

IV 200 2024 731
KOJ/SCC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. März 2025

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Oktober 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im September 2017 wegen Burnout und Depressionen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IVB [act. II] 1, 4). Die IVB holte medizinische Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 21, 27, 34.5 ff., 36/2 ff., 39/3, 45/2 ff.) sowie das von der Taggeldversicherung, C._____ Versicherungen AG, veranlasste Gutachten von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Juni 2018 (act. II 34.3) ein. Nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 47/5 ff.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 19. Dezember 2019 (act. II 48) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte Einwand (act. II 50, 52). Am 11. Juni 2020 (act. II 54) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt; diese Verfügung blieb unangefochten.

Im August 2022 (act. II 61 f.) meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an und liess verschiedene medizinische Berichte einreichen. In der Folge holte die IVB einen Verlaufsbericht von dipl. Arzt E._____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Praktischer Arzt, vom 6. Dezember 2022 (act. II 72/2 ff.) ein. Nach Konsultation der RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Aktenbeurteilung vom 1. März 2023 [act. II 77/8 ff.]), holte die IVB weitere medizinische Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 85/2 ff., 86 f., 90/2 ff.) sowie einen Bericht von M.Sc. G._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Psychotherapeutin, vom 13. November 2023 (act. II 106/2 ff.) ein. Daraufhin erfolgten Aktenbeurteilungen durch die RAD-Ärztinnen Dres. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 5. Februar 2024 (act. II 109/3 ff.) sowie F._____ vom 6. Februar 2024 (act. II 110/12 ff.) und der Abklärungsdienst erstellte einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 18. April 2024 (act. II 114/2 ff.). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom

30. April 2024 (act. II 115) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % bzw. 8 % (ab dem 1. Januar 2024) die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Hiergegen erhob der Versicherte am 22. Mai 2024 (act. II 116) Einwand. Nachdem ein Verlaufsbericht der Psychotherapeutin M.Sc. G. _____ vom 16. Mai 2024 (act. II 116/3 ff.), ein Abschlussbericht von der Abklärungsstelle I. _____, vom 31. Mai 2024 (act. II 119) sowie ein Bericht von dipl. Arzt E. _____ vom 3. Juni 2024 (act. II 120) eingereicht wurden, konsultierte die IVB die RAD-Ärztinnen Dres. med. H. _____ (act. II 123/2 f.) und F. _____ (act. II 124/3 f.). Am 2. Oktober 2024 (act. II 125) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Mit Eingabe vom 31. Oktober 2024 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung der Verfügung vom 2. Oktober 2024 sei eine gutachterliche Abklärung vorzunehmen und basierend darauf über den Leistungsanspruch (Invalidenrente) neu zu entscheiden. Weiter beantragt er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung der unterzeichneten Rechtsanwältin als amtliche Anwältin.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2024 schliesst die IVB auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 27. November 2024 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. Oktober 2024 (act. II 125). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente.

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

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

2.

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

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.1.2 Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte)

schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

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

2.2.1 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).

2.2.2 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 fehlenden oder 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 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

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

2.3.5 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von August 2022 (act. II 61 f.) 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). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 11. Juni 2020 (act. II 54) und der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2024 (act. II 125) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 11. Juni 2020 (act. II 54) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Folgende:

3.2.1 Im zuhanden der Taggeldversicherung C. _____ Versicherungen AG erstatteten psychiatrischen Gutachten vom 21. Juni 2018 (act. II 34.3) diagnostizierte Dr. med. D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gegenwärtig formal leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) respektive eine klinisch-

phänomenologisch weitgehend remittierte depressive Episode (ICD-10: F32.4), anamnestisch ein Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10: F17.2) und aktenanamnestisch eine Zwangsstörung (ICD-10: F 42.0; act. II 34.3/30). Beim Beschwerdeführer liege eine allenfalls leichte Beeinträchtigung der Flexibilität sowie Umstellungsfähigkeit und keine bis allenfalls eine leichte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Selbstbehauptung vor. Darüber hinaus sei keine zusätzliche, relevante Beeinträchtigung anzunehmen. In der Folge sei er gegenwärtig in der angestammten Tätigkeit als selbstständigerwerbender ... höchstens zu 20 % (von 100 %) arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % anzunehmen (act. II 34.3/43). Für die Dauer der stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik J. _____ vom 10. Mai bis 5. Juli 2017 habe formal eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nach Austritt wäre der Beschwerdeführer indessen, zumal es aktenanamnestisch zu einer deutlichen Stabilisierung gekommen sei, zu 80 % (von 100 %) arbeitsfähig gewesen (act. II 34.3/43 f.).

3.2.2 Im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2018 (act. II 36/2 ff.) diagnostizierte Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie sowie Psychotherapie und Praktische Ärztin, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10: F33.1) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1; act. II 36/2 Ziff. 3). Aktuell und auch in den kommenden Monaten sei nach wie vor mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit und einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit zu rechnen. Unter diesen Umständen werde nur eine langsame Steigerung des Arbeitspensums möglich sein. Dazu seien ein angepasstes Arbeitstempo mit längeren Pausen zwischen den ausgeführten Tätigkeiten und eine reduzierte Belastung sehr wichtig (act. II 36/3 Ziff. 13). Alle Tätigkeiten seien weiterhin zumutbar, jedoch mit einem an den psychischen Zustand angepassten Arbeitstempo (act. II 36/3 Ziff. 14).

Im Verlaufsbericht vom 12. Juni 2019 (act. II 45/2 ff.) hielt Dr. med. K. _____ fest, im Verlauf habe sich der psychische Zustand deutlich verbessert (act. II 45/2 Ziff. 4). Dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als selbstständigerwerbender ... weiterhin zumutbar.

Alle Tätigkeiten seien ihm weiterhin zumutbar, jedoch mit einem an den psychischen Zustand angepassten Arbeitstempo (act. II 45/3 Ziff. 13 f.).

3.2.3 In der Beurteilung vom 12. Dezember 2019 (act. II 47/5 ff.) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. F._____ fest, beim Beschwerdeführer liege keine versicherungsmedizinisch relevante Diagnose im psychiatrischen Fachgebiet vor. Eine im Mai 2017 erstmals diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei spätestens ab Mai 2018 remittiert gewesen (act. II 47/20 Ziff. 1). Medizinisch-theoretisch sei während der stationären Behandlung vom 10. Mai bis 5. Juli 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (act. II 47/20 Ziff. 3). Seit dem Klinikaustritt seien dem Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten zumutbar, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprächen; dies bis zu einem Pensum von 100 % (act. II 47/20 Ziff. 6).

3.3 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts ist in der massgebenden Zeit nach der Verfügung vom 11. Juni 2020 (act. II 54) den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Vom 9. September bis 18. Oktober 2021 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der Klinik J._____. Im Austrittsbericht vom 26. Oktober 2021 (act. II 61/26 ff.) diagnostizierten die Dres. med. L._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und M._____ (im Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch] ohne Facharztstitel verzeichnet) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) und anamnestisch eine Zwangsstörung (ICD-10: F42.0). Sie attestierten vom 9. September bis 1. November 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 61/29).

3.3.2 Vom 19. Oktober bis 20. Dezember 2021 (act. II 61/16 ff.) erfolgte ein stationärer Aufenthalt in den psychiatrischen Diensten N._____. Im Austrittsbericht vom 10. Januar 2022 diagnostizierte Dr. med. univ. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.3), eine Zwangsstörung (ICD-10: F42) und einen Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und Sedativa (ICD-

10: F13), eine arterielle Hypertonie, eine Dyslipidämie sowie eine COPD-Gold II (act. II 61/16). Der Beschwerdeführer sei aufgrund akuter Suizidalität im Rahmen einer depressiven Episode aufgenommen worden. Unter Surmontil sei es zur Besserung der depressiven Symptomatik und Abnahme der Suizidalität gekommen. Bei deutlich verbessertem Zustandsbild und bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung sei der Beschwerdeführer in sein bestehendes Setting entlassen worden (act. II 61/17).

3.3.3 Der Beschwerdeführer hielt sich vom 5. bis 14. Januar 2022 (act. II 61/10) stationär in der Klinik P._____, Spital Q._____, auf. Am 5. Januar 2022 erfolgte wegen eines symptomatischen infranealen Aortenaneurysmas operativ ein offener Aortenrepair mittels kurzer Y-Prothese (vgl. auch act. II 61/21).

3.3.4 Vom 14. bis 29. Januar 2022 fand eine kardiologische Rehabilitation im Zentrum R._____, ..., statt. Im Austrittsbericht vom 8. Februar 2022 (act. II 85) diagnostizierten die Dres. med. S._____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, und T._____, Fachärztin für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, sowie dipl. Ärztin U._____ (im Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch] ohne Facharzttitel verzeichnet) das Folgende:

1. Status nach Y-Prothesenimplantation am 5. Januar 2022
2. Nicht transfusionsbedürftige Blutungsanämie peri-/postoperativ
3. Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.2)
4. Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und Sedativa
5. Mangelernährung NRS 4
6. COPD-Gold II
7. Status nach Skabies 10/2021

Der Beschwerdeführer habe am 29. Januar 2022 in noch reduziertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Er könne die Tätigkeit als ... voraussichtlich nach Abschluss der Heilungsphase (drei Monate postoperativ) wieder aufnehmen. Schwere körperliche Arbeiten wie schweres Heben und Tragen über 10 kg sollten wegen der Aorta möglichst vermieden werden (act. II 85/4).

3.3.5 Im Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2022 (act. II 72/2 ff.) diagnostizierte dipl. Arzt E._____ eine rezidivierende depressive Störung, zum

Teil schwergradig (ICD-10: F33.2; act. II 72/2 Ziff. 3). Es sei dem Beschwerdeführer eine halbtägige Arbeit zumutbar (act. II 72/4 Ziff. 13).

3.3.6 Im Bericht vom 17. Januar 2023 (act. II 86) diagnostizierten die Dres. med. V._____, Fachärztin für Gefässchirurgie, und W._____ (im Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch] ohne Facharzttitel verzeichnet), Klinik X._____, Spital Q._____, das Folgende:

1. Symptomatisches infrarenales Aortenaneurysma, max. DM 90 mm, ED (Erstdiagnose) 5. Januar 2022
Aktuell: Neue, symptomatische Narbenhernie im Bereich der Laparotomie
2. Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.2)
3. COPD-Gold II

In der heutigen Kontrolle ein Jahr nach dem offenen Aortenersatz mittels Y-Prothese zeige sich beim Beschwerdeführer anamnestisch ein guter Verlauf. Seit drei Wochen bestehe im Bereich der Operationsnarbe eine Vorwölbung im Sinne einer Narbenhernie. Diese sei druckdolent, klemme sich manchmal ein, sei aber bisher schlussendlich immer reponibel gewesen (act. II 86/3).

3.3.7 Gemäss Bericht von Prof. Dr. med. Y._____, Facharzt für Chirurgie, und dipl. Ärztin Z._____ (im Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch] ohne Facharzttitel verzeichnet), Klinik AA._____, Spital Q._____, vom 24. März 2023 (act. II 90/2 ff.) erfolgte wegen einer grössenprogredienten symptomatischen Narbenhernie der Medianen bei Status nach symptomatischem infrarenalem Aortenaneurysma (ED 5. Januar 2022) ein operativer Eingriff.

3.3.8 Im Bericht vom 13. November 2023 (act. II 106/2 ff.) diagnostizierte die Psychotherapeutin M.Sc. G._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), einen Verdacht auf ein ADHS (einfache Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung; ICD-10: F90.0), DD (Differentialdiagnose) ASS ([Autismusspektrumsstörung]; ICD-10: F84.5), mindestens schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), DD Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) und ein Tabakabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2). Der Beschwerdeführer erhoffe sich, im Alltag wieder belastbarer zu werden, seine

Konzentrationsstörungen, das sich verzetteln in Dingen, die phasenweise Freudlosigkeit, die Antriebsschwierigkeiten und die Müdigkeit hinter sich zu lassen. Jedoch falle es ihm schwer, diesbezüglich Verhaltensweisen umzusetzen. Entsprechend sollten – nebst einer Depressionsbehandlung – auch zeitnah die soziale Lage sowie die Selbststrukturierungsfähigkeit und das Funktionsniveau des Beschwerdeführers im Alltag verbessert und eine berufliche Integrationsmassnahme angestrebt werden. Um die Tagesmüdigkeit zu verbessern, sollte eine Evaluation der bisherigen psychiatrischen Medikation (allenfalls in Absprache mit einem Psychiater) vorgenommen und mögliche organische Ursachen der berichteten Symptome in Betracht gezogen werden. Auch sollte der berichtete Alkoholkonsum beobachtet und eine Motivationsförderung hinsichtlich der Abstinenz thematisiert werden (act. II 106/5 f.).

3.3.9 In der Aktenbeurteilung vom 5. Februar 2024 (act. II 109/3 ff.) diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ in somatischer Hinsicht einen Zustand nach langstreckigem Aorten-Ersatz mittels Y-Prothese im Januar 2022 bei Zustand nach grossem Aortenaneurysma (ED: 01/2022) und einen Zustand nach Narbenhernien-Repair im März 2023 sowie aktenanamnestisch eine COPD-Gold II bei fortgesetztem schädigenden Nikotinabusus (act. II 109/6 Ziff. 1). In rein somatischer Hinsicht sei eine periinterventionelle Arbeitsunfähigkeit von Januar 2022 bis Mai 2022 anzunehmen. Aufgrund der im Januar 2023 festgestellten symptomatischen Narbenhernie sei zudem vom 26. November 2022 bis Juni 2023 eine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen (act. II 109/6 Ziff. 2). Die klassische Tätigkeit eines ... sei dem Beschwerdeführer nach dem stattgehabten Aortenersatz und der Narbenhernien-Operation nicht mehr zumutbar. Sie erfordere das Ausführen von schweren Arbeiten, ebenso das Heben und Tragen von Lasten von bis zu 25 kg oder darüber. Dies sei für den Beschwerdeführer dauerhaft zu schwer (act. II 109/7 Ziff. 3). Zumutbar sei eine körperlich leichte bis allenfalls gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende oder körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung, ganztags zu 8.5 Stunden, mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Zu vermeiden seien repetitives Heben und Tragen von Gewichten, dabei sollte eine Gewichtslimite von 10 kg eingehalten werden. Des Weiteren sollten anhaltende Zwangshaltungen,

überwiegendes Bücken, Knien und Kauern bzw. Tätigkeiten, welche eine "Bauchpresse" verursachten, vermieden werden. Tätigkeiten in Kälte/Hitze oder unter starken Temperaturschwankungen sowie unter atmosphärischem Über-/Unterdruck sollten gemieden werden. Um Blutdruckspitzen zu vermeiden, sei auf ein ausgewogenes Stressmanagement zu achten, insbesondere bei hoher Verantwortlichkeit, hoher Arbeitsdichte und hohen Leistungserwartungen durch Vorgesetzte und/oder an sich selbst. Wegen der anamnestisch beschriebenen COPD-Gold II sei zudem die Exposition gegenüber Dämpfen, Stäuben, Rauch und Gasen zu vermeiden (act. II 109/7 Ziff. 4).

3.3.10 In der Aktenbeurteilung vom 6. Februar 2024 (act. II 110/12 ff.) diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. F._____ in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, (ICD-10: F33), zuletzt höchstens noch leichtgradig ausgeprägt (act. II 110/16). Seit der rentenablehnenden Verfügung vom 11. Juni 2020 sei der Beschwerdeführer ab dem 9. September 2021 zweimal stationär psychiatrisch behandelt worden. Als Auslöser für die Zustandsverschlechterung im psychiatrischen Fachgebiet seien familiäre Konflikte und eine hohe Arbeitsbelastung in der eigenen ... genannt worden. Die Ärzte der Klinik J._____ und der psychiatrischen Dienste N._____ seien in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) ausgegangen. Die depressive Verstimmung sei schwer ausgeprägt gewesen. Die von den Ärzten der psychiatrischen Dienste N._____ postulierte Zwangsstörung (ICD-10: F42) habe im weiteren Verlauf nicht mehr bestätigt werden können und der Beschwerdeführer habe bei der ihn seit Juni 2023 ambulant behandelnden Psychotherapeutin entsprechende Symptome verneint. Über die Sitzungsfrequenz der ambulanten psychologischen Behandlung seit Juni 2023 sei nichts bekannt. Die Psychotherapeutin M.Sc. G._____ gehe von einer lediglich leichten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.0) aus. Weitere ausgewiesene Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet lägen nicht vor. Mittels Laboruntersuchung im RAD im April 2023 habe überwiegend wahrscheinlich ein schädlicher Alkoholkonsum ausgeschlossen werden können. Ein Konsum von Benzodiazepinen habe nicht mehr bestanden. Anlässlich der Laboruntersuchung habe eine nur teilweise Therapieadhärenz des Beschwerdeführers für die ver-

ordneten Antidepressiva (Duloxetin und Trittico) nachgewiesen werden können. Die Optimierung einer nicht ausreichenden antidepressiven Behandlung mit allfälligem Wechsel der Antidepressiva, Kombinationsbehandlung und/oder Augmentationsbehandlung gehöre in die Hände eines psychiatrischen Facharztes bzw. Fachärztin und falle nicht in den Kompetenzbereich einer Psychotherapeutin (act. II 110/14 f.). Die Arbeitsunfähigkeits-Atteste für die Zeit der stationären Behandlungen vom 9. September bis 20. Dezember 2021 seien nachvollziehbar. Für die weiteren lediglich durch den Hausarzt attestierten Arbeitsunfähigkeits-Zeiten lägen in psychiatrischer Hinsicht keine objektiv erhobenen Befunde vor (act. II 110/16 Ziff. 2). Für Menschen mit rezidivierenden Depressionen seien Tätigkeiten mit regelmässiger Nachtschicht und Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit sowie Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck ungünstig. Unter Berücksichtigung dieses Zumutbarkeitsprofils seien dem Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten zumutbar, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprächen. Dies mit einem Pensum bis 100 %. Aufgrund der auch in symptomfreien Intervallen dauerhaft reduzierten Stresstoleranz und der reduzierten Belastbarkeit sei medizinisch-theoretisch von einer qualitativen Leistungsminderung von 20 % auszugehen (act. II 110/17 Ziff. 3).

3.3.11 Im Bericht vom 16. Mai 2024 (act. II 116/3 ff.) hielt die Psychotherapeutin M.Sc. G._____ fest, wegen den Arbeitsherausforderungen, die vermieden werden sollten (u.a. Heben und Tragen von Gewichten, Stress aufgrund von Verantwortung, Arbeitsdichte und Leistungserwartungen, Exposition gegenüber Dämpfen usw. sowie Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit und unter Zeitdruck), sei eine Fortführung der angestammten Tätigkeit erschwert (act. II 116/5).

3.3.12 Im Bericht vom 3. Juli 2024 (act. II 120) erwähnte dipl. Arzt E._____, es sei eine multidisziplinäre Begutachtung zwingend notwendig. Dem Beschwerdeführer sei aus somatischen Gründen die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar. Über die letzten Jahre bestehe auch eine Progredienz der psychogen bedingten Beschwerden und Einschränkungen mit aktuell nicht vorhandener Arbeitsfähigkeit.

3.3.13 In der Aktenbeurteilung vom 8. August 2024 (act. II 123/2 f.) führte die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ aus, es seien in somatischer Hinsicht keine neuen Unterlagen eingereicht worden, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründen würden. Es könne an der Beurteilung vom 5. Februar 2024 festgehalten werden.

3.3.14 In der Aktenbeurteilung vom 12. August 2024 (act. II 124/3 f.) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ fest, fachpsychiatrische Berichte seien im Anhörungsverfahren nicht eingereicht worden. Dem Therapieverlaufsbericht der Psychotherapeutin M.Sc. G. _____ seien keine objektiven Befunde und keine neuen Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet zu entnehmen. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung ICD-10: F33 werde als "zunehmend remittiert" beurteilt. Bei den weiteren aufgeführten Diagnosen "Vd.a ADHS" und "am ehesten kombinierte Persönlichkeitsstörung" handle es sich lediglich um Verdachtsdiagnosen. Eine weitere Diagnostik habe wegen Nichterscheins des Beschwerdeführers zu geplanten Konsultationsterminen nicht erfolgen können. Zu der erneut postulierten Diagnose eines schädlichen Alkoholkonsums (ICD-10: F10.1) habe der RAD bereits am 6. Februar 2024 Stellung genommen. Es lägen keine neuen objektiv erhobenen Befunde vor, aus welchen die Diagnose hergeleitet werden könnte. Sowohl im Verlaufsbericht der Psychotherapeutin M.Sc. G. _____ vom 16. Mai 2024 als auch im eingereichten Abschlussbericht von Abklärungsstelle I. _____, vom 31. Mai 2024 seien mangelnde Zuverlässigkeit, Nicht-Erscheinen und Terminabsagen des Beschwerdeführers sowie "nur bedingte Veränderungsmotivation" aktenkundig, welche überwiegend wahrscheinlich für einen nur geringen Leidensdruck des Beschwerdeführers sprächen.

3.4

3.4.1 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 Her-

kunft 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).

3.4.2 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). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4.3 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).

3.5 In somatischer Hinsicht erfüllen die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ vom 5. Februar (act. II 109/6 ff.) sowie vom 8. August 2024 (act. II 123/2 f.) die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Aktenberichte (vgl. E. 3.4.1 und 3.4.3 hiervoor) und erbringen vollen Beweis. Die RAD-Ärztin hat ihre Ausführungen und Feststellungen in Kenntnis der Akten der behandelnden Ärzte getroffen (act. II 109/4 ff., 123/2), namentlich hat sie die Folgen der im Januar 2022 nach einem Aortenaneurysma durchgeführten Operation (langstreckiger Aorten-Ersatz mittels Y-Prothese) und der im März 2023 erfolgten Narbenhernien-Operation (act. II 109/6 Ziff. 1) berücksichtigt. Sie hat die Diagnosen in somatischer Hinsicht (act. II 109/6 Ziff. 1, 123/2) nachvollziehbar dargelegt und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen einleuchtend begründet. Überzeu-

gend ist die Einschätzung, dass dem Beschwerdeführer nach der Narbenhernien-Operation die angestammte Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar ist, da letztere die Ausführung schwerer Arbeiten sowie das Heben und Tragen von Lasten bis zu 25 kg oder darüber bedingt (act. II 109/7 Ziff. 3). Diese Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gilt denn auch aufgrund der symptomatischen Narbenhernie ab dem 26. November 2022 (act. II 109/6). Die Beurteilung, dem Beschwerdeführer sei in somatischer Hinsicht eine körperlich leichte bis allenfalls gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende oder eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung ganztags zu 8.5 Stunden, mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs, zumutbar, wurde von der RAD-Ärztin gestützt auf die somatischen Befunde nachvollziehbar und schlüssig begründet dargelegt. Damit ist im massgebenden Vergleichszeitraum (E. 3.1 hiervor) ein Revisionsgrund (E. 2.3.3 hiervor) gegeben und der strittige Rentenanspruch ist in der Folge frei zu prüfen (E. 2.3.4 hiervor).

3.6 In psychiatrischer Hinsicht erfüllen die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ vom 6. Februar (act. II 110/12 ff.) sowie vom 12. August 2024 (act. II 124/3 f.) die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (E. 3.4.1 und 3.4.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Die RAD-Ärztin setzte sich mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers in Kenntnis der medizinischen Berichte der Behandelnden (act. II 110/12 ff., 124/3) einlässlich auseinander (act. II 110/13 ff., 124/3). Basierend darauf hat sie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt (ICD-10: F33; act. II 110/16 Ziff. 1) und gelangte überzeugend begründet zum Schluss, dass einzig eine Depression ausgewiesen ist, wobei zuletzt eine leichte depressive Episode bestand; anderweitige psychiatrische Diagnosen schloss sie aus (act. II 110/14 f., 124/3). Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hat die RAD-Ärztin überzeugend dargelegt, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht lediglich vom 9. September bis zum 20. Dezember 2021 wegen einer schwer ausgeprägten depressiven Verstimmung bei einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) und der damit zusammenhängenden stationären Behandlungen in der Klinik J. _____ sowie danach in den psychiatrischen Diensten N. _____

voll arbeitsunfähig war (act. II 110/16 Ziff. 2). Dabei kam es zuletzt unter der medikamentösen Behandlung zu einer Besserung der depressiven Symptomatik und der Beschwerdeführer trat mit deutlich gebesserem Zustandsbild aus den psychiatrischen Diensten N._____ aus (vgl. act. II 61/17, 110/14). Einleuchtend ist weiter, dass die danach weiterhin vom Hausarzt geltend gemachte Verschlechterung (vgl. act. II 72/2) und die von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeiten (act. II 61/2 ff., 76/7 ff.) nicht auf objektiven psychiatrischen Befunden basieren (act. II 110/16 Ziff. 2), zumal der Beschwerdeführer auch angegeben hat, in der eigenen ... gearbeitet zu haben (act. II 77/9). Der Coach der Abklärungsstelle I._____, bei welchen der Beschwerdeführer vom 18. November 2022 bis 30. April 2024 zur Arbeitsvermittlung angemeldet war, wies zudem im Abschlussbericht vom 31. Mai 2024 auf widersprüchliche Äusserungen des Beschwerdeführers bezüglich der Aufgabe der finanziell nicht existenzsichernden Tätigkeit als ... in der eigenen ... und auf eine mangelnde Motivation zur Arbeitsaufnahme auf dem 1. Arbeitsmarkt hin (act. II 119/5 f.). Es gibt keine Hinweise, dass dieses Verhalten auf objektiven psychiatrischen Befunden beruht. Nachvollziehbar und einleuchtend ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit durch die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, wonach für den Beschwerdeführer zwar Arbeiten mit regelmässiger Nachtschicht, mit besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit sowie unter besonderem Zeitdruck ungünstig sind, dass er jedoch unter Berücksichtigung dieses Zumutbarkeitsprofils in psychiatrischer Hinsicht sämtliche Tätigkeit mit einem Pensum von 100 % ausüben kann, mit einer Leistungsminderung von 20 % wegen der reduzierten Stresstoleranz und Belastbarkeit (act. II 110/17).

Die Vorbringen des Beschwerdeführers gegen diese Beurteilung (Beschwerde S. 4 f.) vermögen keine auch nur geringe Zweifel im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 3.4.2 hiervor) zu begründen. Der beschwerdeweisen Kritik, die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. F._____ vom 6. Februar (act. II 110/12 ff.) sowie vom 12. August 2024 (act. II 124/3 f.) widersprächen den Berichten der Klinik J._____ und der psychiatrischen Dienste N._____, kann nicht gefolgt werden. Vielmehr hat sich die RAD-Ärztin mit diesen Berichten einlässlich auseinandergesetzt und überzeugend festgehalten, dass bei Austritt aus den psychiatrischen Diens-

ten N._____ der Psychostatus des Beschwerdeführers keinen Krankheitswert mehr gezeigt hat (act. II 110/15). Insoweit finden sich unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs keine massgebenden Diskrepanzen zwischen den Berichten zu den stationären psychiatrischen Behandlungen und den RAD-ärztlichen Beurteilungen. Auch das Argument, der Verlaufsbericht der Psychotherapeutin M.Sc. G._____ vom 16. Mai 2024 (act. II 116/3 ff.) könne nicht ignoriert werden, greift ins Leere. Denn die RAD-Ärztin hat sich in der Beurteilung vom 12. August 2024 eingehend damit auseinandergesetzt und nachvollziehbar festgehalten, dass in psychiatrischer Hinsicht mit dem Verlaufsbericht keine neuen objektiven Befunde und Diagnosen nachgewiesen wurden (act. II 124/3). Die Psychotherapeutin M.Sc. G._____ nannte zwar die Verdachtsdiagnosen ADHS (ICD-10: F90.0) und kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61; act. II 116/4), entsprechende Ausführungen anhand der diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 170, 201) hat sie jedoch nicht vorgenommen und auch keine Befunde genannt (vgl. auch act. II 106/4, 124/3). Sie hat weiter auf eine bedingte Veränderungsmotivation des Beschwerdeführers hingewiesen (act. II 116/3) und bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) ist sie ferner von einer zunehmenden Remissionstendenz ausgegangen, was nicht für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht bzw. für einen grossen Leidensdruck spricht. Auf die nicht fundiert begründete Kritik von dipl. Arzt E._____, es bestehe eine somatische wie auch eine psychogen bedingte Arbeitsunfähigkeit und er könne nicht nachvollziehen, wieso der Beschwerdeführer keine IV-Rente erhalte (act. II 120), kann nicht abgestellt werden. Der Hausarzt tritt offensichtlich advokatorisch auf und identifiziert sich in einem Umfang mit den Interessen seines Patienten, der über das normale Mass, welches bei einem behandelnden Arzt zu erwarten ist, hinausgeht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_635/2022 vom 16. Februar 2022 E. 4.8 und 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2). Festzustellen ist, dass weder dipl. Arzt E._____ noch die Psychotherapeutin M.Sc. G._____ Fachärzte der Psychiatrie sind, womit ihren Einschätzungen hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen kein ver-

gleichbarer Beweiswert wie den Beurteilungen der Fachärztin des RAD zukommt.

3.7 Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Beweiserhebungen, namentlich das beantragte Gutachten (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I/1), sind nicht angezeigt, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; Urteil des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024 E. 5.2, zur Publikation vorgesehen; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.8 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung kann grundsätzlich nur eine schwere depressive Störung invalidisierend im Rechtssinne sein (vgl. E. 2.1.2 hiervor). Mit der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, höchstens noch leichtgradig ausgeprägt, liegt zumindest seit der Neuanmeldung zum Leistungsbezug im August 2022 keine schwere psychische Störung vor. Zur psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers ist erstellt, dass eine Laboruntersuchung im RAD am 18. April 2023 (für Duloxetin bestand Therapieadhärenz, Trittico lag unterhalb der Nachweisgrenze [act. II 94/2]) nur eine teilweise Therapieadhärenz für die verordneten Antidepressiva ergeben hat (act. II 110/14). Der Beschwerdeführer ist zwar in psychotherapeutischer Behandlung, wobei unklar ist, wie häufig die Behandlungstermine stattfinden (act. II 110/15); in der Therapie konnte jedoch nur eine bedingte Verbesserung erreicht werden und die behandelnde Psychotherapeutin beschrieb lediglich eine bedingte Veränderungsmotivation des Beschwerdeführers (act. II 116/4). Dies spricht für einen geringen Leidensdruck (act. II 124/3). Da keine weiteren Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet ausgewiesen sind (act. II 110/15), liegen auch keine nennenswerten Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten vor. Vorliegend sind keine gewichtigen Gründe ersichtlich, welche gleichwohl auf einen invalidisierenden Charakter der Erkrankung schliessen liessen.

Da hier eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder

aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann, ist von einer Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 abzusehen (vgl. BGE 145 V 215 E. 7 S. 228).

3.9 Nach dem Dargelegten liegt in psychiatrischer Hinsicht keine invalidisierende Störung vor und es bestehen einzig in somatischer Hinsicht Einschränkungen. Gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ vom 5. Februar 2024 (act. II 109/7) ist dem Beschwerdeführer wegen der Narbenhernie in somatischer Hinsicht ab dem 26. November 2022 die bisherige Tätigkeit unzumutbar (act. II 109/6 Ziff. 2, 109/7 Ziff. 3). Spätestens ab Juli 2023 ist dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis allenfalls gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende oder eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung ganztags zu 8.5 Stunden, mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs, zumutbar (vgl. act. II 125/1). Auf dieser Basis ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.

4.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 62, 9C_63/2018 E. 4.4.2).

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).

Ab November 2022 war dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... in somatischer Hinsicht dauerhaft nicht mehr zumutbar (act. II 109/6); nach Ablauf des Wartejahrs (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und mit Blick auf die Neuanmeldung im August 2022 (act. II 62; Art. 29 Abs. 1 IVG) ist frühestmöglicher Zeitpunkt für eine Rente im November 2023, weshalb ein Einkommensvergleich für das Jahr 2023 erfolgt.

4.3

4.3.1 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). 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).

4.3.2 Angesichts der in Art. 25 Abs. 1 IVV vorgesehenen Gleichstellung der invalidenversicherungsrechtlich massgebenden hypothetischen Vergleichseinkommen mit den AHV-rechtlich beitragspflichtigen Erwerbseinkommen kann das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden zu meist aufgrund der Einträge im Individuellen Konto bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (SVR 2023 IV Nr. 40 S. 135, 8C_396/2022 E. 3.2.2, 2017 IV Nr. 6 S. 15, 9C_644/2015 E. 4.6.2). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei Selbstständigerwerbenden zum einen dann zu, wenn aufgrund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche

selbstständige Tätigkeit aufgeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte (BGE 135 V 58 E. 3.4.6 S. 64; SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 6.2).

4.4

4.4.1 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 Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). Wird im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf Tabellenlöhne abgestellt, so sind die aktuellsten statistischen Daten beizuziehen. Gemeint sind damit die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Daten (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70). Bezüglich der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, d.h. es ist auf den Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (BGE 129 V 408; SVR 2019 IV Nr. 88 S. 296, 8C_72/2019 E. 4.1).

4.4.2 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 (Art. 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 Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung) 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 (Urteil des BGer 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 10.6, zur Publikation vorgesehen).

4.4.3 Bezüglich der Rechtslage ab dem 1. Januar 2024 werden vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 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).

4.5 Der Beschwerdeführer arbeitete seit 2005 als selbstständigerwerbender ... (act. II 10/3, 34.7/4, 69/3, 114/3 Ziff. 3), dabei erzielte er jedoch ein bescheidenes Einkommen, so dass er seit Dezember 2018 ergänzend vom Sozialdienst AB. _____ unterstützt wird (act. II 76/2 ff.). Im Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 18. April 2024 (act. II 114/2 ff.) ermittelte die Beschwerdegegnerin – mit Blick auf den IK-Auszug (act. II 69/3) zugunsten des Beschwerdeführers – gestützt auf statistische Branchenangaben (...) ein Valideneinkommen als Selbstständigerwerbender für das Jahr 2022 von Fr. 51'763.-- (act. II 114/5 Ziff. 9.3), was indexiert auf das Jahr 2023 (vgl. E. 4.2 hiavor; Nominallohnindex, Männer, 2016-2023, Bst. G Ziff. 45-47 Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen; 2022: 103.0; 2023: 104.4) ein Valideneinkommen von Fr. 52'466.60 (Fr. 51'763.-- / 103.0 x 104.4) ergibt. Dies ist jedenfalls aus Sicht des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden; im Übrigen hat der Beschwerdeführer nicht geltend gemacht und es liegen auch aktenmässig keine Hinweise dafür vor, dass er im Gesundheitsfall seine nicht einträgliche selbstständigerwerbende Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit aufgenommen hätte (vgl. E. 4.3.1 hiavor).

4.6 Medizinisch-theoretisch ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 %, mit einer Leistungsminderung von 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs, zumutbar. Diese Restarbeitsfähigkeit verwertet er jedoch nicht, weshalb die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens praxisgemäss die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen hat. Gestützt auf die LSE 2022, Tabelle TA1_tirage_skill-level (veröffentlicht am 29. Mai 2024), bei einem monatlichen Bruttolohn (Zentralwert)

nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, von Fr. 5'308.--, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit und aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2023 (Nominallohnindex, Männer, 2016-2023, Bst. B-S Ziff. 05-96 Total; 2022: 103.6; 2023: 105.3) sowie unter Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 80 %, resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 53'963.65 (Fr. 5'305.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.6 x 105.3 x 0.8). Ob ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. dazu BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301) vorzunehmen ist, kann hier offenbleiben; denn selbst bei einem Abzug vom Tabellenlohn von 25 %, welcher in dieser Höhe ohnehin nicht gerechtfertigt ist, würde ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 40'472.75 (Fr. 53'963.65 x 0.75) resultieren, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad ergäbe (vgl. E. 4.7 hiernach).

4.7 Bei der Gegenüberstellung eines Valideneinkommens von Fr. 52'466.60 und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 53'963.65 resultiert per November 2023 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 0 %. Auch bei der Gegenüberstellung eines Valideneinkommens von Fr. 52'466.60 und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 40'472.75 resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 23 % ($[(\text{Fr. } 52'466.60 \text{ ./. Fr. } 40'472.75) / \text{Fr. } 52'466.60 \times 100]$). Bezüglich der Rechtslage ab dem 1. Januar 2024 ist beim Invalideneinkommen pauschal ein Abzug von 10 % gestützt auf Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vorzunehmen (E. 4.4.3 hiervor), woraus ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 48'567.30 (Fr. 53'963.65 x 0.9) resultiert (auf eine Indexierung kann verzichtet werden, da der Nominallohnindex, Männer, für das Jahr 2024 noch nicht bekannt ist [<https://www.bfs.admin.ch/asset/de/31445483>]). Bei der Gegenüberstellung eines Valideneinkommens von Fr. 52'466.60 und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 48'567.30 resultiert auch nach dem 1. Januar 2024 ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 7 % ($[(\text{Fr. } 52'466.60 \text{ ./. Fr. } 48'567.30) / \text{Fr. } 52'466.60 \times 100]$).

4.8 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. Oktober 2024 (act. II 125) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen. Mit Verfügung vom 27. November 2024 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gutgeheissen, weshalb der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit ist (Art. 113 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Aufgrund der mit Verfügung vom 27. November 2024 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

5.3 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den glei-

chen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Rechtsanwältin B._____ vom 5. Dezember 2024, mit welcher sie bei einem Zeitaufwand von 11.5 Stunden eine Parteientschädigung von Fr. 3'511.95 (Honorar von Fr. 3'220.--, Auslagen von Fr. 28.80 und Mehrwertsteuer [MWST] von Fr. 263.15) geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'517.45 festzulegen (11.5 Stunden à Fr. 200.-- = Fr. 2'300.--, Auslagen von Fr. 28.80 und MWST von Fr. 188.65 [8.1 % von Fr. 2'328.80]) und der amtlichen Anwältin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'511.95 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'517.45

festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.