

IV 200 2024 810  
ACT/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Juni 2025**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Baumann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. November 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1976 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Februar 2017 unter Hinweis auf ein Knieleiden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen wies die IVB mit Verfügung vom 8. September 2017 (act. II 36) das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 10 % ab. Auf ein weiteres im Oktober 2019 eingereichtes Leistungsbegehren (act. II 78, 80) trat die IVB mangels glaubhaft gemachter Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen mit Verfügung vom 25. Februar 2020 (act. II 85) nicht ein. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 87 S. 3) zog der Versicherte in der Folge zurück (act. II 92 S. 3), was zur Abschreibung des Beschwerdeverfahrens führte (act. II 92).

Im April 2022 (act. II 93) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf Knie- und Hüftschmerzen links, Rückenschmerzen, Handschmerzen sowie eine Depression ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug an. Die IVB führte erneut medizinische Erhebungen durch, insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung in der D.\_\_\_\_\_ (MEDAS; Expertise vom 8. Mai 2024 samt Teilgutachten; act. II 160.1-160.9). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 162, 171, 175) und der Einholung einer Stellungnahme der MEDAS vom 15. Oktober 2024 (act. II 177 S. 2) verneinte die IVB mit Verfügung vom 6. November 2024 (act. II 180) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % resp. ab 1. Januar 2024 von 10 % den Anspruch auf eine IV-Rente.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, am 5. Dezember 2024 Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. November 2024 sei ihm eine IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei der medizinische Sach-

verhalt angemessen abzuklären und auf dessen Grundlage der Rentenanspruch neu zu beurteilen. Zudem stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4).

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 23. Januar 2025 gab der Beschwerdeführer eine E-Mail der E. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2025 zu den Akten (act. I 7), womit diese mitteilte, dass für das vorliegende Verfahren keine Versicherungsdeckung bestehe, sie sich jedoch mit einer freiwilligen Leistung von Fr. 500.-- beteilige. Mit Eingabe vom 10. Februar 2025 stellte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters zur Beschwerdeantwort in Aussicht. Eine solche wurde in der Folge jedoch nicht eingereicht.

## **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 6. November 2024 (act. II 180). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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

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

## **2.**

**2.1** 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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** 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).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C\_165/2021 E. 4.2.1). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invali-

Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

**2.4** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C\_540/2020 E. 2.3).

**2.5** 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]). 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).

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

fahren – 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; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

### 3.

**3.1** Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 4. April 2022 (act. II 93) eingetreten ist und über den Anspruch materiell entschieden hat, ist das Eintreten nicht richterlich zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist dagegen, ob zwischen der rentenablehnenden Verfügung vom 8. September 2017 (act. II 36) und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. November 2024 (act. II 180) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.5 hiervor). Die Verfügung vom 25. Februar 2020 (act. II 85), gegen welche die Beschwerde zurückgezogen wurde (act. II 92 S. 3), ist in dieser Hinsicht nicht massgebend, da es sich um ein Nichteintreten auf eine Neuanschuldung hin handelte und folglich keine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches erfolgte (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220, 9C\_382/2018 E. 2).

**3.2** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 8. September 2017 (act. II 36) massgeblich auf die Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 27. Juni 2017 (act. II 26 S. 3 f.). Als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) links (2007) auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie einen Status nach depressiver Episode (2009). Zum Zumutbarkeitsprofil führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, in der angestammten Tätigkeit als ... sowie in jeder anderen körperlich anspruchsvollen Tätigkeit wie z.B. ... sei seit 2007 keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Drei Monate nach dem Kreuzbandersatz (2007) und jeweils sechs Wochen nach den arthroskopischen Eingriffen (2008, 2013, 2016) bestehe in einer angepassten wech-

selbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe und ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 3).

**3.3** Der angefochtenen Verfügung vom 6. November 2024 (act. II 180) liegen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde:

**3.3.1** Der Beschwerdeführer war vom 9. März bis zum 25. Oktober 2023 im Spital G.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung. Im Bericht vom 27. Oktober 2023 (act. II 145 S. 3 ff.) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Erstdiagnose [ED] 2010; ... und ...), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; ED 2010), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01; ED 2023) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; ED 2023) diagnostiziert (S. 6 Ziff. 2.5) und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 4 Ziff. 1.3). Der Patient leide nach wie vor sehr unter den traumatischen Erlebnissen seiner Vergangenheit. Er könne sich nicht einmal durch die Arbeit ablenken, da seine Knieprobleme ihn daran hindern würden. Zudem zeige sich eine zunehmende Angstsymptomatik mit paranoiden Zügen. Der Patient habe Angst, dass ihm oder seiner Familie etwas zustossen oder ihnen jemand etwas antun könnte. Er schlafe kaum noch, da er durch Albträume (traumabezogen) geplagt werde (S. 5 Ziff. 2.2).

**3.3.2** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2024 (act. II 160.1) basiert auf einer allgemein-internistischen, orthopädischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchung (vgl. Teilgutachten, act. II 160.3-160.6). Im interdisziplinären Konsens stellten die Gutachter folgende Hauptdiagnosen (act. II 160.1 S. 8 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei deskriptiv zu stellender rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33)
2. Chronische Kniebeschwerden links (ICD-10 T93.8/M23.51/Z98.8)
3. Chronische Hüftbeschwerden links (ICD-10 M77.9)
4. Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M17.0)
5. Chronische Beschwerden im Bereich des dominanten rechten Handgelenkes (ICD-10 T92.3/Z98.8)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Beginnendes metabolisches Syndrom
2. Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
3. Subjektive Hyposmie (ICD-10 G52.9)

Aus allgemeininternistischer und neurologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 160.3 S. 7 f. lit. b und Ziff. 8, 160.6 S. 5 f. Ziff. 6.3 lit. b und Ziff. 8).

Im orthopädischen Teilgutachten (act. II 160.5) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zusammenfassend fest, die beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde weitgehend begründen. An den Kniegelenken lägen links eine ventrale Instabilität, rechts eine Femoropatellararthrose und beidseits Hinweise für eine Meniskusläsion vor. An der linken Hüfte bestünden Zeichen des femoroazetabulären Impingements. Auch eine gewisse Bewegungseinschränkung am rechten Handgelenk nach Verletzung und Eingriff sei nachvollziehbar (S. 8 Ziff. 6.2.1). Für ausschliesslich stehende und gehende sowie mit körperlich höherer Belastung verbundene Verrichtungen, wie sie der Explorand anamnestisch mehrere Jahre lang in der ... ausgeübt habe, bestehe seit Juli 2016 eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 12 Ziff. 8.1.1 und 8.1.4). Für überwiegend sitzende, körperlich zumindest sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung liege eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das häufig wiederholte Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm, das längere Stehen und Gehen, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie das Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden (S. 12 Ziff. 8.2.1). Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. H.\_\_\_\_\_ unter anderem an, zuletzt sei die Arbeits-

fähigkeit nach der Handoperation vom 11. April 2022 bis zwei Monate nach der Handoperation vom 30. Juni 2022 aufgehoben gewesen (S. 13 Ziff. 8.2.5).

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 160.4) führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, unter Berücksichtigung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen und der aktuellen persönlichen Untersuchung müsse von einer affektiven Störung ausgegangen werden, die aktuell als akut und krankheitssymptomatisch eingeschätzt werde. Aktuell imponiere die Symptomatik nicht als Persönlichkeitsveränderung nach posttraumatischer Belastungsstörung, sondern eher als depressives Syndrom im Ausprägungsgrad einer affektiven Störung. Deskriptiv sei von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) auszugehen. Die Behandlung sei unbedingt fortzusetzen und die Medikation zu optimieren. Die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer komplexen Traumafolgestörung würden im Hinblick auf die typische Symptomatik und den typischen Zeitverlauf nicht gestellt. Zwar könnten die Traumafolgen für die bei vorhandener Vulnerabilität für das Erleiden einer affektiven Störung jeweils getriggerte depressive Episode mitverantwortlich sein, gleichwohl sei aber von der Krankheitsentität einer affektiven Störung als zugrundeliegende Erkrankung auszugehen, sodass bei guter Behandlung wieder eine Leistungsfähigkeit erreicht werden könne (S. 5 f. Ziff. 6.1). Der Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ sei in wesentlichen Zügen nachvollziehbar, abgesehen von der differenzialdiagnostischen Diskussion, dass die rezidivierende depressive Störung als zuerst zu benennende Diagnose auch die Anteile der posttraumatischen Belastungsstörung und der benannten Störungen enthalte. Hier sei von einer diagnostischen Hierarchie der affektiven Störung auszugehen. Wenn jemand an einer akuten symptomatischen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung leide, dann seien Ängste, einzelne anfallsartige Ängste, ein sozialer Rückzug und bei entsprechenden Traumatisierungen in der Vorgeschichte Symptome, die mit einer Traumafolgestörung vergleichbar seien, darunter zu subsumieren und nicht als zusätzlich komorbide eigenständige Erkrankungen zu benennen (S. 7 Ziff. 6.2.3). Aktuell könne der Explorand keine Arbeitstätigkeit ausüben (S. 8 Ziff. 8.1.1 und 8.2.1). Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine dezi-

dient intensiviert und optimierte fachärztlich-psychiatrische Behandlung verbessert werden (S. 9 Ziff. 8.3.1).

In der interdisziplinären Konsensbeurteilung führten die Gutachter zur Gesamtarbeitsfähigkeit aus, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei seit Jahren aus Sicht des Bewegungsapparates aufgehoben. In leichten, überwiegend sitzenden und adaptierten Tätigkeiten bestehe somatisch keine Einschränkung, die Arbeitsfähigkeit sei derzeit aber psychiatrisch aufgehoben (act. II 160.1 S. 10 Ziff. 4.5).

**3.3.3** Die Hausärztin, dipl. Ärztin J. \_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, diagnostizierte im Bericht vom 21. August 2024 (act. II 175 S. 7) eine rezidivierende depressive Episode, eine Mikrohämaturie am ehesten bei Urolithiasis links (ED Februar 2024), eine posttraumatische Belastungsstörung (...), einen Status nach Unfall mit Kreuzbandruptur links und eine Nephrolithiasis beidseits (ED März 2024). In den Konsultationen seien immer wieder die Schlafstörungen und die Angstzustände im Vordergrund gestanden. Hier befinde sich der Patient in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung (S. 7). Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seien in Kontakt/Absprache mit dem behandelnden Psychiater/Psychologen erfolgt (S. 8).

**3.3.4** Im Bericht vom 30. August 2024 (act. II 175 S. 3), welcher zu Händen der Rechtsanwältin des Beschwerdeführers verfasst worden war, diagnostizierten Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und dipl. Psych. L. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1/F33.2) im Sinne einer Traumafolgestörung, und anamnestisch einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; S. 4 Ziff. 2). Die für die Diagnosestellungen erforderlichen Symptome und Leitlinien seien erfüllt. Nach der Vergewaltigung und den Kriegserlebnissen habe der Patient zirka ein Jahr lang mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu kämpfen gehabt. Danach sei es ihm bis 2009 gelungen, die belastenden Themen und Bilder auf die Seite zu stellen. Dies sei ihm gelungen, weil er das Trauma habe "einkapseln" können und weil es ihm soweit gut gegangen

und er arbeitsfähig gewesen sei. Aufgrund der Scheidung von seiner ersten Ehefrau, der Schulden, die sie ihm gemacht habe, der zunehmenden körperlichen Erkrankungen, der Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit, des zunehmend erlebten Drucks der Behörden und des Gefühls, ausgeliefert und wertlos zu sein, habe er sukzessive seine Fähigkeit, das Trauma abzuwehren und in der Latenz zu halten, verloren, sodass mit den körperlichen zunehmend auch psychische Symptome aufgetreten seien (S. 4 Ziff. 2). Der Patient sei aufgrund der oben genannten psychischen Diagnosen derzeit vollständig arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 3). Der psychiatrische MEDAS-Gutachter diagnostiziere allein eine depressive Symptomatik und leugne die Bedeutung der traumatischen Erfahrungen und der manifesten Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Sie teilten auch nicht die Sichtweise des MEDAS-Gutachters, dass die rezidivierende depressive Störung die "Anteile" der posttraumatischen Belastungsstörung enthalte und die "Ängste und einzelne anfallsartige Ängste" sowie der soziale Rückzug bei entsprechender Traumatisierung bei der depressiven Episode zu subsumieren und nicht als zusätzlich komorbide eigenständige Erkrankung zu verstehen (zu "benennen") seien. Tatsächlich handle es sich nicht um "einzelne anfallsartige Ängste", sondern um tägliche Angstattacken im Rahmen von Bedrohungserlebnissen, die übrigens auch dazu führten, dass der Patient nicht in der Lage sei, sich wegen seiner extremen Angst vor Gruppen in einer Klinik stationär behandeln zu lassen (S. 5 Ziff. 7). Aufgrund des oben beschriebenen fehlerhaften diagnostischen Prozesses, bei dem manifeste Befunde und Beschwerden unberücksichtigt geblieben oder verleugnet worden seien, resultiere eine unzureichende Diagnose, die das vollständige Beschwerdebild nicht adäquat abbilde. Dies führe zu einer erheblichen Fehleinschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aber auch zu einer unzutreffenden Beurteilung der Behandlungsfähigkeit (S. 6 Ziff. 9).

**3.3.5** Am 15. Oktober 2024 (act. II 177 S. 2) nahmen die MEDAS-Gutachter Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zum Bericht des behandelnden Psychiaters und des Psychologen vom 30. August 2024 Stellung und hielten fest, die Schilderungen im genannten Bericht stünden nicht in einem erheblichen Wider-

spruch zu den Ausführungen im Gutachten. Im Gegenteil, sie hätten sämtliche Aspekte erhoben und nicht nur ein depressives Syndrom diagnostiziert, sondern die depressive Episode in den Zusammenhang mit einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt. Dass daneben mit dem Begriff der "Komorbidität" mehrere zusätzliche eigenständige psychische Erkrankungen, nämlich die Traumafolgestörung und dann auch noch die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zu benennen seien, sei für sie dagegen nicht nachvollziehbar. Hier seien sie der Meinung, dass der Explorand an einer Erkrankung leide. Wichtig erschienen die Aussagen im Bericht der Behandler, dass der Explorand bis 2009 das Trauma in der Latenz halten können, weil es ihm soweit gut gegangen und er arbeitsfähig gewesen sei. Aufgrund der Scheidung von seiner ersten Ehefrau, der Schulden, die sie ihm gemacht habe, etc., habe er sukzessive seine Fähigkeit, das Trauma abzuwehren und in der Latenz zu halten, verloren, sodass mit den körperlichen zunehmend auch psychische Symptome aufgetreten seien (vgl. act. II 175 S. 4 Ziff. 2). Darauf sei einzuwenden, dass der Explorand angegeben habe, im gleichen Zeitraum mit seiner zweiten Ehefrau, mit der er seit 2010 verheiratet sei, zusammengelebt und eine 2012 geborene Tochter zu haben. Aus der Sicht der Unterzeichnenden sei diesem Sachverhalt etwas Positives zu entnehmen. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar, warum die Behandler unterstellten, es sei eine unzureichende Diagnose gestellt worden, was zu einer erheblichen Fehleinschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führe, wenn doch im Gutachten von aktueller Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde. Der anamnesticke Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung und auch eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung seien nicht per se dauerhaft arbeitsunfähigkeitsbegründende Diagnosen. Tatsächlich sei im Gutachten eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit benannt worden, die Gutachter sähen jedoch in der Interpretation der Behandlungsmöglichkeiten einen Unterschied. Während sie die Hoffnung bewahrten, eine depressive Episode einer rezidivierenden depressiven Störung sei durch die Anteile von psychologischer Psychotherapie und ärztlich-psychiatrischer Intervention inklusive einer adäquaten Psychopharmakotherapie behandelbar, sähen die Behandler eine Therapieresistenz. Durch den neu eingereichten Arztbericht ergäben sich keine neuen Erkenntnisse, die die Einschätzung im Gutachten verändern würden (S. 2 f.).

**3.3.6** Mit Bericht vom 25. November 2024 (act. I 5) nahmen Dr. med. K. \_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L. \_\_\_\_\_ zu den gutachterlichen Ausführungen vom 15. Oktober 2024 Stellung. Aus ihrer Sicht sei es durchaus zutreffend, dass eine rezidivierende depressive Störung als Folge einer Traumatisierung auftreten könne. Es sei jedoch keinesfalls akzeptabel, bei Vorliegen der diagnostischen Kriterien einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ausschliesslich von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, während die schwerwiegendere und tiefgreifendere Störung unerwähnt bleibe. Die Unzulänglichkeit der vom MEDAS-Gutachter gestellten Diagnose zeige sich deutlich im Verlauf der ärztlich-psychiatrischen, medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung. Laut MEDAS-Gutachter hätte diese rasch zu einer Remission führen und die Teilhabe des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen verbessern sollen. Tatsächlich leide er auch heute noch unter den Folgen seiner traumatischen Erfahrungen (S. 1). Neben der mittelgradigen bis schweren depressiven Symptomatik bestehe daher auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Der Patient zeige ein dauerhaft stark eingeschränktes psychisches Funktionsniveau. Angesichts der tiefgreifenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung leide er unter langandauernden und schwer behandelbaren psychischen Störungen. Eine Komorbidität liege vor und der Leidensdruck sei erheblich. Die Vermeidung einer stationären Behandlung dürfe keinesfalls als Anzeichen für einen geringen Leidensdruck gewertet werden. Vielmehr spiegle die Vermeidung eine tiefe Not wider, konkret die ausgeprägte Angst vor Menschen und das intensive Gefühl von Bedrohung, das vor allem in sozialen Situationen auftrete (S. 2).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C\_260/2020 E. 2.2).

**3.5** In somatischer Hinsicht erfüllt das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2024 (act. II 160.1), basierend auf einer allgemein-internistischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung vom 13. März 2024 (vgl. Teilgutachten, act. II 160.3, 160.5, 160.6) die höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.4 hiervoor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Insofern kommt dem MEDAS-Gutachten (inkl. somatischer Teilgutachten) voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist.

Gestützt auf die überzeugenden Darlegungen der MEDAS-Gutachter steht fest, dass die chronischen Kniebeschwerden links bei Status nach verschiedenen operativen Eingriffen im Vordergrund stehen. Zudem sind die

chronischen Hüftbeschwerden mit Impingement-Konstellation, die chronischen Kniebeschwerden rechts bei retropatellärer Chondropathie Grad IV sowie die Beschwerden am rechten dominanten Handgelenk bei Status nach Sturzverletzung zu erwähnen (act. II 160.1 S. 7 f. Ziff. 4.3 lit. a). Im Weiteren ist damit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit Jahren aus Sicht des Bewegungsapparates aufgehoben ist, in leichten, überwiegend sitzenden und adaptierten Tätigkeiten jedoch aus somatischer Sicht keine Einschränkung besteht (act. II 160.1 S. 10 Ziff. 4.5). Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Insbesondere enthält der Bericht der Hausärztin vom 21. August 2024 (act. II 175 S. 7) kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit der Annahmen der Experten sprechen würde. Die Hausärztin führte zwar neue Diagnosen auf, attestierte in Bezug auf diese jedoch keine Arbeitsunfähigkeit oder andere zu berücksichtigende Einschränkungen. Folglich ist erstellt, dass in somatischer Hinsicht im hier zu beurteilenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) kein Revisionsgrund vorliegt (act. II 160.1 S. 10 f. Ziff. 4.7.5, 160.3 S. 7 Ziff. 8.1.4, 160.5 S. 13 Ziff. 8.2.5, 160.6 S. 6 Ziff. 8.2.5) und eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit besteht (160.1 S. 10 Ziff. 4.5, 160.3 S. 8 Ziff. 8.2.1, 160.5 S. 12 Ziff. 8.2, 160.6 S. 6 Ziff. 8.2).

**3.6** In psychiatrischer Hinsicht erfüllen das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. Mai 2024 (act. II 160.1), das entsprechende psychiatrische Teilgutachten (act. II 160.4) und die Stellungnahme vom 15. Oktober 2024 (act. II 177 S. 2) – was die Befunderhebung und die darauf basierende diagnostische Einschätzung betrifft – die von der höchststrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen, weshalb ihnen insoweit (vgl. indessen E. 3.6.2 hier-nach) Beweiskraft zukommt und grundsätzlich darauf abzustellen ist. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hat sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine diagnostischen Schlussfolgerungen gestützt auf seine eigenen Untersuchungsbefunde getroffen. Dabei leitete er die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei deskriptiv zu stellender rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33), anhand der erhobenen Anamnese (act. II 160.4 S. 1 ff.

Ziff. 3), der klinischen Befunde (act. II 160.4 S. 5 Ziff. 4) und der Diagnosekriterien gemäss ICD-10 (act. II 160.4 S. 5 f. Ziff. 6.1 und S. 7 Ziff. 6.2.3) nachvollziehbar her. Daran vermag die abweichende diagnostische Einschätzung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L.\_\_\_\_\_ in den Berichten vom 30. August 2024 (act. II 175 S. 3) und vom 25. November 2024 (act. I 5) nichts zu ändern:

**3.6.1** In der Stellungnahme vom 15. Oktober 2024 hat Dr. med. I.\_\_\_\_\_ überzeugend dargelegt, dass *eine* Erkrankung vorliegt, und schlüssig begründet, weshalb nicht mehrere psychiatrische Diagnosen zu stellen sind (act. II 177 S. 2). Dabei führte er insbesondere in Bezug auf die von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Traumastörung und die andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung aus, dass der Versicherte – nachdem er das Trauma bis ins Jahr 2009 in der Latenz halten konnte – auch nach der Scheidung von der ersten Ehefrau (am TT.MM.JJJJ, act. II 93 S. 2 Ziff. 2.2) und in Kenntnis der von ihr gemachten Schulden fähig war, nochmals – am TT.MM.JJJJ (act. II 93 S. 2 Ziff. 2.1) und damit einen Monat nach der Scheidung – zu heiraten und im MM. 2012 Vater zu werden (act. II 93 S. 3 Ziff. 3, 177 S. 2 f.). Diese Umstände wurden vom behandelnden Psychiater und vom Psychologen mit keinem Wort erwähnt, geschweige denn gewürdigt. Weiter hielten Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 25. November 2024 zwar fest, dass der Beschwerdeführer trotz Therapie immer noch an den Folgen seiner traumatischen Erfahrungen leide (act. I 5 S. 1 unten), jedoch begründeten sie dies rein faktisch allein aufgrund der Angaben des Versicherten (act. I 5 S. 2 oben), nicht aber, weshalb dies auch medizinisch begründet sei. Im Gegensatz zu den Ausführungen in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 10), wonach der Beschwerdeführer die Kriegserfahrungen noch heute täglich in Form von inneren Bildern und Albträumen erlebe, berichteten Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L.\_\_\_\_\_ weder im Bericht vom 30. August 2024 (act. II 175 S. 3) noch in demjenigen vom 25. November 2024 (act. I 5) von solchen Bildern und Albträumen. Vielmehr sprachen sie allgemein von täglichen Angstattacken im Rahmen von Bedrohungserlebnissen (act. II 175 S. 5 Ziff. 7; act. I 5 S. 2), wobei sie nicht ausführten, inwiefern sich diese von den im psychiatrischen Teilgutachten erwähnten und bei der Beurteilung berücksichtigten Ängsten und

einzelnen anfallsartigen Ängsten (act. II 160.4 S. 7 Ziff. 6.2.3) unterscheiden sollten. In der Folge ist betreffend Diagnose gestützt auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1) bei deskriptiv zu stellender rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33; act. II 160.1 S. 8 lit. b, 160.4 S. 7 Ziff. 6.3 lit. b), erstellt. Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 11) ist diese Diagnose mit Blick auf die dargelegten psychiatrischen Untersuchungsbefunde (act. II 160.4 S. 5 Ziff. 4.3) begründet und nachvollziehbar erläutert worden (act. II 160.4 S. 5 f. Ziff. 6.1 und 177 S. 2 f.). Insbesondere ergibt sich aus den Berichten des behandelnden Psychiaters und des Psychologen in keiner Art und Weise, weshalb die Auffassung des Experten, wonach vorliegend *eine* psychische Erkrankung zu diagnostizieren ist, unzutreffend sein sollte. In der Folge überzeugt die gutachterliche Auffassung, wonach bei einer akuten symptomatischen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung Ängste, einzelne anfallsartige Ängste, ein sozialer Rückzug und bei entsprechenden Traumatisierungen in der Vorgeschichte Symptome, die einer Traumafolgestörung vergleichbar sind, nicht als zusätzlich komorbide eigenständige Erkrankungen zu benennen sind (act. II 160.4 S. 7 Ziff. 6.2.3). Soweit Dr. med. K. \_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L. \_\_\_\_\_ die Diagnosestellung durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ deshalb in Frage stellen, weil bei einer Depression rasch eine Remission hätte erfolgen müssen (act. I 5 S. 1 unten), übersehen sie, dass der psychiatrische Experte eine Verbesserung nur bei einer "dezidiert intensivierete[n] und optimierte[n]" fachärztlich-psychiatrischen Behandlung annahm (act. II 160.4 S. 7 Ziff. 7.1, S. 9 Ziff. 8.3.1 und 177 S. 3), was jedoch bisher nicht geschehen ist. Schliesslich ist – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 8 Ziff. 21) – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten nicht dem RAD zur Qualitätssicherung vorgelegt hat. Der psychiatrische Gutachter und der behandelnde Psychiater gehen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten aus (act. II 160.1 S. 10 Ziff. 4.5, 160.4 S. 8 f. Ziff. 8, 177 S. 3 resp. 175 S. 4 Ziff. 3), sie sind sich jedoch in der Diagnosestellung uneins. Damit besteht hier – anders als im Urteil des Bundesgerichts (BGer) vom 3. Mai 2023, publiziert in SVR 2023 IV Nr. 49 S. 166, 8C\_389/2022 E. 6.2 und 6.2.1 – keine stimmig und in sich widerspruchsfrei dokumentierte gesundheitliche Situation, die eine Vorlage

an den RAD notwendig machen würde, damit eine Indikatorenprüfung erfolgen kann.

**3.6.2** Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten – wie vorliegend diagnostiziert (act. II 160.1 S. 8 lit. b) – lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch – wie ebenfalls hier gegeben (act. II 160.1 S. 11 Ziff. 4.8, 160.4 S. 7 Ziff. 7.1 und S. 9 Ziff. 8.3.1) – 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 (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C\_492/2023 E. 5.1). Da der psychiatrische Gutachter hier – trotz dieser Diagnose – eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert hat (act. II 160.1 S. 10 Ziff. 4.5, 160.4 S. 8 Ziff. 8), besteht für das Gericht Grund dafür, im Rahmen einer Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2.2 hiervor) zu klären, ob diese aufgehobene Arbeitsfähigkeit auch aus rechtlicher Sicht zu überzeugen vermag:

**3.6.2.1** Vorab ist festzuhalten, dass keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Insbesondere zeigten sich in den Akten keine Hinweise auf Aggravation (act. II 160.1 S. 7 Ziff. 4.2).

**3.6.2.2** Im Rahmen der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex "Gesundheitsschädigung" zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.): Aufgrund der Beschreibung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome im Teilgutachten (act. II 160.4 S. 5 Ziff. 4) ist nicht ersichtlich, dass diese besonders ausgeprägt wären. Betreffend den Indikator "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind. Der psychiatrische Gutachter hat eine dezidiert intensiviertere und optimierte fachärztlich-psychiatrische Behandlung empfohlen (act. II 160.4 S. 7 Ziff. 7.1 und S. 9 Ziff. 8.3.1), was überzeugt. Der behandelnde Psychiater spricht sich dagegen allein gegen eine stationäre Behandlung aus (act. I 5

S. 2), die der psychiatrische Gutachter nur als Möglichkeit vorschlägt. Eine Behandlungsresistenz ist somit nicht erstellt. Als Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) bestehen im Wesentlichen ressourcenbindende somatische Beschwerden (act. II 160.1 S. 8 f.), die für sich allein aber eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zulassen (act. II 160.1 S. 10 Ziff. 4.5). Zum Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) finden sich keine Besonderheiten. Insbesondere konnte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eine Ich-Störung explizit ausschliessen (AB 160.4 S. 5 Ziff. 4.3). Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind damit nicht ersichtlich. Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Er lebt mit seiner Ehefrau und seiner jüngsten Tochter zusammen, hat zwei gute Freunde (act. II 160.4 S. 4) und auch einen guten Kontakt zu seinen sechs Geschwistern (act. II 160.3 S. 5).

In der Kategorie "Konsistenz" in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist zu beachten, dass sich der Beschwerdeführer gemäss den Angaben von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ und dipl. Psych. L. \_\_\_\_\_ zwar sozial zurückzieht (act. II 175 S. 4 Ziff. 1c), aber familiär eingebunden ist. So hilft er beim Putzen sowie Kochen, setzt beim Füllen und Leeren des Geschirrspülers auch die rechte Hand ein, geht einkaufen, steuert das Auto und bringt seine Tochter bei Regen zur Schule und holt sie dort wieder ab (act. II 160.4 S. 4, 160.5 S. 3 Ziff. 3.2.4). Im Weiteren war es ihm auch möglich, mit dem Zug nach ... zu seinem Schwager zu fahren (act. II 160.5 S. 3 Ziff. 3.2.4). Ferner fällt auf, dass der Beschwerdeführer – nachdem er bis zur Scheidung am TT.MM.JJJJ und dem Bekanntwerden der Schulden seiner Ex-Ehefrau gemäss den Behandlern "das Trauma in der Latenz" halten konnte (act. II 175 S. 4 Ziff. 2) – eine neue Familie gegründet hat. So heiratete er gut einen Monat nach der Scheidung wieder (am TT.MM.JJJJ) und wurde im MM. 2012 Vater einer Tochter (act. II 93 S. 2 f. Ziff. 2 f.). Schliesslich ist im Rahmen des Leidensdrucks zu berücksichtigen, dass die vom psychiatrischen Gutachter empfohlene "dezidiert intensiviert und optimierte" fachärztlich-psychiatrische Behandlung (act. II 160.4 S. 7 Ziff. 7.1 und S. 9 Ziff. 8.3.1) bisher nicht umgesetzt worden ist.

In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die gutachterliche psychiatrische Einschätzung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (act. II 160.4 S. 8 Ziff. 8) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. In der Folge ist im hier zu beurteilenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) auch keine Veränderung in psychiatrischer Hinsicht erstellt, obwohl Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Rahmen der Diagnosestellung davon ausgeht (act. II 160.4 S. 9 Ziff. 9). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C 357/2019 E. 3), was hier – mangels Einflusses der psychiatrischen Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit – nicht der Fall ist. Damit besteht auch in psychiatrischer Hinsicht kein Revisionsgrund.

**3.7** Nach dem Dargelegten erweist sich der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen – wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt (vgl. Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2) – zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Daran vermag das am 18. März 2025 erfolgte Urteil des BGer 9C\_527/2024, E. 4.3, nichts zu ändern, da dort das kantonale Gericht – anders als hier – eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit "für wahrscheinlich erachtete, aber Zweifel an der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten hatte". Zusammenfassend liegt im hier zu beurteilenden Zeitraum weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne eines Neuanmeldungsgrunds vor, so dass sich eine neue Bemessung des Invaliditätsgrades verbietet (vgl. E. 2.5 hiervor).

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 6. November 2024 (act. II 180) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### 4.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist der Beschwerdeführer als unterliegend zu betrachten. Damit wird er kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege zu prüfen ist.

**4.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61, 9C\_432/2010 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 21, 8C\_22/2010 E. 6.1).

Da die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers erstellt ist (vgl. act. I 4), das Verfahren nicht zum vornherein als aussichtslos erscheint und die anwaltliche Verbeiständung geboten ist, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege erfüllt. Das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist somit – soweit mit Blick auf die Kulanzleistung der E.\_\_\_\_\_ in der Höhe von Fr. 500.-- (vgl. E-Mail vom 17. Januar 2017, act. I 7) notwendig – gutzuheissen und es ist dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin beizuordnen.

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

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Dabei ist der von der E.\_\_\_\_\_ aus Kulanz zugesprochene Betrag in der Höhe von Fr. 500.-- (act. I 7) in vollem Umfang im Rahmen der Liquidation der Gerichtskosten zu berücksichtigen. Im Ergebnis spielt es in der vorliegenden Konstellation für die Staatskasse keine Rolle, ob dieser Betrag bei den Verfahrenskosten oder dem amtlichen Honorar der Rechtsver-

tretung berücksichtigt wird. Aufgrund der Subsidiarität der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. LUCIE VON BÜREN, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 111 N. 21) beschränken sich die diesbezüglichen staatlichen Leistungen auf die Kosten, welche nicht bereits durch die Rechtsschutzversicherung (sei es gestützt auf den Versicherungsvertrag oder aus Kulanz) gedeckt sind. Der in der Kostennote geltend gemachte Honoraransatz entspricht jenem, welcher das Verwaltungsgericht bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowohl für die Festsetzung des amtlichen Honorars als auch des Parteikostenersatzes als massgebend erachtet (vgl. E. 4.3.1 hiernach). Würden die Fr. 500.-- nicht vorab bei den Verfahrenskosten berücksichtigt, wäre das amtliche Honorar entsprechend zu kürzen. Die Nachzahlungspflicht besteht hier allemal einzig gegenüber dem Kanton, bestehen bei der gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstelle doch keine über das amtliche Honorar hinausgehende Forderung (vgl. dazu auch Reglement B. \_\_\_\_\_ [[www.B.\\_\\_\\_\\_\\_.ch](http://www.B._____.ch)], unter: Recht/Downloads). Folglich sind die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- zunächst aus der Kulanzleistung der Rechtsschutzversicherung zu begleichen. In Bezug auf die restlichen Fr. 300.-- wird der Beschwerdeführer aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.1 hiervor) – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**4.3** Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin (vgl. E. 5.1 vorne) bleibt ihr amtliches Honorar festzulegen.

**4.3.1** Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Stundenansatz amtlicher Anwältinnen und Anwälte gemeinnützig tätiger Rechtsberatungsstellen unter Beachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.3 S. 3; SVR 2010 IV Nr. 3 S. 5, 9C\_415/2009 E. 5.4) auf Fr. 130.-- festgesetzt. Dieser allgemeingültige pauschalisierte Stundenansatz wird im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert

(vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter <[www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)>).

**4.3.2** Die Kostennote vom 10. Februar 2025 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 10.25 Stunden wird das amtliche Honorar von Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ auf Fr. 1'332.50 (10.25 Stunden x Fr. 130.--), zuzüglich Fr. 50.-- Auslagen und Fr. 112.-- Mehrwertsteuer, somit auf total Fr. 1'494.50, festgesetzt. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 ZPO.

**4.4** Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133; Urteil des BGer 8C\_951/2008 vom 3. Juni 2009 E. 7).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.

3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Sie sind in der Höhe von Fr. 500.-- zu bezahlen. In Bezug auf die restlichen Fr. 300.-- wird der Beschwerdeführer aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'494.50 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ z.H.  
des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 10. Februar 2025)
  - 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.