

IV 200 2024 684
SCI/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Mai 2025

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. September 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene und im März 2000 in die Schweiz eingereiste A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im November 2009 unter Hinweis auf Migräne sowie Schwindel seit einer Schussverletzung am Kopf im Jahr 1991 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 13). Nach erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 27. Mai 2010 (act. II 31) einen Leistungsanspruch mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Auf eine Neuanmeldung vom November 2019 (act. II 35) trat die IVB mit Verfügung vom 28. Februar 2020 (act. II 43) nicht ein, da nicht glaubhaft gemacht worden sei, dass sich die Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich geändert hätten.

Im Oktober 2022 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an und verwies auf Schwindel, Kopfschmerzen, Migräne, Müdigkeit, Handschmerzen, Störungen beim Sehen sowie psychische Störungen (act. II 44). Die IVB tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und stellte mit Vorbescheid vom 9. März 2023 (act. II 65) mangels wesentlicher Änderung des Gesundheitszustandes die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwand (act. II 69). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 84 S. 3) holte die IVB ein interdisziplinäres Gutachten bei Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie, und dipl. Arzt D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (act. II 102.1 ff.). Gestützt darauf stellte sie mit neuem Vorbescheid vom 23. Februar 2024 (act. II 103) abermals die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand unter Beilage eines Berichts des behandelnden Psychiaters (act. II 107) holte die IVB eine Stellungnahme bei den Gutachtern ein (act. II 110) und verneinte

– nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 111) – mit Verfügung vom 9. September 2024 (act. II 112) einen Leistungsanspruch.

Bereits davor wies die IVB mit Verfügung vom 19. März 2024 (act. II 106) ein im Oktober 2023 gestelltes Gesuch um Hilflosenentschädigung (act. II 89) ab. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Gegen die Verfügung vom 9. September 2024 (act. II 112) erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 9. Oktober 2024 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. September 2024 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei ab wann rechtens eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
3. Ev. zu Ziff. 2: Die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ergänzende Abklärungen vornehme und anschliessend neu verfüge.

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 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 Staats-

anwaltschaft (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 9. September 2024 (act. II 112). Darin verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der IV. Beschwerdeweise beantragt der Beschwerdeführer einzig die Zusprache einer Rente und stellt keine Anträge zu anderen Sach- oder Geldleistungen der IV. Streitig und zu prüfen ist vorliegend demnach einzig der Anspruch auf eine Rente (vgl. hierzu im Übrigen E. 5 hiernach).

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 Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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 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).

2.3.5 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 Oktober 2022 (act. II 44) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. hierzu E. 2.3.4 hiervor) zwischen der Verfügung vom 27. Mai 2010 (act. II 31) und der Verfügung vom 9. September 2024 (act. II 112) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetre-

ten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

3.2 Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Mai 2010 (act. II 31) im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Der Beschwerdeführer wurde am 10. April 2001 auf der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals E. _____ vorgestellt. Im Bericht vom 26. April 2001 (act. II 11 S. 19 f.) wurde dargelegt, seit einer Kopfschussverletzung im Jahr 1991 klage er über konstant vorhandene, vom Charakter her stechende, nicht pulsierende Kopfschmerzen im Bereich der linken Kopfhälfte. Ein Spannungskopfschmerz sei am wahrscheinlichsten (S. 19).

Am 25. April 2001 erfolgte ein CT des Schädels. Erhoben wurde eine Sinusitis maxillaris und sphenoidalis rechts sowie ethmoidalis beidseits. Das Projektil mit einem Kaliber von 6.5 Millimeter liege im linken Okzipitallappen. Es bestehe keine Umgebungsreaktion (act. II 11 S. 18).

3.2.2 Die Ärzte der psychiatrischen Poliklinik des Spitals E. _____ hielten im Bericht vom 13. Oktober 2003 (act. II 11 S. 16 f.) fest, im Gespräch berichte der Beschwerdeführer über Symptome wie Vergesslichkeit, Antriebsarmut, deprimierte Verstimmtheit, Einschlafstörungen sowie Inappetenz. Ebenfalls würden Suizidgedanken angegeben. Diagnostisch handle es sich um eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0). Differentialdiagnostisch könnte auch an eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gedacht werden. Die seit zwölf Jahren bestehenden chronischen Kopfschmerzen würden im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) in Verbindung mit psychosozialen Problemen stehen (S. 17).

Sodann führten sie im Bericht vom 9. Juni 2004 (act. II 11 S. 15) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 10. Oktober 2003 wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer depressiven Episode bei ihnen in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die PTBS sei durch Kriegereignisse im Herkunftsland vor zehn Jahren ausgelöst worden.

3.2.3 Im Befundbericht vom 2. Februar 2007 (act. II 11 S. 11) legten die Ärzte des Spitals E._____ dar, das CT der Nasennebenhöhlen sowie des Schädels vom 24. Januar 2007 habe das bekannte Projektil links okzipital mit unmittelbar anliegender Verkalkung gezeigt. Ein raumfordernder Effekt zeige sich nicht. Im Übrigen bestehe intrakraniell ein grosser konstanter Parenchymdefekt links parietal zum Hinterhorn ziehend. Neue Läsionen seien nicht aufgetreten. Sodann sei eine chronische Pansinusitis vorhanden.

3.2.4 Am 3. und 6. September 2008 wurde der Beschwerdeführer wegen zunehmender Kopfschmerzen im Notfallzentrum des Spitals E._____ vorstellig. Im entsprechenden Bericht (act. II 11 S. 8 ff.) wurde festgehalten, es handle sich am ehesten um symptomatische migräniforme Kopfschmerzen im Rahmen der Kopfverletzung, die aktuell exazerbierten, wobei es keine Hinweise auf Infektionen gebe. Gegen einen Clusterkopfschmerz spreche die Dauer der Kopfschmerzen, das fehlende "clusterartige" Auftreten sowie der fehlende Bewegungsdrang während des Anfalles (S. 10).

3.2.5 Der RAD-Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 7. April 2010 (act. II 25 S. 2) fest, vorherrschend seien die chronischen Kopfschmerzen. Diese träten seit der 1991 erlittenen Schussverletzung auf. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. Wenn die Kopfschmerzen invalidisierend wären, dann wären sie es bereits bei der Einreise in die Schweiz gewesen.

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 27. Mai 2010 (act. II 31) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Die behandelnden Ärzte des Neurozentrums des Spitals E._____ legten im Bericht vom 14. November 2018 (act. II 49 S. 16 ff.) dar, in Zusammenschau der Befunde werde von drei Kopfschmerztypen ausgegangen. Nämlich einer episodischen Migräne, einem Spannungskopfschmerz sowie einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz. Sodann sei eine somatoforme Schmerzausweitung möglich (S. 17 unten). Die Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Angesichts der bisher nicht gegebenen Compliance werde auf den Einsatz einer wieder anderen

Substanz verzichtet. Ebenso auf weitere Kontrollen. Jedoch werde ein Termin in der Psychosomatik im G. _____ organisiert (S. 18).

Am 10. Juni 2019 wurde der Beschwerdeführer im Notfallzentrum des Spitals E. _____ behandelt. Im entsprechenden Bericht (act. II 49 S. 13 ff.) wurde dargelegt, im (vortags) durchgeführten CT des Schädels habe eine Blutung ausgeschlossen werden können (S. 14). Die Ursache für die beschriebenen Beschwerden seien weiterhin unklar. Aufgrund der Wesensveränderung erfolge eine stationäre Aufnahme auf der neurologischen Bettenstation (S. 15).

Im Austrittsbericht vom 13. Juni 2019 des Neurozentrums des Spitals E. _____ (act. II 49 S. 7 ff.) wurde festgehalten, die bekannten chronischen Kopfschmerzen könnten weiterhin nicht sicher klassifiziert werden. Es werde weiterhin von einer multifaktoriellen Genese mit somatischen und psychischen Anteilen ausgegangen. Gemäss den Vorberichten sei somatischerseits eine chronifizierte Migräne mit aktuell möglichem Status migrainosus zu nennen mit Überlagerung durch einen Analgetika-Übergebrauchskopfschmerz. Zudem bestehe eine trigeminoautonome Kopfschmerzkomponente, auch wenn ein gelegentlicher vom Patienten angegebener Seitenwechsel der Symptomatik hierbei eher untypisch sei. Nicht auszuschliessen sei ausserdem die sekundäre Kopfschmerzkomponente bei St. n. Schädel-Hirn-Trauma nach der Schussverletzung. Darüber hinaus spiele eine somatoforme Komponente wahrscheinlich eine wesentliche Rolle (S. 8). Bis zum 16. Juni 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Danach sei die Arbeitsfähigkeit aus somato-neurologischer Sicht wieder gegeben (S. 9).

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im ärztlichen Zeugnis vom 7. November 2022 (act. II 49 S. 3) fest, er könne bestätigen, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit 2010 verschlechtert habe. Die Anzahl der Migräneattacken mit Notfallbesuchen habe zugenommen. Zudem seien neue Diagnosen (Schlafapnoe, Meniskusläsion, Epicondylitis) dazugekommen.

Im Bericht vom 21. November 2022 (act. II 55 S. 2 ff.) ergänzte er, die bisherige Tätigkeit als ... sei dem Beschwerdeführer drei Stunden am Tag zumutbar (S. 3 f. Ziff. 11 und Ziff. 13).

3.3.3 Die Ärzte des Neurozentrums des Spitals E._____ bestätigten ihren früheren Berichten entsprechend im Bericht vom 14. Februar 2023 (act. II 64 S. 3 ff.), dass die chronischen Kopfschmerzen multifaktoriell seien mit Komponenten von chronischer Migräne, von Medikamentenübergebrauch, von kranio-mandibulärer Dysfunktion sowie psychischen Faktoren und möglicherweise auch posttraumatischen Komponenten aufgrund der Schussverletzung occipital. Im Verlauf des letzten Jahres sei es eher zu einer Zunahme der Kopfschmerzen mit aktuell acht bis zehn Exazerbationen gekommen (S. 4).

3.3.4 Im Bericht vom 26. Juli 2023 (act. II 82 S. 3 ff.) führte Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 31. März 2023 bei ihm in Behandlung. Seither hätten sechs Behandlungs- und Diagnosesitzungen stattgefunden (S. 3 Ziff. 1.1 f.). Unter Diagnosen führte er aus "Komplexes Zustandsbild mit posttraumatischen Elementen, Element der Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, der Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit, mit depressiven Symptomen und damit einhergehender kognitiver Reduktion und bis pseudodementen Anteilen, DD Pseudooligophrenie als möglicherweise nicht voll ausgebildetes Ganser-Syndrom, an Poltern (ICD-10 F9) erinnernde Dysartikulier, fremdanamnestisch (Ehefrau) auch in Muttersprache ... (...), sowie weitere somato-psychische Anteile (s. Akten, Hirnverletzung, Schmerzsyndrom), ICD-10 F45.41, DD histrionische Verarbeitungshistronie" (S. 5 Ziff. 2.5). In der ... in einer ... erbringe er ungenügende Leistungen (S. 5 Ziff. 3.1). Diese und andere leidensangepasste Tätigkeiten seien ihm geschätzt eine bis zwei Stunden pro Tag zumutbar (S. 7 Ziff. 4.1 f.).

3.3.5 Im bidisziplinären neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 16. Februar 2024 (act. II 102.1 ff.) stellten Dr. med. C._____ und dipl. Arzt D._____ in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen (act. II 102.1 S. 5 Ziff. 4.3):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Anhaltender Kopfschmerz, zurückzuführen auf eine traumatische Verletzung des Kopfes (ICHD-3 5.2.1)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
3. Sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Migräne mit Aura (ICHD-3 1.2.1)
2. Verdacht auf Kopfschmerz, zurückzuführen auf Medikamentenübergebrauch (ICHD-3 8.2.3.2)

In einer optimal angepassten Tätigkeit (Lasten über zehn Kilogramm sollten nur selten getragen werden, eher ruhige Umgebung in kleineren Arbeitsteams, Möglichkeit von flexiblen Pausen, keine Tätigkeiten mit hoher Dauerkonzentration) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 7 Ziff. 4.7). Der Gesundheitszustand habe sich seit Mai 2010 nicht geändert (S. 8 Ziff. 4.9).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Februar 2024 (act. II 102.3) legte dipl. Arzt D. _____ dar, dem Beschwerdeführer seien einfache Tätigkeiten in eher ruhiger Umgebung in kleineren Arbeitsteams in reduziertem Pensum und der Möglichkeit von flexiblen Pausen sieben Stunden pro Tag zumutbar, wobei wegen des erhöhten Pausenbedarfs eine zusätzliche Einschränkung von 15 % und demnach insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestehe (S. 12 f. Ziff. 8). Der gesundheitliche Zustand habe sich grundsätzlich nicht geändert. Die Störungen beständen unverändert fort. Auch in der retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit werde aus Sicht des Sachverständigen keine Änderung gesehen, auch wenn die Auswirkungen der psychischen Störungen scheinbar damals nicht gewürdigt worden seien (S. 14 Ziff. 1).

Dr. med. C. _____ legte im neurologischen Teilgutachten vom 31. Januar 2024 (act. II 102.4) insbesondere dar, das Aktivitätenniveau sei in allen Lebensbereichen stark und in etwa gleicher Weise eingeschränkt. Es bestehe ein erheblicher Leidensdruck, was unter anderem auch zum Übergebrauch von Schmerzmitteln bezüglich Kopfschmerzen führe. Eine Migräneprophylaxe werde durchgeführt. In der neurologischen Untersuchung hätten sich jedoch gewisse Inkonsistenzen ergeben. Bei symmetrischen Reflexen ohne Tonuserhöhung, ohne Myatrophie rechts, werde hier deutlich weniger stark und inkonsistent innerviert. Hierfür finde sich bei den erhobenen Befunden und dem zusätzlichen normalen Armvorhalteversuch

sowie symmetrischer Beschwielung der Hände keine Hinweise auf eine organische Ursache peripherer oder zentraler Ätiologie. Eine Inkonsistenz bestehe ausserdem bei der Angabe des Beschwerdeführers, dass er im Haushalt gar nichts machen könne und vollständig auf seine Ehefrau angewiesen sei, obwohl er als ... in einer ... arbeiten könne und ihm Gartenarbeiten möglich seien (S. 8 Ziff. 6.2). Die Behandlung der Kopfschmerzen gestalte sich bei nur teilweiser Compliance als schwierig. Die Angaben zu migräniformen Exazerbationen seien unterschiedlich in den verschiedenen Zeitabschnitten. Zurzeit liege eine stabile Situation von ca. vier bis selten sechs Attacken pro Monat vor. Über die Zeit seit 2010 hätten die migräniformen Attacken nicht zugenommen. Die Frequenz der Migräne bewirke keine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der symptomatischen Kopfschmerzen mit Spannungskopfschmerzphänotyp schränkten diese die Tätigkeitsmöglichkeiten in dem Sinne ein, als schwere körperliche Arbeit die Kopfschmerzen verstärken könne und eine gewisse verminderte Konzentration anzunehmen sei. Die angegebene sensomotorische Hemisymptomatik rechts sei funktioneller Natur. Es liessen sich diesbezüglich keine Hinweise finden, dass diese die Arbeitsfähigkeit einschränken würde. Die Schussbahn und die Lokalisation des Projektils beträfen weder sensible noch motorische Bahnen. Dementsprechend könne die Vermutung des Beschwerdeführers, dass durch die Schussverletzung ein sensomotorisches Hemisyndrom entstanden sei, nicht gestützt werden (S. 13 Ziff. 6.3). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter sodann aus, Lasten über zehn Kilogramm sollte der Beschwerdeführer nur selten tragen müssen. Dies wegen der Erhöhung des intrakraniellen Drucks mit Folge von Verstärkung der Kopfschmerzen. Zudem schieden bei anhaltenden Kopfschmerzen auch Tätigkeiten mit hoher Dauerkonzentration aus. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 14 f. Ziff. 7.2 und Ziff. 8). Seit dem 27. Mai 2010 sei es nie zu einer andauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit gekommen. In Bezug auf die gemäss den Akten immer wieder auftretenden Migräneattacken entstünden einzelne Fehltag, nicht aber eine dauernde Arbeitsunfähigkeit (S. 16 Ziff. 8). Der Gesundheitszustand habe sich seit dem 27. Mai 2010 nicht grundsätzlich verändert. Es bestehe weiterhin ein Dauerkopfschmerz mit Charakter vom Spannungstyp und darüber hinaus aufgelagert Migräneattacken. Insbeson-

dere bezüglich der Migräneattacken habe sich die Frequenz im Verlauf eher gebessert als verschlechtert. Die Dauerkopfschmerzen würden in den multiplen Berichten immer etwa gleich geschildert (S. 16 Ziff. 1).

3.3.6 In seiner Stellungnahme vom 3. April 2024 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers betreffend das Gutachten (act. II 107 S. 3 ff.) führte Dr. med. I. _____ unter anderem aus, die sprachlichen Besonderheiten des Beschwerdeführers seien vom Dolmetscher als "falsches Aussprechen" bezeichnet worden. Es bestehe jedoch der Verdacht auf Poltern, was im Zusammenhang mit den einzelnen Symptomen des Ganser-Syndroms einen ernsthaften Hinweis auf eine Traumatisierung bilde (S. 5 Ziff. 7). Die klassische posttraumatische Trias gelte für die vor über 30 Jahren (für die ICD-10) wissenschaftlich erarbeitete Diagnose der PTBS. Zwischenzeitlich sei fachlich klar, dass sich diese zwar häufig finde, dabei oft unerkannt und zeitlich beschränkt bleibe und dadurch häufig selbstlimitierend sei. Dabei würden jedoch die Voraussetzungen für die komplexe Traumafolgestörung nach ICD-11 erfüllt. So sei anzufügen, dass ein pseudooligophrenes Verhalten und das Ganser-Syndrom in traditionellen Kulturen, wo klar definierte familiäre und soziale Rollen vorherrschten, häufiger anzutreffen seien und gerade da die Funktion einer sozialen Vermeidung übernehmen könne. Die klassische posttraumatische Symptomtrias wäre so trotzdem entstanden, aber durch eine Verdrängung unerträglicher Inhalte maskiert worden (S. 6 f. Ziff. 11). Im Übrigen sei die gutachterliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit mit Blick auf die Schwierigkeiten in Zusammenhang mit seiner (sehr beschränkten) Tätigkeit in einer "... " nicht nachvollziehbar (S. 3 f. Ziff. 1 f.). Gesamthaft finde sich eine gemittelte Beeinträchtigung von knapp erheblichem Ausmass, welche nicht nur negative Folgen für die Arbeitsleistung zeitige, sondern zu deren Realisierung der Beschwerdeführer auch Unterstützung durch Dritte benötige (S. 12 Ziff. 13).

3.3.7 In der Stellungnahme vom 21. Mai 2024 (act. II 110) legten die Gutachter dar, auch unter Berücksichtigung des Schreibens von Dr. med. I. _____ vom 3. April 2024 (vgl. act. II 107 S. 3 ff.) werde an den Schlussfolgerungen des Gutachtens festgehalten (S. 1). Ein fehlendes Sprachverständnis des Beschwerdeführers sei vom Dolmetscher nicht be-

richtet worden, sondern lediglich eine teilweise fehlerhafte Aussprache. Das Ganser-Syndrom bezeichne ein seltenes psychisches Störungsbild, das durch unstimmgige und falsche Antworten auf einfache Fragen oder unpassende Handlungsabläufe gekennzeichnet sei. Es sei gemäss ICD-10 den dissoziativen Störungen zugeordnet. Zentrales Merkmal sei das sogenannte Vorbeiantworten. Von einem reinen Poltern auf ein Ganser-Syndrom zu schliessen, sei fachlich nicht nachvollziehbar. Sodann würden die Hinweise auf das Ganser-Syndrom konstruiert (S. 2 f. Ad 7 und Ad 9). Auch gemäss der ICD-11 müsse zur Vergabe der kPTBS formal die vollständige Symptomtrias aus Intrusion, Vermeidung und erhöhter psychischer Sensitivität vorliegen. Auch wenn eine Pseudooligophrenie/Pseudodemenz – die im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung jedoch ohnehin nicht habe objektiviert werden können (S. 4 Zusatz) – durchaus im Rahmen einer Traumatisierung vorliegen könne, sei die unmittelbare Deklaration als Vermeidungsverhalten subjektiv. Des Weiteren sei es völlig unerheblich, ob nun eine PTBS, kPTBS oder eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung diagnostisch vergeben werde, da letztlich die Einschränkung der Teilhabe durch welche psychoreaktive Störung auch immer, ausschlaggebend sei (S. 3 Ad 11).

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Be-

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

3.5 Die angefochtene Verfügung vom 9. September 2024 (act. II 112) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 16. Februar 2024 (act. II 102.1 ff.). Dieses erfüllt die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsexternen Expertise und überzeugt (vgl. E. 3.4 hiervor).

3.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. Februar 2024 (act. II 102.3) leitete dipl. Arzt D._____ die von ihm gestellten Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8; S. 11 Ziff. 6.3) gestützt auf eine umfassende klinische Untersuchung des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen sowie der (vollständigen) medizinischen Akten nachvollziehbar und begründet her (S. 2 ff. Ziff. 3 ff.). Er legte überzeugend dar, dass zwar gewisse Symptome einer PTBS vorliegen, jedoch nicht die vollständigen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 erfüllt werden (S. 10 f. Ziff. 6.3) und zeigte daher schlüssig auf, weshalb er die in den Akten teilweise genannte Diagnose einer PTBS nicht stellte. Dies steht im Übrigen damit in Übereinstimmung, dass Hinweise auf eine PTBS bereits im Bericht der psychiatrischen Poliklinik des Spitals E._____ vom 13. Oktober 2003 (act. II 11 S. 16 f.) unter einlässlicher Darlegung der Befundlage gerade nicht erhoben wurden. Dass in einer späteren Beurteilung derselben Klinik eine PTBS diagnostiziert wurde, ändert daran nichts. So

findet sich in diesem Bericht vom 9. Juni 2004 (act. II 11 S. 15) weder eine medizinische Begründung der Diagnose, noch wird dargelegt, aus welchen mit Befunden zu belegenden Gründen die frühere Beurteilung zu revidieren gewesen wäre. In der Folge fand denn auch während Jahren keine massgebliche psychiatrische Behandlung statt. Eine solche nahm der Beschwerdeführer erst wieder auf, nachdem er sich neu bei der IV angemeldet hatte (act. II 44, 82 S. 3 Ziff. 1.1), wobei die Gutachter darauf hinwiesen, dass auch in der aktuellen Therapie kein traumatherapeutischer Fokus erfolgt (act. II 110 S. 2 Ad 4). Ebenfalls zeigte der Gutachter nachvollziehbar auf, dass bei nahezu euthymer, d.h. ausgeglichener, Stimmung, gutem Antrieb und fehlender Freud- oder Interessenverlust die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Episode nicht erfüllt sind (act. II 102.3 S. 11 Ziff. 6.3).

3.5.2 Was der Beschwerdeführer unter Verweis auf die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 3. April 2024 (act. II 107 S. 3 ff.; vgl. zur beweisrechtlichen Bedeutung der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung von behandelnden Ärzten: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4) gegen das bidisziplinäre Gutachten vorbringt, vermag an dessen Beweiswert nichts zu ändern. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2024 (act. II 110) einlässlich auf die Kritik des behandelnden Psychiaters am Gutachten eingingen und nachvollziehbar und schlüssig aufzeigten, weshalb sie an ihrer gutachterlichen Beurteilung festhalten. Aspekte, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, bestehen nicht. Soweit Dr. med. I. _____ ausführt, die ICD-10 sei veraltet, weshalb die ICD-11 zur Anwendung gelangen sollte (act. II 107 S. 6 Ziff. 11), ist anzumerken, dass die ICD-11 im Zeitpunkt der Begutachtung (und bis heute) in der Schweiz noch kein gültiges Instrument zur medizinischen Kodierung darstellte (siehe www.bfs.admin.ch unter Statistiken/Gesundheit/Übersicht/Nomenklaturen/Medizinische Kodierung und Klassifikationen/Instrumente zur medizinischen Kodierung). Überdies führte der psychiatrische Sachverständige diesbezüglich überzeugend aus, dass auch die diagnostischen Vorgaben zur Vergabe der Diagnose einer komplexen PTBS (kPTBS) nach ICD-11 nicht gegeben wären. Soweit Dr. med.

I. _____ die Diagnose einer PTBS (respektive einer kPTBS) mit der Hypothese begründete, beim Beschwerdeführer liege eine Pseudooligophrenie sowie ein Ganser-Syndrom vor, welche die Funktion der Vermeidung übernehmen würden, weshalb die klassische posttraumatische Symptomtrias trotzdem entstanden, aber durch Verdrängung unerträglicher Inhalte maskiert worden sei (act. II 107 S. 6 f. Ziff. 11), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Gutachter haben in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2024 (act. II 110) überzeugend aufgezeigt, dass diese Hypothese nicht haltbar ist. So haben sich anlässlich der Begutachtung keine Hinweise auf eine Pseudooligophrenie oder ein Ganser-Syndrom gezeigt, abgesehen davon, dass die unmittelbare Deklaration einer Pseudooligophrenie als Vermeidungsverhalten subjektiv wäre (S. 2 ff. Ad 7, Ad 9 und Ad 11, S. 4 Zusatz). Weiter ist hervorzuheben, dass die Akten den Zeitraum seit der Einreise in die Schweiz umfassend abbilden (vgl. E. 3.2 f. hiervor). Wenn der behandelnde Arzt vor diesem Hintergrund entgegen der Tatsache, dass die bisher behandelnden Ärzte in psychischer Hinsicht kaum je massgebliche Befunde und entsprechende Störungen, insbesondere keine posttraumatische Belastungsstörung bzw. eine nach einiger Zeit daraus hervorgehende Persönlichkeitsstörung erkennen konnten, einen Fehler in der Begutachtung erblicken will, überzeugt dies nicht. Auch wenn die Formulierung im Gutachten, die differentialdiagnostischen Überlegungen seien "nicht gänzlich plausibel, aber auch nicht gänzlich von der Hand zu weisen" auf den ersten Blick einen Deutungsspielraum zu eröffnen scheint, bleibt die massgebliche gutachterliche Beurteilung dadurch unberührt und eindeutig. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4 f. Ziff. III/2 lit. c Rz. 10) und des behandelnden Psychiaters (act. II 107 S. 5 f. Ziff. 10) besteht offensichtlich kein Widerspruch. Vielmehr wird damit einzig ausgedrückt, dass die differentialdiagnostischen Überlegungen zwar in gewissen Teilen nachzuvollziehen sind, die Diagnose jedoch mangels Vorliegens sämtlicher diagnoserelevanten Kriterien gerade nicht gestellt werden kann (vgl. auch act. II 110 S. 3 Ad 10).

Sodann ist die Kritik an der gutachterlichen Therapieempfehlung (act. II 107 S. 4 Ziff. 4 und S. 5 Ziff. 6) unbehelflich. Die Therapieempfehlung respektive die medizinische Prognose hat auf die hier relevante Frage, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl.

E. 3.1 hiervor), keinen Einfluss. Die vom psychiatrischen Sachverständigen dargelegten Behandlungsoptionen (act. II 102.3 S. 13 Ziff. 8) sind nicht erforderlich, um das seit Jahrzehnten gleiche Leistungsprofil zu erreichen bzw. zu erhalten. Dass die entsprechenden Optionen das Wohlbefinden bzw. allenfalls auch das Leistungsprofil des Beschwerdeführers verbessern könnte, stellt hingegen keine massgebliche Veränderung dar. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. III/2 lit. c Rz. 11) und des behandelnden Psychiaters (act. II 107 S. 4 Ziff. 5) ist überdies nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter festhielt, die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit gelte für den gesamten zu beurteilenden Zeitraum seit Mai 2010 (act. II 102.3 S. 13 Ziff. 8). Wie in der Stellungnahme der Gutachter vom 21. Mai 2024 (act. II 110 S. 2 Ad 5) bestätigt, ergibt sich weder aus den Akten noch den Angaben des Beschwerdeführers, dass sich die Symptomatik wesentlich verändert hätte.

Was die als nicht hinreichend gerügte Dauer der psychiatrischen Begutachtung betrifft (Beschwerde S. 4 Ziff. III/2 lit. c Rz. 9), wird verkannt, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 33, 8C_264/2020 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 279, 8C_41/2019 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 230, 9C_44/2017 E. 4.3). Dafür, dass vorliegend die Explorationsdauer von anderthalb Stunden (act. II 102.3 S. 1) der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht angemessen gewesen wäre, gibt es keine Anhaltspunkte. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer macht denn auch nicht geltend, er habe nicht genügend Zeit erhalten, sich zu seinem Gesundheitszustand zu äussern, und er zeigt auch nicht ansatzweise auf, inwiefern eine längere Dauer der Begutachtung an den Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters etwas hätte ändern können.

Hinsichtlich der Kritik des behandelnden Psychiaters an der Mini-ICF APP (auch vor dem kulturellen Hintergrund des Beschwerdeführers; act. II 107 S. 7 Ziff. 11 und S. 8 ff. Ziff. 13) ist zu betonen, dass den Testergebnissen beim Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil des BGer 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.3). In diesem Rahmen haben die Gutachter – entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 6 f. Ziff. III/2 lit. e Rz. 17 ff.) – sehr wohl auch die Alltags- respektive Freizeitgestaltung des Beschwerdeführers erfasst (act. II 102.3 S. 4 Ziff. 3.2, 102.4 S. 5 Ziff. 3.2) und – wenn auch abweichend von der Annahme des Beschwerdeführers – berücksichtigt (vgl. act. II 102.3 S. 9 Ziff. 6.2, 102.4 S. 8 Ziff. 6.2). Anders als vom Beschwerdeführer angenommen (Beschwerde S. 4 Ziff. III/2 lit. b Rz. 6 f.), ändert am Beweiswert des Gutachtens schliesslich nichts, dass die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2024 (act. II 110) empfehlen, in einer Verlaufsuntersuchung eine neuropsychologische Abklärung durchzuführen (S. 4). Dieser Hinweis bezieht sich auf die vom behandelnden Psychiater ins Feld geführte Pseudooligophrenie (act. II 82 S. 5 Ziff. 2.5, 107 S. 6 f. Ziff. 11), wobei weder in den langen Jahren je die Behandler noch nun die Gutachter Hinweise auf eine tatsächliche oder vermeintliche Intelligenzminderung erhoben und eine (hilfsweise beiziehende; vgl. hierzu Urteil des BGer 9C_478/2021 vom 11. November 2021 E. 4.2) neuropsychologische Abklärung für notwendig erachteten.

3.5.3 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten vom 31. Januar 2024 (act. II 102.4) ist festzuhalten, dass der neurologische Gutachter die medizinische Aktenlage einlässlich gewürdigt hat (S. 9 ff. Ziff. 6.2) und mit Blick auf die nicht in Anspruch genommenen Therapieoptionen respektive einer verminderten Compliance (S. 14 Ziff. 7.1) überzeugend zum Schluss kam, der Beschwerdeführer sei aus neurologischer Sicht in einer Tätigkeit, in der nur selten Lasten über zehn Kilogramm getragen werden müssten und in der keine Dauerkonzentration erforderlich sei, 100 % arbeitsfähig und es könne lediglich zu einzelnen Fehltagen kommen (S. 14 ff. Ziff. 7.2 und Ziff. 8). Wenn er sodann die einzelnen Fehlitage, die auch bei voll eingegliederten Personen vorkommen können, aus medizinischer Sicht nicht als

massgebliche Arbeitsunfähigkeit betrachtet, so ist dies vorliegend nicht zu beanstanden, woran die vom Beschwerdeführer angeführte Rechtsprechung (Urteil des BGer 8C_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2) nichts ändert. Denn Fehltage würden nur dann eine Arbeitsunfähigkeit bedeuten, wenn deswegen die Annahme einer 100%igen Anstellung nicht möglich wäre bzw. er in einem solchen Pensum einem Arbeitgeber nicht zumutbar wäre, wofür vorliegend aus neurologischer Sicht keine Anhaltspunkte bestehen. Es ist in diesem Zusammenhang weiter zu betonen, dass die gutachterliche Beurteilung mit jener der behandelnden Fachärzte übereinstimmt. So haben auch die Ärzte des Neurozentrums des Spitals E._____ eine (längerfristige) Einschränkung der Leistungsfähigkeit explizit verneint (act. II 49 S. 9). Soweit der Beschwerdeführer ausserdem vorbringt, im Bericht des Neurozentrums des Spitals E._____ vom 14. Februar 2023 (act. II 64 S. 3 ff.) sei über eine Zunahme der Kopfschmerzen berichtet worden (S. 4 unten), was vom neurologischen Gutachter unbeachtet geblieben sei (Beschwerde S. 6 Ziff. III/2 lit. d Rz. 15), verkennt er, dass dieser den besagten Bericht durchaus würdigte und darlegte, es sei in der Folge zu einer stabilen Besserung gekommen. Dies passt ohne Weiteres zum Gesamtbild, das sich aus den Berichten des Neurozentrums des Spitals E._____ ergibt, in denen im zeitlichen Verlauf (aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers) sowohl leichte Verbesserungen als auch leichte Verschlechterungen der Kopfschmerzen dokumentiert wurden (act. II 64 S. 4, S. 7, S. 10 und S. 13), wobei keine Anhaltspunkte bestehen, dass diesen je (für längere Zeit) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer eher leichten Tätigkeit ohne Dauerkonzentration beizumessen ist. Bei diesen Gegebenheiten ist denn auch nicht massgeblich, dass der Hausarzt im Zeugnis vom 7. November 2022 (act. II 49 S. 3) von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes spricht. Leichte Schwankungen in Bezug auf die (subjektiv empfundenen) Schmerzen stellen keine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar. Mithin ergeben sich keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der neurologischen Beurteilung sprechen.

3.5.4 In Bezug auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (act. II 102.1) ist sodann festzuhalten, dass die Ergebnisse der (voll beweiskräftigen [vgl. E. 3.5.1 ff.]) Teilgutachten angemessen in die Gesamtbeurteilung einflös-

sen. Soweit der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ ausgehend von den (sehr beschränkten) Einsätzen des Beschwerdeführers an einem ... von einer deutlich höheren Arbeitsunfähigkeit ausgeht als die von den Gutachtern postulierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % (act. II 102.1 S. 7 Ziff. 4.7, 107 S. 3 f. Ziff. 2), kann ihm nicht gefolgt werden. So war der Beschwerdeführer bereits seit der Einreise in die Schweiz, d.h. seit deutlich mehr als zwei Jahrzehnten (vgl. act. II 13, 16, 25 S. 2, 44 S. 2 Ziff. 1.4), nie massgeblich erwerbstätig (vgl. act. II 53, 102.3 S. 3 Ziff. 3.2), wobei sich aus den echtzeitlichen Akten ergibt, dass das Abseitsstehen vom Erwerbsleben nie medizinisch begründet war. Vielmehr wäre es dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht seit je möglich gewesen, eine Erwerbstätigkeit (mindestens) in dem von den Gutachtern attestierten Umfang von 70 % (act. II 102.1 S. 7 Ziff. 4.7) aufzunehmen.

3.6 Zusammenfassend bildet das Gutachten vom 16. Februar 2024 (act. II 102.1 ff.) eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts, so dass darauf abzustellen ist. Damit erübrigen sich die in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren 3) eventualiter beantragten weiteren Beweismassnahmen (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). Im massgebenden Vergleichszeitraum ist kein medizinischer Revisionsgrund eingetreten. Auch anderweitige Revisionsgründe (vgl. E. 2.3.3 hiervor) ergeben sich weder aus den Akten noch den Eingaben des Beschwerdeführers. Mangels eines Revisionsgrundes erfolgt keine neue Bemessung des Invaliditätsgrades, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

4.

Doch selbst wenn der Rentenanspruch auf der Basis der gutachterlichen Einschätzung in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht entgegen dem eben Dargelegten allseitig frei zu prüfen wäre (vgl. E. 2.3.5 hiervor), änderte dies nichts am Ergebnis.

Gemäss dem Gutachten ist der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit, bei der nur selten Lasten über zehn Kilogramm getragen werden müssen, in ruhiger Umgebung und in kleineren Teams mit der Möglichkeit von flexiblen Pausen und ohne hohe Dauerkonzentration 70 % arbeitsfähig (act. II 102.1 S. 7 Ziff. 4.7). Dabei kann im Zusammenhang mit dem erhobenen psychischen Gesundheitsschaden offen bleiben, welche Verbesserung mit den Therapieoptionen erzielt werden könnte und es kann auch auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 verzichtet werden, denn selbst wenn auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgestellt wird, resultierte kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

4.1 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).

4.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

4.1.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Er-

werbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt.

Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (aArt. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und aArt. 26^{bis} Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439; vgl. zur bisherigen Praxis: BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3).

In der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung lautet Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV wie folgt: Vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Bei einer Neuanschreibung im Oktober 2022 (act. II 44) wäre – unter der hypothetischen Annahme des absolvierten Wartejahrs (vgl. E. 2.2 hiervor) – der frühest mögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG auf April 2023 festzulegen. Auf diesen Zeitpunkt hin wäre die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.3 Die Beschwerdegegnerin ging (zu Gunsten des Beschwerdeführers) von einem Status von 100 % Erwerbstätigkeit aus (vgl. act. II 112 S. 2; zum Status: Art. 24^{septies} IVV). Ob dies bei der Erwerbsbiografie (vgl. hiernach) zu Recht erfolgte, braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden, weil auch unter Annahme dieses Status kein Anspruch auf eine IV-Rente entsteht.

Gemäss dem IK-Auszug (act. II 53) wurde seit der Einreise des Beschwerdeführers in die Schweiz konstant der Mindestbeitrag geleistet, bzw. lediglich minimal darüber hinausgehende Löhne abgerechnet. Eine massgebliche Erwerbstätigkeit hat der Beschwerdeführer folglich nie aufgenommen und er verfügt auch über keine (in der Schweiz anerkannte) Ausbildung (act. II 44 S. 7 Ziff. 5.3, 102.4 S. 4 Ziff. 3.2). Demnach ist sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der Grundlage des Tabellenlohns gemäss LSE 2022, Tabelle TA1, Totalwert, Männer, Kompetenzniveau 1 (vgl. hierzu: Art. 25 Abs. 3 IVV) und mithin ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen. Folglich kann rechtsprechungsgemäss auf eine exakte betragliche Ermittlung der Vergleichseinkommen verzichtet werden, da der IV-Grad unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn jeweils dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022). Soweit der Beschwerdeführer aufgrund der einzelnen mißgränebedingten Fehltage einen Abzug vom Tabellenlohn verlangt (Beschwerde S. 5 f. Ziff. III/2 lit. d Rz. 14), kann dahingestellt bleiben, ob er aufgrund dessen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Lohneinbusse hinzunehmen hätte, denn selbst unter Berücksichtigung eines hier maximal gerechtfertigten Abzuges von 10 % ergäbe sich im besten Fall für den Beschwerdeführer ein rentenausschliessender (vgl. E. 2.2 hiervor) Invaliditätsgrad von 37 % (100 ./ [100 x 0.7 x 0.9]). In der am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Fassung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV würde bei einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % zwar der 10%ige Pauschalabzug zugelassen, nicht aber zusätzlich der 10%ige Teilzeitabzug (vgl. E. 4.1.2 hiervor) und der IV-Grad würde auch so höchstens 37 % betragen.

Mithin besteht, selbst wenn ein Revisionsgrund ausgewiesen wäre, das Wartejahr als erfüllt betrachtet, auf die vom psychiatrischen Gutachter at-

testierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgestellt, von einem Status von 100 % Erwerbstätigkeit ausgegangen und ein Tabellenlohnabzug von 10 % gewährt würde, kein Rentenanspruch.

5.

Sodann ist zu wiederholen (vgl. E. 1.2 hiervor), dass beschwerdeweise einzig eine Rente beantragt wird. Selbst wenn jedoch auch über die berufliche Eingliederung zu befinden wäre, würde sich nichts ändern, denn der Beschwerdeführer hat unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass er an solchen Leistungen nicht interessiert ist, weil er sich subjektiv für voll arbeitsunfähig (act. II 44 S. 5 Ziff. 4.3) respektive kaum leistungsfähig hält (act. II 102.3 S. 4 Ziff. 3.2; vgl. auch Beschwerde S. 7 Ziff. III/2 lit. d Rz. 19). Mithin fehlt es an einem hinreichenden Eingliederungswillen bzw. an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit als zwingende Voraussetzung für einen Leistungsanspruch (zum Erfordernis der objektiven und subjektiven Eingliederungsfähigkeit: SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, Rz. 124 und 539; vgl. auch MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 8a N. 2).

6.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 9. September 2024 (act. II 112) so oder anders nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 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 unab-

hängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
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.