

200 12 765 IV  
SCP/MAK/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 30. Juli 2014**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Mauerhofer

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen



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

betreffend Verfügung vom 31. Juli 2012

## **Sachverhalt:**

### **A.**

A. \_\_\_\_\_ (Jg. 1958), ausgebildeter ... (Antwortbeilage [AB] 49/2), ist ... Staatsangehöriger und seit 1988 in der Schweiz wohnhaft. Er hat seit seiner Einreise verschiedene ungelernte Erwerbstätigkeiten ausgeübt (AB 49/1). Zuletzt arbeitete er als ... bei der B. \_\_\_\_\_, verlor diese Arbeitsstelle dann aber per Ende Februar 2005 (AB 49/10). Er ist geschieden und hat einen erwachsenen Sohn sowie eine Tochter mit Jahrgang 1997 (AB 2).

Im April 2006 meldete sich A. \_\_\_\_\_ bei der Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine Erkrankung des Bewegungsapparates sowie eine psychische Erkrankung zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IV-Stelle Bern (IVB) traf erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 3 f., 6 f., 9 f., 12, 14 f.). Gestützt auf ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten (AB 22 f.) der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin FMH, Rheumatologie FMH) und D. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) ermittelte sie einen IV-Grad von 28 %. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies sie den Rentenanspruch mit Verfügung vom 29. April 2007 ab (AB 26, 38). Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern schützte diese Verfügung mit Entscheid vom 29. April 2008 (IV 68875; AB 50), ebenso das Bundesgericht mit Urteil vom 23. September 2008 (AB 55).

### **B.**

Vertreten durch Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_ stellte der Versicherte am 10. August 2008 ein Neuanmeldungsgesuch und machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich zwischenzeitlich verschlechtert (AB 64). Die IVB trat auf das Gesuch ein. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) beauftragte sie die F. \_\_\_\_\_ (MEDAS) mit einer rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung (AB 65/3). Nachdem die MEDAS der IVB am 22. Dezember 2011 sein Gutachten erstattet hatte (AB 73.1 – 73.4), erging am 27. Januar 2012 ein Vorbescheid, wonach die IVB

den Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 10 % abzuweisen gedenke (AB 76). Weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_ erhob der Versicherte am 2. März 2012 dagegen Einwand (AB 77), woraufhin die IVB Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Gutachter richtete (AB 80). Gestützt auf dessen Bericht vom 30. April 2012 (AB 81), zu dem sich der Versicherte am 8. Juni 2012 geäußert hatte (AB 84), sowie eine Stellungnahme des RAD vom 13. Juli 2012 (AB 85) hielt die IVB an ihrer bisherigen Auffassung fest und verfügte am 31. Juli 2012 gemäss Vorbescheid (AB 86).

### **C.**

Mit Beschwerde vom 17. August 2012 hat der Versicherte die Verfügung der IVB vom 31. Juli 2012 (AB 86) beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern angefochten. Er beantragt, es sei ihm mindestens eine halbe Rente sowie eine berufliche Abklärung in einer Behindertenwerkstatt zu gewähren. Die IVB schliesst mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2012 auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten. Soweit mit der Beschwerde eine berufliche Abklärung beantragt wird, ist darauf mangels Anfechtungsgegenstandes nicht einzutreten (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

**1.2** Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 31. Juli 2012 (AB 86). Streitgegenstand bildet der Rentenanspruch. Zu prüfen ist, ob im massgeblichen Vergleichszeitraum eine rentenrelevante Änderung eingetreten ist.

**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 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

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

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

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 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 E. 2.1).

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 Beur-

teilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.5** 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**2.6** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch

mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

### **3.**

**3.1** Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Namentlich habe sich das Krankheitsbild chronifiziert. Die Verschlechterung werde auch seitens der behandelnden Ärzte bestätigt. Inzwischen sei er nur noch für sehr leichte Tätigkeiten im Umfang von zwei bis vier Stunden täglich arbeitsfähig. Er verlangt zudem, die Arbeitsfähigkeit sei nicht anhand von Arztberichten, sondern gestützt auf eine praktische Abklärung in einer Behindertenwerkstatt zu erheben.

**3.2** Unbestritten ist, dass die Verwaltung auf die Neuanmeldung vom 10. August 2010 (AB 64) eingetreten ist, und dass demnach die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

**3.3** Was die Frage nach dem Eintritt einer rentenrelevanten Verschlechterung angeht, bildet massgebender Vergleichszeitpunkt die mit Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2008 (AB 55) bestätigte Verfügung vom 25. Oktober 2007, mit der ein Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 28 % verneint worden war (AB 38). Die IVB stützte sich dabei in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ (AB 22 f.). Diese diagnostizierten Folgendes:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit längerer depressiver Reaktion, atypischer familiärer Situation und finanziellen Problemen,
- chronisches generalisiertes Beschwerdebild, teilweise somatisch abstützbar bei Schlafstörungen, Panalgie (inklusive Körperstamm) unter Ausschluss der Arme, lumbalbetontes Panvertebralsyndrom ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallkomponente, sowie Tinnitus, Atemstörungen, Beschwerden am Körperstamm,

- Ossifikationstendenz der Sehnenansätze im Bereich der Fersen und Patellaoberpol rechts,
- DD: diffuse idiopathische skelettale Hyperostose im Status nascenti, undifferenzierte Spondarthropathie,
- Adipositas mit Body Mass Index (BMI) von 33,5 (05/06 BMI von 31,5),
- beginnende mediale Gonarthrose beidseits (01/07 Kniegelenkserguss rechtsbetont mit „mechanischem“ Gelenkpunktat rechts),
- arterielle Hypertonie,
- vormaliger Nikotinkonsum (circa 30 Packyears),
- Diabetes mellitus Typ II mit phasenweiser antidiabetischer Medikation (Diagnose 06/97) bei gestörter Gluconeogenese,
- Allergien auf Milben, Schafswolle, Federn und Getreide,
- leichte Hochtonschwerhörigkeit mit Tinnitus, linksbetont sowie
- anamnestisch Septumdeviation und chronische Rhinopathie mit Hyposmie.

Die Gutachter kamen sodann zum Schluss, aus interdisziplinärer Sicht bestehe für eine geeignete Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 %. Als geeignet gelte leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeit in einem klimatisierten Raum, welche die Möglichkeit zu wechselbelastender Körperhaltung und zur Einhaltung der Rückenergonomie zulasse, und bei der die repetitiv zu bewegendes Gewichte nicht schwerer als 7,5 bis 10 kg seien. Auch repetitive Arbeit in knieender oder kauender Körperhaltung sei zu vermeiden.

**4.** Bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustands wie auch der Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit Erlass der Verfügung vom 25. Oktober 2007 (AB 38) lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

**4.1** Der Beschwerdeführer liess sich vom 5. November 2007 bis am 28. März 2008 in der Klinik G. \_\_\_\_\_ behandeln. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten mit Austrittsbericht vom 17. April 2008 eine rezidivierende depressive Störung bei aktuell mittelgradiger Episode (ICD-10: F33.11), ein multiloculäres, teils weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, einen

Tinnitus, chronische Obstipation, kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie Nikotinabusus (AB 51/12). Zur Frage der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wird nicht Stellung genommen.

**4.2** Der behandelnde Psychiater, Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH), führte mit Schreiben vom 5. Juni 2008 aus, er könne sich mit der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, nicht einverstanden erklären (AB 51/9 ff.). Bereits mit Schreiben vom 1. Juni 2007 habe er festgehalten, seiner Meinung nach bestehe eine längerdauernde depressive Störung, etwa mittleren Grades, mit somatischem Syndrom und Chronifizierungstendenz. Überdies seien Anteile einer Angststörung feststellbar. Gestützt auf eine Konsultation vom 21. Mai 2008 stelle er aktuell fest, dass weiterhin ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild gegeben sei. Er verweist auch auf eine Chronifizierung im Krankheitsverlauf trotz einer konsequent durchgeführten Behandlung unter kooperativer Mitwirkung seines Patienten. Seiner Meinung nach sei auch die Diagnose einer „längeranhaltenden aktuell mittelschweren ängstlich-depressiven Episode“ im Austrittsbericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2007 – entgegen der diesbezüglichen Auffassung der RAD-Ärztin – korrekt.

**4.3** Vom 2. bis am 31. Juli 2009 war der Beschwerdeführer abermals im Spital I. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 18. August 2009 (AB 69) diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F54.4 [recte: F45.4]), ein metabolisches Syndrom bei Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas sowie Hypercholesterinämie sowie einen Tinnitus. Zudem wird auf eine psychosoziale Belastungssituation verwiesen. Der Patient sei in ein multimodales Behandlungsprogramm integriert worden. Für die Dauer der Hospitalisation bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

**4.4** Mit Schreiben vom 12. Februar 2010 erklärte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, der Gesundheitszustand seines Patienten habe sich seit dem 25. Oktober 2007 erheblich verschlechtert (AB 64/2). Dies insofern, als sich inzwischen eine weitergehende Chronifizierung der langandauernden depressiven Störung (mittleren bis schweren Grades, mit somatischem Syndrom) entwi-

ckelt habe. Hinzu komme ein ebenfalls chronifiziertes, multilokuläres weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom. Der Krankheitsverlauf sei therapieresistent, trotz Behandlung mit Psychopharmaka sei es zu einer generellen Störungsausweitung gekommen. Bis auf weiteres dürfte kaum mehr eine verwertbare Arbeitsfähigkeit (auch für leidensangepasste Tätigkeiten) gegeben sein.

**4.5** Anlässlich der Neuanschuldung beauftragte die Beschwerdeführerin das ASIM mit einer interdisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers. Das Gutachten besteht aus je einem psychiatrischen und einem rheumatologischen Fachgutachten (AB 73.3, 73.4), den Ergebnissen einer internistischen Untersuchung (AB 73.1/21) sowie einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit (AB 73.1/30 f.).

**4.5.1** Gestützt auf eine Untersuchung vom 6. Juli 2011 im Spital J. \_\_\_\_\_ stellten die begutachtenden Ärzte im rheumatologischen Gutachten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.8):

- lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei Chondrosen LWK3/4 und LWK4/5, multisegmentaler Spondylarthrose (MRI LWS 2007),
- Zervikovertebralsyndrom bei diskreter Anterolisthesis C6/7, Unkovertebralarthrosen C6/7 (Röntgen 07/2011),
- muskuläre Dysbalance, Dekonditionierung.

Des Weiteren bestünden, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, eine beidseitige Fasciitis plantaris sowie eine beidseitige Gonarthralgie bei Baker-Zysten (Sonographie 2004). Die aktuell erhobenen Befunde der klinischen Untersuchung sowie der Bildgebung würden die geklagte Beschwerdesymptomatik des Patienten nicht erklären. Zudem scheine die Situation mit ungünstigen Kontextfaktoren verknüpft zu sein, namentlich mit der finanziellen, sozialen und psychischen Situation des Exploranden. Was die Prognose angehe, sei der psychische Zustand massgeblich entscheidend, entscheidend sei ausserdem auch die Mitwirkungsbereitschaft. Für schwere Arbeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit, hingegen sei der Explorand für mittelschwere und leichte Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig, dies auch in seinem angestammten Beruf als Elek-

tromonteur. Darüber hinaus gebe es keinerlei Einschränkungen. Die Gonarthralgie und die Faciitis plantaris hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Chronifizierung der Beschwerden und wegen der langjährigen Absenz vom Arbeitsleben erscheine eine Wiedereingliederung insgesamt schwierig.

**4.5.2** Im psychiatrischen Fachgutachten vom 13. Oktober 2011 wurde festgehalten, es bestünden keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 73.3/15). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter, Dr. med. Dipl. Psych. K.\_\_\_\_\_, eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden längeren depressiven Störung mit somatischen Anteilen (ICD-10: F34.1) sowie eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0).

Die Klassifikation des Beschwerdebildes durch den behandelnden Psychiater könne nicht nachvollzogen werden, da dieser keine ICD-Codes angebe. Jedenfalls sei dessen Diagnose einer mittelgradigen oder gar schweren depressiven Episode nicht überzeugend, der angegebene psychopathologische Befund reiche dafür nicht aus. Zwar mache der Explorand in der Untersuchung einen leicht bedrückten Eindruck, doch würden keine depressiven Symptome im eigentlichen Sinn genannt und die Niedergeschlagenheit erreiche nicht das Ausmass einer depressiven Episode nach ICD-10: F32 oder F33. Überdies zeige sich auch an der niedrigen Frequenz der psychiatrischen Behandlungen (eine Sitzung alle sechs bis acht Wochen), dass keine schwerwiegendere depressive Erkrankung vorliegen könne.

Zudem bestünden Verdeutlichungstendenzen. Der Beschwerdeführer limitiere sich selbst, er sei krankheits- und invaliditätsüberzeugt. So sei der Patient zwar auf seine Schmerzschilderungen fixiert, die zweistündige Untersuchung könne er jedoch ohne Schmerzäusserung durchhalten. Unter diesen Umständen bestehe weiterhin, wie bereits zum Zeitpunkt des interdisziplinären Gutachtens der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_, eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden längeren depressiven Störung nach ICD-10: F34.1, die gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfülle. Die Foerster Kriterien seien mehrfach nicht erfüllt; insbesondere sei

eine mitwirkende psychische Komorbidität, welche die Schmerzbewältigung behindere, nicht gegeben. Überdies bestünden IV-fremde, psychosoziale Faktoren (atypische familiäre Verhältnisse, finanzielle Probleme). Auch falle auf, dass der Beschwerdeführer – anscheinend – weitgehend beschwerdefrei sei, wenn er sich in seinem Heimatland aufhalte. Aus den genannten Gründen sei der Explorand aus psychiatrischer Sicht weiterhin zu 100 % arbeitsfähig, eine Verschlechterung der Symptome, wie von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ angegeben, sei nicht feststellbar.

**4.5.3** Gestützt auf die genannten Teilgutachten sowie die Ergebnisse einer internistischen Untersuchung vom 6. Juli 2011 kamen die begutachtenden Ärzte zur folgenden interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit (AB 73.1/30 f.): Infolge der Wirbelsäulenveränderungen sei der Explorand dauerhaft nicht in der Lage, körperlich schwere Arbeit zu leisten. Auch sei von Tätigkeiten abzuraten, die mit dem Arbeiten von Nachtschichten einhergehen, dies wegen der anhaltenden depressiven Störung und dem nicht optimal eingestellten Diabetes mellitus. Hingegen bestehe sowohl für die erlernte Tätigkeit als ... als auch für die zuletzt ausgeübte Arbeit als ... keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dies gelte auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Was den Beginn der Arbeitsunfähigkeit angehe, scheine am wahrscheinlichsten, dass in der Vergangenheit ein vergleichbarer psychischer Zustand vorgelegen habe, differentialdiagnostisch sei von einer Besserung desselben auszugehen.

Die Frage der Beschwerdegegnerin, ob eine Veränderung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei, wurde wie folgt beantwortet (AB 73.1/32): Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen und werde weder von den behandelnden Ärzten noch vom Exploranden selber geltend gemacht. Die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ dokumentierte Chronifizierung sei nicht als Verschlechterung zu interpretieren, da sie bereits vormals beschrieben worden sei. In der aktuellen psychiatrischen Begutachtung liessen sich keine psychiatrischen Störungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erfassen, so dass es allenfalls sogar zu einer Besserung des psychischen Zustandes gekommen sein könnte. In somatischer Hinsicht bestehe keine Einschränkung der Arbeits-

und Leistungsfähigkeit, abgesehen von körperlich schweren Arbeiten, die zu vermeiden seien.

**4.6** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ wandte mit Schreiben vom 2. März 2012 (Eingang IVB; AB 77/4 f.) ein, er sei mit der Beurteilung des Schweregrads der Depression durch den psychiatrischen Gutachter nicht einverstanden. Er gehe vielmehr weiterhin davon aus, dass eine chronifizierte, langandauernde depressive Störung vorliege, und zwar eine solche mittleren bis schweren Grades. Der massgebende ICD-Code laute daher F33.1 - F33.2. Aufgrund der psychopathologischen Befunde sei eine Verschlechterung ausgewiesen.

**4.7** Mit Schreiben vom 30. April 2012 (AB 81) beantwortete der begutachtende Psychiater die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (AB 80), die letztere im Anschluss an den Einwand des Beschwerdeführers vom 2. März 2012 (AB 77; vgl. vorstehend E. 4.6) formuliert hatte. Hinsichtlich der zwischenzeitlich nachgeholten Angabe eines ICD-Codes durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte er namentlich aus, dessen Klassifikation der Beschwerden unter ICD-10: F33.1- F33.2 sei unzutreffend, denn es bestünden keine Hinweise auf eine Depression gemäss den genannten Codes, eine solche lasse sich aktuell nicht nachweisen. Die rezidivierende depressive Störung sei vielmehr dadurch gekennzeichnet, dass es zwischen den depressiven Episoden immer wieder zu Episoden ohne Depression komme (Vollremission). Eine anhaltende affektive Störung sei hingegen nach ICD-10: F34.1 zu klassifizieren, weshalb er im Gutachten eine „Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden längeren depressiven Störung nach ICD-10: F34.1 mit somatischen Anteilen“ diagnostiziert habe.

Ferner seien die Angaben von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ insofern nicht nachvollziehbar, als dieser eine anhaltende zunehmende Verschlechterung ohne Remissionen schildere, obgleich die Therapiefrequenz von einer Sitzung alle sechs bis acht Wochen gegen die Annahme einer mittelgradigen bis schweren Depression spreche. Bei einem solchen Schweregrad müsste eine wesentlich intensivere Behandlung stattfinden, andernfalls der behandelnde Arzt sich den Vorwurf einer Fehlbehandlung gefallen lassen müsste. Auch die Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der aktuellen Untersuchung durch den Gutachter sprächen gegen einen solchen Schwere-

grad. Was schliesslich die Leiden angehe, die als neu bezeichnet würden, beständen diese schon seit Jahren.

**4.8** Gestützt auf eine Konsultation vom 23. Mai 2012 im Spital I.\_\_\_\_\_ wurde mit Schreiben vom 31. Mai 2012 (84/2 f.) Folgendes diagnostiziert: rezidivierende depressive Störungen bei gegenwärtig mittelschwerer Episode (ICD-10: F33.1), chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychologischen Anteilen (ICD-10: F54.41), Verdacht auf soziale Phobie, metabolisches Syndrom, Tinnitus, obstruktives Schlafapnoesyndrom, Penis plastica sowie Hypotestosteronämie. Der Bericht äussert sich nicht zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

**4.9** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ erklärte mit Schreiben vom 8. Juni 2012, er habe den Beschwerdeführer für eine stationäre Behandlung im Spital I.\_\_\_\_\_ angemeldet (AB 84/4). Er verzichte auf weitere Angaben, da der Bericht derselben vom 23. Mai 2012 den aktuellen Zustand des Beschwerdeführers gut darstelle.

**4.10** Dr. med. L.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vom RAD äusserte sich mit Stellungnahme vom 13. Juli 2012 dahingehend, aus den im Anhörungsverfahren vorgebrachten Angaben ergäben sich keine psychiatrisch objektivierten Befunde, die nachvollziehbar eine psychiatrische Diagnose mit schlüssiger Verschlechterung belegen würden. Eine Verschlechterung sei nach wie vor nicht ausgewiesen (AB 85/2).

**4.11** Nachdem sich der Beschwerdeführer vom 28. Juni bis am 26. Juli 2012 abermals im Spital I.\_\_\_\_\_ aufgehalten hatte, erstatteten diese am 2. August 2012 ihren Austrittsbericht (Beschwerdebeilage [BB] 2). Als Hauptdiagnosen gaben die Ärzte Folgendes an: rezidivierende depressive Störungen bei gegenwärtig mittelschwerer Episode, chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychologischen Anteilen, soziale Phobie, metabolisches Syndrom sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom. Der Umfang der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurde nicht beziffert.

## 5.

**5.1** Das MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2011 (AB 73.1 – 73.4) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (dazu vorstehend E. 2.4). Es ist schlüssig, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen seine Zuverlässigkeit; damit erbringt das Gutachten vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dasselbe gilt für die Ergänzungen vom 30. April 2012 (AB 81; vgl. vorstehend E. 4.7): Der psychiatrische Gutachter setzte sich darin eingehend und überzeugend mit der abweichenden Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 2. März 2012 (AB 77/4 f.) auseinander. Die von ihm getroffene und vom behandelnden Psychiater bestrittene Beurteilung wird zudem von der Psychiaterin des RAD, Dr. med. L.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH), aufgrund der erhobenen psychopathologischen Befunde sowie der übrigen Akten geteilt (AB 85).

**5.2** Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. Soweit das anhaltende, leicht depressive Stimmungsbild nunmehr im Rahmen einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) kodiert wird, ist dies unerheblich, wurde doch die von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ damals gestellte Diagnose einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) aufgrund des Umstandes diagnostiziert, dass die im Februar 2006 aufgetretenen seelischen Probleme im Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht zwei Jahre dauerten (AB 35/2). Wie bereits Dr. med. D.\_\_\_\_\_ begründet der psychiatrische Gutachter der MEDAS aufgrund der von ihm erhobenen Befunde überzeugend, dass die Diagnose einer verselbständigten depressiven Störung nach wie vor nicht zu stellen ist (AB 73.3/7 sowie AB 81). Die vom behandelnden Psychiater erneut – in advokatorischer Weise – vorgebrachte Kritik ändert nichts an dieser Beurteilung. Mit Blick auf die Angaben des Beschwerdeführers über die Intensität und Wirksamkeit der von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ durchgeführten Behandlung kann jedenfalls nicht davon ausgegangen werden, es habe sich hierbei um eine adäquate Behandlung einer mindestens mittelgradigen depressiven Störung gehandelt (vgl. auch AB 73.3/15 ff. und AB 81/2).

Auch die im Austrittsbericht des Spitals I.\_\_\_\_\_ vom 2. August 2012 gestellten Diagnosen vermögen den Beweiswert der gutachterlichen Beur-

teilung nicht zu schmälern, wird doch aufgrund der Zusammenfassung der Anamnese im Austrittsbericht offensichtlich, dass die zunehmenden Depressionen als Reaktion auf den Verlauf des neuerlichen IV-Verfahrens erfolgten (BB 2/4); ausserdem stellte sich im Lauf des stationären Aufenthalts rasch ein erfreulicher therapeutischer Erfolg ein (BB 2/2). Eine revisionsbegründende Verschlechterung des psychischen Zustands ist unter diesen Umständen nicht ausgewiesen.

**5.3** Hinzuweisen ist schliesslich auf die überzeugenden Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zu den höchstrichterlichen Kriterien zur Annahme einer zumutbaren willentlichen Überwindbarkeit des Schmerzgeschehens (vgl. vorstehend E. 2.2), die im vorliegenden Fall nicht erfüllt seien. Auch unter diesem Aspekt kann daher nicht auf ein invalidisierendes Krankheitsbild geschlossen werden: So konnten (chronische) körperliche Begleiterkrankungen im vorliegenden Fall nicht in hinreichendem Ausmass objektiviert werden (vgl. vorstehend E. 4.5.1). Ausserdem besteht kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, zumal der Beschwerdeführer durchaus Kontakte pflegt, namentlich mit seinen Kindern und zuweilen mit seiner Ex-Frau. Ebenso wenig bestehen Hinweise für die Annahme eines primären Krankheitsgewinns. In Anbetracht der niedrigen Behandlungsfrequenz ist im Weiteren auch das Kriterium einer gescheiterten konsequent durchgeführten (ambulanten oder stationären) Therapie nicht erfüllt. Schliesslich lässt sich auch aus der Chronifizierung der Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und der damit einhergehenden Rentenbegehrlichkeit des Beschwerdeführers nichts zu dessen Gunsten ableiten. Vielmehr ist die Verweigerung der Rente so lange aufrechtzuerhalten, als von den Betroffenen eine willentliche Anstrengung zur Überwindung der Schmerzen erwartet werden kann (vgl. zum Ganzen ULRICH MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, IVG, 2. Aufl. 2010, S. 20 ff.). Die Kriterien der so genannten Überwindbarkeitspraxis sind damit weder in hinreichender Anzahl noch Ausprägung erfüllt; das Schmerzgeschehen gilt somit nicht als invalidisierend. Selbst unter der Annahme veränderter Verhältnisse seit der erstmaligen rechtskräftigen Rentenabweisung (AB 38) könnte der aktuelle psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers demnach nicht als leistungseinschränkend berücksichtigt werden.

**5.4** Auch in somatischer Hinsicht ist im Vergleich zum Vorgutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (AB 23) von einem im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen. Nach wie vor besteht ein Ganzkörper-Schmerzsyndrom, das mit den erhobenen Befunden der klinischen Untersuchung sowie der Bildgebung nicht hinreichend objektiviert werden kann. Daher ist aus rheumatologischer Sicht denn auch von einem unverändert gebliebenen medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofil auszugehen, nach dem der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit über eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit verfügt (AB 73.4/8, vgl. AB 23/11).

**5.5** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2011 (AB 73.1 – 73.4, 81) abzustellen ist, wonach im massgeblichen Vergleichszeitraum keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Infolgedessen fehlt es an einem Revisionsgrund und es hat – entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin – keine weitere Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zu erfolgen. Namentlich entfällt die Vornahme eines Einkommensvergleichs. Im Ergebnis erweist sich die rentenablehnende Verfügung jedoch als rechters und die Beschwerde ist ohne Weiterungen abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

Vorliegend werden die Verfahrenskosten gerichtlich auf Fr. 700.-- festgesetzt, dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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