

IV 200 2025 105
JAP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juni 2025

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Januar 2025



Sachverhalt:

A.

Der 1981 geborene und nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit während einigen Jahren als Ungelernter in diversen Branchen erwerbstätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Mai 2012 unter Hinweis auf eine Psychose mit Affektlabilität und depressiver Stimmung sowie eine kognitive Beeinträchtigung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 10, 130.4/4 Ziff. 3.2.5, 172). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Da der Versicherte einer Aufforderung zur Mitwirkung (sechsmonatige Drogenabstinenz in Hinblick auf eine psychiatrische Begutachtung; act. II 29, 31) nicht nachkam, trat die IVB mit Verfügung vom 22. Februar 2013 auf das Leistungsbegehren nicht ein (act. II 40). Auf ein erneutes Leistungsge-such vom Dezember 2019 (act. II 52) hin liess die IVB den Versicherten – auch unter Berücksichtigung einer zwischenzeitlich diagnostizierten Multiplen Sklerose (MS; vgl. act. II 85/1) – polydisziplinär begutachten (Expertise der C._____ [MEDAS] vom 21. Juni 2022 [act. II 130.1]). Mit Verfügung vom 13. Dezember 2022 verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 30 % einen Rentenanspruch (act. II 140). Im Nachgang zu geltend gemachten Verschlechterungen des Gesundheitszustands (Eingaben vom 3., 4. und 13. März 2023 [act. II 147 f., 149]) erliess die IVB am 9. Juni 2023 einen Nichteintretensentscheid (act. II 155; vgl. auch act. II 150).

Mit Schreiben vom 18. Januar 2024 machte der Versicherte abermals eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (act. II 162) und reichte hierzu am 28. Januar 2024 aktuelle Arztberichte nach (act. II 165). Die IVB trat auf diese Neuanschuldung ein (act. II 166) und tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen, in deren Rahmen sie den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) konsultierte (Aktenbeurteilungen vom 2. Oktober 2024 [act. II 199 ff.]). Mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2024 stellte sie mangels Sachverhaltsänderung die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 203). Auf Einwand des Versicherten hin

(act. II 209) und nach Stellungnahmen des RAD (act. II 215, 217 f.) verfügte die IVB am 10. Januar 2025 wie angekündigt (act. II 219).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, mit Eingabe vom 12. Februar 2025 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen, unter Kostenfolge. Am 14. Februar 2025 ging beim Verwaltungsgericht ein "korrigiertes Beschwerdedoppel" mit Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten und Beilagen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 1 ff.) und am 25. Februar 2025 eine Unterstützungsbestätigung des Sozialdienstes D. _____ im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (act. I 8) ein.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2025 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 17. März 2025 replizierte der Beschwerdeführer unaufgefordert zu den Ausführungen in der Beschwerdeantwort; diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

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 10. Januar 2025 (act. II 219). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

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

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet,

falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177).

2.3.2 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). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den

Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.3.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

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

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 18. Januar 2024 (act. II 162) eingetreten ist und den Leistungsanspruch mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2025 (act. II 219) materiell geprüft hat. Folglich ist die Eintretensfrage – da nicht streitig –

vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 13. Dezember 2022 (act. II 140; der Prozessentscheid vom 9. Juni 2023 [act. II 155] ist diesbezüglich irrelevant, da keine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches stattgefunden hat) und derjenigen vom 10. Januar 2025 (act. II 219; vgl. E. 2.3.4 hiervor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht erging die Referenzverfügung vom 13. Dezember 2022 (act. II 140) gestützt auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 21. Juni 2022 (act. II 130.1) und die Stellungnahme der involvierten Sachverständigen vom 22. November 2022 (act. II 139).

3.2.1 In der Konsensbeurteilung des Gutachtens vermerkten die MEDAS-Sachverständigen die folgenden Diagnosen (act. II 130.1/7 f. Ziff. 4.3.1 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Multiple Sklerose vom schubförmig-remittierenden Typ ohne Hinweis auf eine sekundäre chronische Progredienz und akute Verschlechterung (ICD-10 G35.10) mit
 - Visusreduktion rechts infolge Retrobulbärneuritis rechts
 - leichter MS-assoziiertes Fatigue
 - geringen Störungen der Sphinkterkontrolle ohne stärkere Inkontinenz
 - minimaler Hemisymptomatik rechts
 - leichter Rumpfunstabilität
- Lumboradikuläre Irritation S1 links bei Neuroforaminalstenose LWK5/SWK1 beidseits (ICD-10 M54.16)
- Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS; ICD-10 F90.0) mit/bei
 - emotionaler Instabilität
 - leichten neuropsychologischen Defiziten in verschiedenen Bereichen
- Störungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24) mit/bei
 - leichten neuropsychologischen Defiziten in verschiedenen Bereichen

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4)
- Störungen durch Kokain, schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F14.1)
- Störungen durch andere Stimulantien einschliesslich Koffein, frühere Einnahme von MDMA, schädliche Gebrauchsstörungen

- Störungen durch andere Stimulantien einschliesslich Koffein, frühere Einnahme von Amphetamin, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F15.20)
- Diabetes mellitus Typ 2 (ED Februar 2017)
- Übergewicht bei BMI 29 kg/m²
- Tendenz zu arterieller Hypertonie
- Mögliches obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS)

Beim Beschwerdeführer sei im Januar 2017 eine MS diagnostisch gesichert worden, wobei die Erkrankung wahrscheinlich 2008 mit einer Retrobulbärneuritis rechts begonnen habe. Aktuell sei unter der seit März 2022 eingeleiteten Immunmodulation mit Kesimpta mit einer Stabilisierung zu rechnen (act. II 130.1/4 Ziff. 4.1). Aufgrund der MS-Erkrankung entfielen beim Beschwerdeführer körperlich belastende Tätigkeiten sowie solche mit thermischen Belastungen. Aufgrund der LWS-Degeneration könnten zudem keine Tätigkeiten mit Haltungskonstanz und Einnahme ungünstiger, die LWS belastender Körperpositionen durchgeführt werden (act. II 130.1/7 Ziff. 4.3). Die subjektiv angegebene Feinmotorikstörung der (dominanten) rechten Hand entzöge sich zwar dem klinischen Nachweis, dennoch sei von Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik abzuraten. Wegen der vorzeitigen Ermüdung der Beinmuskulatur und der leichten Rumpfunsticherheit seien dem Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit der Überwindung von Höhendifferenzen einschliesslich Treppen bzw. längerem Gehen/Stehen möglich. Möglich seien aber Tätigkeiten, die vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden könnten, bei Möglichkeit selbstbestimmter Bewegungswechsel und zusätzlicher Pausen ohne Bewegungsrepetition. Beim beruflichen Einsatz sollte wegen Harn- und Stuhldrang auf Toilettennähe geachtet werden. Aufgrund der Sehinderung rechts nach Retrobulbärneuritis rechts seien weiter keine Tätigkeiten mit erhöhten visuellen Anforderungen anzuraten (act. II 130.1/4 Ziff. 4.1).

Zudem liege eine leichte Fatigue-Symptomatik vor. Durch konsequente Schmerztherapie und Beendigung des THC-Konsums könne eine Besserung der Fatigue erwartet werden. Diskutiert als Ursache für die Fatigue werde aktuell beim Beschwerdeführer auch das Vorliegen eines OSAS, wobei es sich bei dieser Diagnose um eine durch Maskendruckbeatmung behandelbare Störung handle. Aufgrund der leichten körperlichen und geistigen Fatigue bestehe die Notwendigkeit geistig nur wenig belastender, mehr vorstrukturierter und seriell bewältigbarer Tätigkeiten mit eigenbe-

stimmten Pausen, somit auch ohne Zeitdruck. Es seien auch minime kognitive Einschränkungen festgestellt worden, wobei durch eine mehrmonatige kontrollierte Cannabisabstinenz von einer Leistungssteigerung ausgegangen werden könne. In der Mehrheit der durchgeführten neuropsychologischen Testverfahren lägen aber sowieso unauffällige Ergebnisse auf dem erwarteten Niveau vor (act. II 130.1/4 f. Ziff. 4.1, /9 Ziff. 4.4). Auch diese Symptomatik führe zu mehr Pausenbedarf und zu Leistungseinbussen durch verlangsamtes Arbeiten (act. II 130.1/9 Ziff. 4.4). Vermieden werden sollte auch emotionale Belastung und hoher Publikumsverkehr sowie Nachtschichtbetrieb (act. II 130.1/7 Ziff. 4.3).

Auf psychiatrischem Fachgebiet lägen beim Beschwerdeführer – auch unter Berücksichtigung des Lebensstils und der Drogenproblematik – keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitszüge vor. Gewisse Auffälligkeiten erklärten sich durch das Vorliegen eines ADHS. Dadurch sei eine gewisse emotionale Instabilität gegeben, weshalb Belastungen wie Reizüberflutungen und zwischenmenschliche Probleme zu depressiv-affektiven Symptomen führen könnten (act. II 130.1/9 Ziff. 4.4). Aufgrund der psychiatrischen Diagnosen in Kombination mit der (multikausalen) Fatigue komme es zu einigen Einschränkungen höherer zerebraler Funktionen und auch zu geringen kognitiven Leistungseinschränkungen, die aber – zumindest partiell – therapierbar seien (act. II 130.1/7 Ziff. 4.3).

In der bisherigen Tätigkeit führe insbesondere die neurologische Erkrankungssituation mit Reduktion der körperlichen Belastbarkeit zu einer Aufhebung der Arbeitsfähigkeit. Für Tätigkeiten im Sicherheitsdienst bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv dürfte diese Einschätzung schon ab Antragstellung im Dezember 2019 vorgelegen haben. Soweit der Beschwerdeführer zuletzt ein Praktikum im Bereich der ... bei seinem ... durchgeführt habe, handle es sich dabei um eine nur teilweise (v.a. somatisch, nicht aber geistig) angepasste Tätigkeit und betrage die Arbeitsfähigkeit folglich 50 %. In einer voll angepassten Tätigkeit, bei der auf die körperlichen Einschränkungen Rücksicht genommen werden könne, seien die Einschränkungen bestimmt durch die neurologischen und psychiatrischen Funktionsstörungen mit einer Reduktion der höheren psychischen und der kognitiven Funktionen. Die Funktionseinschränkungen seien dabei funktio-

nell weitestgehend überlappend und führten daher nicht zu einer weiteren Erhöhung der Arbeitsfähigkeit. Für alle angepassten Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit vom 7. Mai bis 1. Dezember 2020 zu 50 % eingeschränkt gewesen. Davor und danach habe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestanden, bedingt durch eine Leistungsminderung von 30 % bei grundsätzlich erhaltener zeitlicher voller Präsenzfähigkeit und unter der Bedingung selbstbestimmbarer zusätzlicher Pausen (act. II 130.1/10 Ziff. 4.5 ff.).

3.2.2 Mit Stellungnahme vom 22. November 2022 hielten die Sachverständigen den einwandweisen Vorbringen des Beschwerdeführers (act. II 135, 137) entgegen, es sei weiter von einer schubförmig-remittierend verlaufenden MS auszugehen, lägen doch keine Hinweise für den Übergang in eine als schwieriger zu behandeln geltende Verlaufsform der chronisch-progredienten MS vor. Auch mit der Etablierung einer neuen Immunmodulation, die nebenwirkungsfrei vertragen werde, sei die Stabilisierung der entzündlichen Aktivität der MS wahrscheinlich. Der aktuelle therapeutische Rückschlag durch Unverträglichkeit von Kesimpta bedeute also keine ungünstige Prognose. Hinzuweisen sei in diesem Zusammenhang, dass auch bei sehr gut wirksamer Immunmodulation ohne klinische Schubaktivität der MS bildmorphologisch gelegentlich doch neue entzündliche Herde nachzuweisen seien. Allerdings seien beim Beschwerdeführer neu Funktionsstörungen mit wieder verstärkter (jedoch schon vorbekannter) Visusreduktion und auch sensible Störungen im Gesichtsbereich angegeben worden, doch sei bei rezidivierendem Verlauf der MS mit einer Rückbildung dieser Beschwerden zu rechnen, sodass dadurch nur von einer temporären Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Bei einer MS-assoziierten Fatigue müsse immer kritisch geprüft werden, ob es sich ausschliesslich um eine solche handle oder ob auch behandelbare andere/weitere Fatigue-induzierte Ursachen vorlägen, durch deren Behandlung eine Besserung bis zumindest Stabilisierung durchaus möglich sei. Die Fatigue stelle sich unter Berücksichtigung der noch möglichen Aktivitäten im Alltag und der neuropsychologischen Testung (nur leichte Auffälligkeiten) nur leicht bis allenfalls mittelschwer dar. THC sei nicht zur allgemeinen Schmerztherapie bei MS zugelassen. Die Schmerzen seien nicht durch eine psychiatrische Erkrankung verursacht worden und der Beschwerdeführer habe (unter anderem) auch keine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung und auch keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Auch wenn mit der beeinträchtigten rechten Hand weder kräftig noch feinmotorisch gearbeitet werden könne, seien simple, gewichtsmässig leichte motorische Tätigkeiten im Bewegungswechsel möglich. Unter Berücksichtigung auch der geistigen Ebene führe der Beschwerdeführer am besten eine gewisse Anzahl stereotyp abzuarbeitender Tätigkeiten durch, die aber immer wieder wechselten, bei denen also der Aufmerksamkeitsfokus ebenfalls wechsele (act. II 139).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 13. Dezember 2022 (act. II 140) ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidwesentlich – das Folgende:

3.3.1 Anlässlich der Untersuchung vom 5. Dezember 2023 im Spital E._____ wurden im Zusammenhang mit der schubförmig-remittierenden MS eine mittelgradige neuropsychologische Störung, eine schwergradige Fatigue, eine schwergradige Depressions- und Angstsymptomatik sowie eine auffällige Apathie diagnostiziert. Die Testergebnisse korrespondierten mit der vom Beschwerdeführer geschilderten Aussage, im Alltag Probleme mit der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie hin und wieder kognitive Blockaden bei komplexen Aufgaben zu erleben. Es liessen sich jedoch darüber hinaus Gedächtnisprobleme objektivieren, die vor allem den verbalen Bereich betrafen (act. II 165/5).

3.3.2 Gemäss Berichten des Spitals E._____ vom 1. November 2023 und 18. Januar 2024 zeigte sich in Bezug auf die schubförmig remittierte MS klinisch-neurologisch ein weitestgehend stabiler Befund. Eine Therapieumstellung auf Teriflunomid (Aubagio) sei in Planung, doch wünsche der Beschwerdeführer aktuell keine Immuntherapie. Auch in Bezug auf die in Zusammenhang mit der Psyche stehende starke Fluktuation der Symptome (v.a. Fatigue, Konzentration und Dysästhesie) wünsche er aktuell keine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer über eine Miktionsstörung berichtet. Eine subjektive Verschlechterung des Visus habe aktuell nicht objektiviert werden können (act. II 165/15 ff.; vgl. auch den Bericht des Spitals E._____ vom 17. Juli 2023 [act. II 165/13 f. = 182/1 f.]).

3.3.3 Anlässlich einer Sprechstunde im Spital E._____ vom 14. Mai 2024 wurde die Verdachtsdiagnose einer neurogenen Blasenspeicherstörung gestellt. Eine weitere, von der behandelnden Fachärztin dringend empfohlene videourodynamische Abklärung sei vom Beschwerdeführer abgelehnt worden. Probatorisch sei eine Alphablocker-Therapie rezipiert worden; eine feste Verlaufskontrolle sei nicht vereinbart worden (act. II 184 = 185).

3.3.4 Bei der ambulanten Kontrolle im Spital E._____ vom 24. Juli 2024 zeigte sich die körperliche Untersuchung trotz geltend gemachter erneuter Armschwäche rechts und tendenzieller Verschlechterung des Gehens bis auf eine Ptose rechts sowie eine diskrete Zunahme der Pallhypästhesie der oberen Extremität weitestgehend stabil, weiterhin einem EDSS-Wert (Expanded Disability Status Scale) von 4.0 entsprechend. Eine – ärztseits empfohlene – Immuntherapie erfolge aktuell auf Wunsch des Beschwerdeführers nicht. Auch eine MRI-Verlaufsbildgebung des Gehirns vom 18. Juli 2024 (vgl. act. II 197/2) habe einen stabilen Befund erbracht (act. II 192/3 ff. = 209/6 ff.).

3.3.5 Die den Beschwerdeführer psychiatrisch behandelnde dipl. Ärztin F._____, Praktische Ärztin, diagnostizierte im Bericht vom 28. August 2024 eine Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.2), eine chronifizierende depressive Erkrankung (ICD-10 F33.2), den Verdacht auf eine schizoaffektive Störung (ICD-10 F25) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2017. Die Prognose sei sehr schlecht (act. II 195).

3.3.6 Eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule vom 21. August 2024 zeigte zwei neu aufgetretene, intramedulläre Läsionen auf der Höhe HWK3 und auf der Höhe BWK2/3 bei ansonsten stationären multisegmentalen Diskusprotrusionen und bekannten mässigen degenerativen Veränderungen (act. II 197/3 f.).

3.3.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie, hielt nach Durchschau der neu vorgelegten Unterlagen in der Aktennotiz vom 2. Oktober 2024 fest, dass eine Krankheitsprogression bei bekannter

MS, welche weiterhin vom Beschwerdeführer nicht behandelt werde, durch den Nachweis von zwei neuen spinalen Herden belegt sei. Klinisch zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen, der EDSS-Wert als Mass für die funktionellen Ausfälle sei weiterhin mit 4.0 angegeben worden. Nach Durchsicht der Berichte schienen jedoch aktuell die Einschränkungen aufgrund der psychiatrischen Problematik im Vordergrund zu stehen (act. II 201).

Der versicherungsmedizinischen Beurteilung durch die RAD-Ärztin MUDr. H. _____, Fachärztin für Anästhesiologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Oktober 2024 zufolge hätten die erneut von der Behandlerin dipl. Ärztin F. _____ im Bericht vom 28. August 2024 aufgeführten Diagnosen (act. II 195; vgl. E. 3.3.5 hiervor) im Rahmen der Herleitung der Diagnosen im psychiatrischen Teilgutachten nicht bestätigt werden können. Die Impulsivität und die neuropsychologischen Defizite seien im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung gewürdigt und der Diagnose ADHS nachvollziehbar zugeordnet worden. Die seitens der Behandlerin aufgeführte depressive Symptomatik sei vom psychiatrischen Gutachter ebenso dahingehend gewürdigt worden, dass die emotionale Instabilität auch dazu führen könne, dass der Beschwerdeführer dann, wenn er Belastungen erlebe, und zwar vor allem dann, wenn er verschiedene Reizüberflutung erlitten habe, aber auch zwischenmenschliche Belastungen erlebe, immer wieder depressive Symptome entwickeln könne. Die vom Gutachter empfohlenen therapeutischen Massnahmen und die Cannabisabstinenz seien von der Behandlerin nicht umgesetzt worden. Es finde auch weiterhin keine fachärztlich psychiatrische Behandlung statt. Folglich sei anhand der Aktenlage kein neuer medizinischer Sachverhalt festzustellen (act. II 200).

Ergänzend wies der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, darauf hin, dass diverse Therapien mehr oder weniger therapeutische Erfolge erbracht hätten bzw. wegen Nebenwirkungen umgestellt worden seien und zuletzt eine Umstellung auf Teriflunomid (Aubagio) geplant gewesen sei, welche bisher trotz dringlicher Empfehlung durch die Neurologie offensichtlich noch nicht umgesetzt worden sei. Auch eine mögliche schlafassoziierte Atemstörung sei trotz Empfehlung im Gutachten noch nicht abgeklärt bzw. therapiert worden. Auffällig sei die immer wieder

aufretende mangelnde Compliance im Hinblick auf die notwendige Diagnostik und Therapie. Zudem bestünden ausgeprägte psychosoziale Co-Morbiditäten (konflikthafte Beziehungen ..., Betreuungs-Notwendigkeit von ... Kindern, Straffälligkeit mit zwei- bis dreijährigem Gefängnisarrest, Unterstützung durch Sozialdienst; act. II 199/21).

3.3.8 Gemäss dem nach Erlass des Vorbescheids vom 8. Oktober 2024 (act. II 203) eingereichten ärztlichen Zeugnis der dipl. Ärztin F. _____ vom 10. Juli 2024 leide der Beschwerdeführer unter schweren Depressionen und vermehrten Flashbacks traumatischer Erlebnisse und sei deshalb (im Zusammenhang mit einer Mietschlichtungsverhandlung) derzeit vernehmungsunfähig (act. II 212/3).

3.3.9 Ebenfalls im Vorbescheidverfahren reichte der Beschwerdeführer den Sprechstundenbericht für Diabetologie des Spitals E. _____ vom 20. September 2024 ein, gemäss welchem ein als verbesserungswürdig bezeichneter HbA1c-Wert von 7.3 % und eine verbesserungswürdige Dyslipidämie vorlägen, weshalb SGLT2-Inhibitor- und lipidsenkende Therapien etabliert worden seien (act. II 209/14 f.).

3.3.10 Auch unter Berücksichtigung dieser zwischenzeitlich eingereichten Berichte (vgl. E. 3.3.8 f.) verneinten die RAD-Ärzte Dres. med. G. _____ und I. _____ sowie MUDr. H. _____ im Dezember 2024 bzw. Januar 2025 eine relevante Verschlechterung bzw. neue Gesichtspunkte, die bisher ungewürdigt geblieben wären. Die vom Beschwerdeführer dargelegten Einschränkungen seien weitgehend nicht durch fachärztliche objektive Befunde untermauert. Im Rahmen der diabetologischen Abklärungen habe sich ein leicht erhöhter HbA1c-Wert von 7.3 % und eine leichte Zunahme der bekannten peripheren Polyneuropathie der oberen Extremitäten und damit ohne relevante funktionelle Verschlechterung gezeigt. Die im Gutachten empfohlenen therapeutischen Massnahmen und Cannabisabstinenz seien seitens der Behandlerin weiterhin nicht umgesetzt worden (act. II 217/9; vgl. auch act. II 215, 218).

3.4

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

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

3.4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlasseten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen

vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.4.4 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.4.5 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.5 Die angefochtene Verfügung vom 10. Januar 2025 (act. II 219) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den RAD-Aktenbeurtei-

lungen der Dres. med. I. _____ und G. _____ sowie MUDr. H. _____ (act. II 199 - 201, 215, 217 f.). Diese Einschätzungen erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4.2 und 3.4.3 hier- vor) und erbringen vollen Beweis. Dass die Fachärzte auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichteten, ist nicht zu beanstanden, konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lü- ckenloses Bild verschaffen. Zudem geht es hier im Wesentlichen um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sach- verhalts (vgl. E. 3.4.4 in fine hiervor). Mit den RAD-Berichten liegen über- zeugende und schlüssige fachärztliche Beurteilungen aus neurologischer, psychiatrischer und internistischer Sicht vor. Die Mediziner des RAD kom- men zum einhelligen und überzeugenden Schluss, dass seit der Referenz- verfügung vom 13. Dezember 2022 (act. II 140; vgl. dazu E. 3.1 hiervor), welche auf dem MEDAS-Gutachten vom 21. Juni 2022 (act. II 130.1) ba- sierte, keine revisionsrechtlich massgebende Änderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten ist. Der Beschwerdeführer vermag mit seinen Einwänden – wie nachfolgend unter E. 3.5.1 ff. dargelegt – keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert dieser Einschätzungen zu wecken (vgl. E. 3.4.3 hiervor). Auf die besagten Berichte und Stellungnahm des RAD ist in der Folge abzustellen.

3.5.1 In neurologischer Hinsicht gingen die behandelnden Ärzte seit dem MEDAS-Gutachten vom 21. Juni 2022 (act. II 130.1/7 Ziff. 4.3.1) unverän- dert von einer schubförmig-remittierenden MS aus (act. II 165/10, /13, /18, /5, /15, 184/2, 192/3, 209/14). Dr. med. G. _____ zeigte unter Berück- sichtigung der MRI-Befundberichte vom 18. Juli und 21. August 2024 (act. II 197) sowie den neurologischen Berichten des Spitals E. _____ (act. II 165/18 f., 165/3 ff., 192/3 ff.) differenziert und nachvollziehbar auf, dass sich die MS durch den Nachweis zweier neuer spinaler Herde zwar verschlechterte (Replik S. 1 lit. a), die Krankheitsprogression jedoch kli- nisch zu keinen wesentlichen Veränderungen führte, da der EDSS-Wert (vgl. dazu etwa SCHMIDT/HOFFMANN/FAISS/KÖHLER/ZETTL [Hrsg.], Multiple Sklerose, 7. Auf. 2018, S. 65 f. Ziff. 7.3) weiterhin mit 4.0 angegeben wor- den sei (act. II 201). Schon im Rahmen der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2022 war darauf hingewiesen worden, dass selbst bei sehr gut wirksamer Immunmodulation ohne klinische Schubaktivität der MS bildmorphologisch

gelegentlich doch neue entzündliche Herde nachzuweisen sind (act. II 139/1). In diesem Zusammenhang ist sogleich zu beachten, dass sich der Beschwerdeführer der indizierten Immuntherapie bzw. der geplanten Therapieumstellung auf Teriflunomid (Aubagio) nach wie vor widersetzt (act. II 165/16, 192/4). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung eine fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener bzw. indizierter Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form der allgemeinen Schadenminderung darstellt (Urteile des BGer 8C_534/2021 vom 18. November 2021 E. 5.1, 9C_194/2018 vom 4. Juni 2018 E. 5.1.1), was auch hier der Fall wäre. Insofern müsste sich der Beschwerdeführer künftig eine unzureichende Mitwirkung an der medizinisch indizierten Therapie unter Umständen entgegenhalten lassen.

3.5.2 Auch psychiatrisch ist keine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung ausgewiesen (Beschwerde S. 2 f. Ziff. 2). MUDr. H._____ wies darauf hin, dass die von dipl. Ärztin F._____ – welche nota bene im Medizinalberuferegister (MedReg; <www.medregom.admin.ch>) ohne Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie figuriert – ausserhalb ihres Fachgebietes in Betracht gezogenen psychiatrischen Diagnosen (act. II 195/2) bereits durch den psychiatrischen Gutachter eingehend gewürdigt bzw. verneint worden waren (act. II 130.4/10 ff. Ziff. 6.3.1): So erfüllt der Beschwerdeführer in Bezug auf die "chronifizierende depressive Erkrankung (ICD-10 F33.2)" (act. II 195), wobei der verwendete ICD-10-Code gar für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradig depressive Episode, steht, keines der drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode; vielmehr wurde seine Stimmung als ausgeglichen sowie der Antrieb als normal bezeichnet und es fanden sich keine Hinweise für eine Freudlosigkeit und Interessenlosigkeit (act. II 130.4/12). Ebenfalls bestanden keine Hinweise für das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis, zumal der Beschwerdeführer in den letzten Jahren vor dem Gefängnisaufenthalt als ... in einem ... arbeitete und auch noch "..." war, wogegen schizophrene Menschen normalerweise Orte mit viel Lärm und vielen Leuten sowie Reizüberflutungen meiden (act. II 130.4/13 f.). Der Beschwerdeführer erfüllt auch insgesamt nicht genügend Kriterien zur Stel-

lung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, reagierte er doch in Bezug auf den Tod seines ... im Jahr 2012 und in Bezug auf seine schwankende Beziehung nicht emotionaler, wenn er an diese Belastungen dachte, und berichtete er nicht von sich aus über einen angeblichen sexuellen Missbrauch in der Kindheit (act. II 130.4/14). Hinzu kommt, dass die im Gutachten empfohlenen therapeutischen Massnahmen (act. II 130.1/11 Ziff. 4.8, 130.4/23 Ziff. 8.3) bisher nicht umgesetzt wurden (act. II 200).

3.5.3 Zwar wurden im Rahmen der Untersuchung vom 5. Dezember 2023 im Spital E._____ im Zusammenhang mit der MS eine mittelgradige neuropsychologische Störung bzw. eine schwergradige Fatigue postuliert (act. II 165/5; Beschwerde S. 2 Ziff. 2; Replik S. 1 lit. a), eine Auseinandersetzung mit dem neuropsychologischen Teilgutachten (act. II 130.6) fand jedoch nicht statt und seitens der behandelnden Neurologen wurde – wie in E. 3.5.1 hiavor ausgeführt – auch unter Berücksichtigung dieser testpsychologischen Befunde weiterhin sowie wiederholt eine unveränderte Einschränkung angegeben (act. II 184/2 Ziff. 2, 185/2 Ziff. 2, 192/3 Ziff. 1). Zudem stellt die Neuropsychologie lediglich eine medizinische Hilfsdisziplin dar, indem diese Grundlagen für die neurologische oder psychiatrische Beurteilung schafft und fachärztlich eine entsprechende Ausscheidung und Würdigung vorzunehmen ist (vgl. Urteile des BGer 8C_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1 und 9C_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4). In Kenntnis der Untersuchungsbefunde vom 5. Dezember 2023 gelangten sowohl MUDr. H._____ als auch Dr. med. G._____ zum Schluss, dass weder aus fachpsychiatrischer noch aus neurologischer Sicht eine Änderung der objektiven Befundlage eingetreten ist, die in Bezug auf das revisionsrechtliche Beweisthema relevant wäre.

3.5.4 Schliesslich waren auch die ophthalmologischen Beeinträchtigungen (act. II 165/13 f.) den MEDAS-Sachverständigen bereits bekannt (act. II 101 f., 130.5/4) und es wird diesbezüglich zu Recht keine massgebliche Veränderung geltend gemacht, zumal eine subjektiv empfundene Verschlechterung des Visus nicht objektiviert werden konnte (act. II 165/16 unten). Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die Miktionsstörung (act. II 165/16 unten, 184/3 bzw. act. II 130.1/4 oben), zumal eine weitere, von der behandelnden Fachärztin dringend empfohlene videourodynamische

sche Abklärung vom Beschwerdeführer abgelehnt und entsprechend auch keine Verlaufskontrolle vereinbart wurde (act. II 184/3 unten). In Bezug auf den Diabetes mellitus schliesslich (vgl. dazu act. II 209/14 f.) wurde bereits im MEDAS-Gutachten festgehalten, dass dieser nicht befriedigend eingestellt und mit einem Übergewicht kombiniert sei (act. II 130.3/6 Ziff. 7.1).

3.5.5 Zusammenfassend bestehen keine divergierenden Einschätzungen, die geeignet sind, auch nur geringe Zweifel an den RAD-Aktenbeurteilungen (act. II 199-201, 215, 217 f.) zu begründen (vgl. dazu E. 3.4.4 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erübrigen sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen.

3.6 Gestützt auf die beweiskräftigen RAD-Beurteilungen (act. II 199-201, 215, 217 f.) ist in medizinischer Hinsicht seit der Referenzverfügung vom 13. Dezember 2022 (act. II 140), welche auf dem MEDAS-Gutachten vom 21. Juni 2022 (act. II 130.1) basierte, keine revisionsrechtlich massgebende Änderung eingetreten. Ebenso wenig sind weitere Revisionsgründe, insbesondere erwerbliche, erstellt; entsprechende werden denn auch vom rechtskundig vertretenen Beschwerdeführer nicht vorgebracht.

In Bezug auf die unverändert vorliegenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (ADHS [ICD-10 F90.0] und Abhängigkeitssyndrom [ICD-10 F12.24]) erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2 in fine hiervor) bereits mangels eines Revisionsgrundes (vgl. Urteile des BGer 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 7, 8C_719/2020 vom 7. April 2021 E. 7.2.2 und 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.3). Selbst im Falle einer freien Prüfung wäre die Anwendung des strukturierten normativen Prüfungsrasters obsolet, da die psychischen mit den neurologischen Einschränkungen weitestgehend überlappen (act. II 130.1/10 Ziff. 4.5) und sich im Ergebnis nichts änderte, wenn der medizinischen Folgenabschätzung aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt würde.

3.7 Soweit – wie hier – keine Sachverhaltsänderung stattfand, ist – analog dem Vorgehen bei der Eintretensfrage (vgl. Rz. 9203 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwal-

tungsweisungen vgl. vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228) – lediglich eine neue Invaliditätsbemessung anhand der bisherigen Faktoren sowie unter Berücksichtigung des Pauschalabzuges als Korrekturfaktor (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV) vorzunehmen. Per 1. Januar 2024 wurde Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV dahingehend geändert, dass vom nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV statistisch bestimmten Wert des Einkommens mit Invalidität 10 % abgezogen werden. 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 (Änderung vom 18. Oktober 2023 der IVV [AS 2023 635]). Diese Rechtsänderung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV stellt keinen eigenständigen Revisionsgrund i.S.v. Art. 17 ATSG dar (Rz. 9210 KSIR; vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2025 46 vom 5. Mai 2025 E. 3.3) und entgegen der Argumentation in der Replik (S. 2 lit. a) ist bei einer solchen Neubemessung die frühere Verfügung nicht umfassend zu prüfen. Ein analoges Vorgehen galt bereits bei der per 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Änderung vom 1. Dezember 2017 von Art. 27^{bis} IVV (AS 2017 7581; vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2020 605 vom 15. März 2021 E. 3.6 mit Hinweis auf JANA RENKER, Die neue gemischte Methode der Bemessung des Invaliditätsgrades, in: Jusletter vom 22. Januar 2018, Rz. 39). Weil keine Sachverhaltsänderung vorliegt, zielt die Rüge betreffend die Bemessung des hypothetischen Valideneinkommens – und dabei das Vorliegen einer Frühinvalidität (Beschwerde S. 3 Ziff. 1; Replik S. 3 lit. d; act. I 6) – von vornherein ins Leere (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 7). Mit Blick auf die Neuanschuldung vom Januar 2024 (act. II 156) fällt der frühestmögliche Rentenanspruch unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) zudem auf Juli 2024, womit die Rechtsprechung von BGE 150 V 410 nicht zur Anwendung gelangt und damit ein höherer Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen ausgeschlossen ist (Beschwerde S. 4 Ziff. 2; Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 8). Die Argumentation, bei der im Gutachten attestierten Restarbeitsfähigkeit sei nebst dem Pausenbedarf eine zusätzliche Leistungseinschränkung zu berücksichtigen bzw. das Zumutbarkeitsprofil schliesse die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt aus (Beschwerde S. 4 Ziff. 2 f.; Replik S. 2 lit. b und c), ist nicht

stichhaltig; ohnehin hat nach dem Gesagten auch diesbezüglich keine freie Anspruchsprüfung Platz zu greifen. Die Beschwerdegegnerin hat zutreffend aufgezeigt (act. II 219/2; Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7 f.), dass die Anpassung des in der Verfügung vom 13. Dezember 2022 (act. II 140) vorgenommenen Einkommensvergleichs anhand des ab 1. Januar 2024 gültigen Pauschalabzugs von 10 % (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV) zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervoor) führt.

3.8 Zusammenfassend erweist sich die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin, aus welcher ein Invaliditätsgrad von 37 % resultiert (act. II 219/2), als korrekt. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. Januar 2025 (act. II 219) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 (vgl. Eingabe vom 13. Februar 2025) 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 (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Da die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers mit Blick auf seine Sozialhilfeabhängigkeit (act. I 4/2 f., 8) erstellt ist und dieser Prozess nicht zum vornherein als aussichtslos erschien, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege erfüllt. Das ersprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist somit in Bezug auf die Verfahrenskosten gutzuheissen. Ein Gesuch um unentgeltliche anwaltliche Verbeiständung wurde von Rechtsanwältin B. _____ unter Berücksichtigung des von der Anwaltsaufsichtsbehörde des Kantons Bern gegenüber ihr verhängten befristeten Berufsausübungsverbotes vom 18. November 2024 bis 18. November 2025 (vgl. Anwaltsregister

[<www.eanr.justice.be.ch>] sowie <www.zsg.justice.be.ch>, unter: Anwaltsaufsichtsbehörde/Disziplinaraufsicht/Mehr Informationen zum Thema Disziplinaraufsicht/Hier finden Sie eine Auswahl von Entscheiden der Anwaltsaufsichtsbehörde) zu Recht nicht gestellt. Inwieweit Rechtsanwältin B._____ den Beschwerdeführer mit Blick auf den geltend gemachten Aufwand (vgl. undatierte, am 19. März 2025 beim Gericht eingegangene Kostennote) informiert hat (vgl. dazu Art. 12 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2000 über die Freizügigkeit der Anwältinnen und Anwälte [Anwaltsgesetz, BGFA; SR 935.61]; Art. 8 und 13 der Schweizerischen Standesregeln vom 1. Juli 2023 des Schweizerischen Anwaltsverbands [<www.sav-fsa.ch>, unter: Anwaltsrecht/Standesrecht/Schweizerische Standesregeln], welche die Berufsregeln gemäss BGFA konkretisieren und insoweit auch für Nicht-Mitglieder von Bedeutung sind), lässt sich aufgrund der Akten nicht beurteilen. Dem braucht indes im vorliegenden Kontext nicht weiter nachgegangen zu werden, handelt es sich diesbezüglich doch um vertrags- resp. allenfalls aufsichtsrechtliche Fragestellungen.

4.2 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.1 hiavor) wird der Beschwerdeführer – 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).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht von Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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