8.1 % auf Fr. 2'479.30]). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 2. Mai 2024 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'680.10 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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