

200 13 1118 IV  
KNB/ABE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Juni 2014**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Abenhaim

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch lic.iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

---

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

betreffend Verfügung vom 25. November 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1957 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals am 4. September 1998 wegen Schmerzen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 84.1/39). Nach Vornahme diverser Abklärungen wies die IVB das Leistungsbegehren mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 10. Januar 2000 (AB 9) ab.

Am 3. Juli 2006 meldete sich der Versicherte – mit Hinweis auf einen im Mai 2006 erlittenen Herzinfarkt – erneut bei der IVB an und beantragte eine Invalidenrente (AB 13). Die IVB tätigte wiederum Abklärungen (AB 17 ff.), insbesondere liess sie den Versicherten durch die MEDAS polydisziplinär begutachten. Gestützt auf die entsprechende Expertise vom 29. Juni 2007 (AB 29), in der für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, verneinte sie mit Verfügung vom 28. November 2007 (AB 37) einen Rentenanspruch. Eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 47/2) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. Juni 2008, IV 68932 (AB 50) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

Am 19. August 2008 ersuchte der Versicherte abermals um Leistungen der Invalidenversicherung (AB 54). Nachdem die IVB eine Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS veranlasst hatte (Gutachten vom 9. November 2009 [AB 74/2]), verfügte sie am 17. Februar 2010 wiederum eine Leistungsabweisung (AB 78). Auch eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 82/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern ab (unangefochten gebliebenes Urteil vom 20. Juli 2010, IV/2010/371 [AB 87]).

### **B.**

Am 11. April 2012 meldete sich der Versicherte wiederum bei der IVB zum Leistungsbezug an; er verwies auf den Herzinfarkt (2006), eine Depression und chronische Schmerzen (AB 89). Nachdem ihr aufforderungsgemäss

(AB 92) Arztberichte betreffend die aktuelle gesundheitliche Situation zugegangen waren (AB 96), ordnete die IVB nach Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine psychiatrische Begutachtung an (AB 97 f.). Das entsprechende Gutachten datiert vom 21. März 2013 (AB 109.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 110 ff.) wies die IVB das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 25. November 2013 (AB 117) ab, mit der Begründung, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien (nach wie vor) zu 100% zumutbar.

### **C.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch lic. iur. B. \_\_\_\_\_, am 16. Dezember 2013 Beschwerde erheben mit dem Antrag um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprechung einer Invalidenrente. Bestritten wird im Wesentlichen die medizinische Beurteilung.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2014 schliesst die Beschwerdegewerterin 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 einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 25. November 2013 (AB 117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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 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** 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.

**2.3** 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).

**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 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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).

### **3.**

Zur Beurteilung der Frage, ob sich in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Veränderung ergeben hat, ist der Sachverhalt, wie er mit Urteil vom 20. Juli 2010 (AB 87) beurteilt wurde, d.h. die Situation am 17. Februar 2010 (AB 78), mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2013 (AB 117) zu vergleichen (vgl. E. 2.4 hiavor). Nicht

streitig und daher nicht zu prüfen ist hingegen das Eintreten auf die Neuanmeldung (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

**3.1** Die gerichtlich geschützte Verfügung vom 17. Februar 2010 (AB 78) basierte im Wesentlichen auf dem (Verlaufs-)Gutachten der MEDAS vom 9. November 2009 (AB 74/2). Darin wurde Folgendes festgehalten:

**Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronisches Zervikovertebralsyndrom (ICD-10 M54.2)
  - leichte bis mässiggradige degenerative Veränderungen der HWS mit relativer Spinalkanaleinengung vor allem C5/6 und C6/7 sowie leichter neuroforaminaler Einengung C5/6 links
2. Chronisches linksbetontes Lumbo- und Thorakovertebralsyndrom (ICD-10 M54.5 / M54.6)
  - leichtgradige degenerative Veränderungen der BWS
  - muskuläre Dysbalance mit Tonuserhöhung Mm. erector trunci und quadratus lumborum links
3. Koronare 3-Gefässerkrankung (ICD-10 I25.1)
  - St. n. NSTEMI 18.5.2006
  - St. n. primären Stenting eines Plaque mit Thrombus im linken Hauptstamm, St. n. primär PTCA/Stenting RIVA 19.5.2006 (Spital E. \_\_\_\_\_), St. n. PTCA Ramus marginalis 1 und RCX sowie RIVPO der ACD am 16.8.2006
  - Kontroll-Koronarographie 4.12.2006: gute Resultate nach PCTA/Stent-Implantation Hauptstamm, ostiale RIVA, RCX/1. Marginalis Bifurkationsstenose und nach PCTA des 1. Marginalastes
  - normale linksventrale Pumpfunktion (aktuelle Echokardiographie)
  - kardiovaskuläre Risikofaktoren: fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch, zirka 80 py (ICD-10 F17.1) und metabolisches Syndrom

**Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Metabolisches Syndrom
  - Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9)
  - Adipositas BMI 30.5 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0)
  - Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)
  - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
2. Anamnestisch obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.3)
  - Therapie mit nächtlicher CAPD-Beatmung, Compliance fraglich
3. Verdacht auf Medikamenten-Malcompliance (ICD-10 Z91.1)
  - deutlich subtherapeutischer Medikamentenspiegel des vom Exploranden angegebenen Antidepressivums
4. Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (ICD-10 F45.30)

Anlässlich der Erstbegutachtung (2007) sei bei dem Status nach Herzinfarkt eine gewisse Ängstlichkeit bezüglich eines Herzversagens als normal angesehen worden. Aus heutiger Sicht sei festzuhalten, dass der Explorand durch diese weiterhin hartnäckig andauernden Herzschmerzen absorbiert sei (S. 15). Es bestehe eine vegetative Symptomatik. Insofern könne (neu) die Diagnose einer autonomen somatoformen Funktionsstörung des Herzens gestellt werden. Die in den Vorakten erwähnte Anpassungsstörung sei damit kompatibel; die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei hingegen nicht zu stellen. Abgesehen von der spezifischen Angst um die Funktionsweise des Herzens sei der Explorand psychiatrisch unauffällig (S. 16).

Die Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht für eine leichte bis intermittierend auch mittelschwere Tätigkeit, ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 10 kg und ohne Arbeiten in Zwangshaltungen der Wirbelsäule (nach wie vor) nicht wesentlich eingeschränkt. Auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... sei aus rheumatologischer Sicht zumutbar, sofern die genannten Einschränkungen berücksichtigt würden. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien sowohl aus rheumatologischer als auch aus kardiologischer Sicht nicht mehr zumutbar. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... oder in vergleichbaren, adaptierten Tätigkeiten bestehe aus kardiologischer Sicht jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe ebenfalls keine Einschränkung. Aufgrund der somatoformen autonomen Funktionsstörung könne dem Exploranden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Ihm könne zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachzugehen. Auch die weiteren allgemein-internistischen Diagnosen schränkten die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in vergleichbaren angepassten Tätigkeiten nicht ein. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... und in anderen, körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien hingegen nicht mehr zumutbar (S. 26).

**3.2** Hinsichtlich des Verlaufs lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals X. \_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (AB 96/21) wurde u.a. eine koronare 3-Ast-Erkrankung genannt und auf die Angina pectoris (Mai 2006) sowie eine PTCA (perkutane transluminale Koronarangioplastie) vom 16. August 2008 hingewiesen. Trotz multipler, ungenügend eingestellter kardiovaskulärer Risikofaktoren (Diabetes, arterielle Hypertonie, Adipositas, Nikotinkonsum) sei die kardiale Situation stabil.

**3.2.2** Im Austrittsbericht vom 25. Oktober 2011 (AB 96/10) des Spitals E. \_\_\_\_\_ wurden folgende Diagnosen genannt:

1. Chronisches Schmerzsyndrom mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
2. Atypical chest pain mit dauerhafter Angst vor Reinfarkt (ICD-10 F45.30)
3. Depressive Episode (ICD-10 F32.1)
4. Koronare 3-Gefässerkrankung
5. Metabolisches Syndrom
6. Schlafapnoe-Syndrom
7. Psoriasis
8. Vitamin D-Mangel
9. Erektile Dysfunktion

Der Patient klagt über linksseitige Schmerzen im Schulter-, Brust- und Armbereich mit krampfartigem Charakter, die ihn an seinen Herzinfarkt im Jahr 2006 erinnern und mit der Angst vor einem Reinfarkt einhergehen würden. Die lumbalen Schmerzen seien als ausstrahlend in die untere Extremität links angegeben worden. Bei der konsiliarischen wirbelsäulenchirurgischen Beurteilung habe sich kein klinisches Korrelat zur MR-tomographisch sichtbaren Diskushernie gezeigt, weshalb von einem operativen Vorgehen abgeraten worden sei (vgl. AB 96/19). Bei persistierendem Nikotinabusus und chronischem Husten sei ein Thoraxröntgen durchgeführt worden, das einen altersentsprechenden Herz-/Lungenbefund ohne kardiale Dekompensation und ohne Lungenrundherde gezeigt habe. Im Familiengespräch sei ein gravierender Paarkonflikt deutlich geworden; die Symptomatik der Schmerzen sei in der familiären Interaktion in hohem Masse funktionalisiert.

**3.2.3** Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, bestätigte am 12. März 2012 (AB 90), dass der Beschwerdeführer seit dem 19. Mai 2006 „aus medizinischen Gründen“ nicht mehr arbeitsfähig sei. Er könne im Moment und werde auch in Zukunft keiner regelmässigen Arbeit nachgehen können.

Am 14. Mai 2012 (AB 96/3) berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom Vorliegen einer anhaltenden mindestens mittelschweren depressiven Entwicklung mit ausgeprägter Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Sinnlosigkeit, Gedankenkreisen um die Beschwerden des Bewegungsapparates und des Herzens. Nach dem Spitalaufenthalt habe der Patient vorübergehend wieder mehr Antrieb und Lebenswillen gehabt; im Verlauf sei er aber – wahrscheinlich auch bedingt durch die fehlende Tagesstruktur – wieder in einer ausgeprägten Willenlosigkeit mit Grübeln und verstärkter Müdigkeit versunken. Die cervicocephalen Schmerzen und der atypical chest pain persistierten und neu beständen auch Schmerzen im Bereich des Beckens, wo radiologisch eine mässiggradige Coxarthrose beidseits gefunden worden sei. Wegen dysepischen Beschwerden sei eine Gastroskopie geplant. Im Moment sei von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

**3.2.4** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 16. Mai 2012 (AB 96/1) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich im März 2012 nach längerer Therapiepause wieder zu ambulanten Therapiegesprächen gemeldet. Bisher hätten 4 Gespräche stattgefunden. Diagnostisch sei im Wesentlichen von einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) auszugehen. Weiter beständen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein Zustand nach mittelschwerer Depression und eine depressive Episode (ICD-10 F32.1); zurzeit seien die Symptome als leicht bis mittelschwer einzustufen.

**3.2.5** Im Gutachten vom 21. März 2013 (AB 109.1) führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Folgendes auf:

**Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Keine

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (ICD-10 F45.30)

Der Explorand fühle sich aufgrund seiner körperlichen Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig. Er klage über Schmerzen in der linken Schulter, im Thoraxbereich seit dem Herzinfarkt. Bei Belastungen und Stress würden die Beschwerden zunehmen. Da er wiederholt somatisch abgeklärt und untersucht worden sei und aus somatischer Sicht körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig zumutbar seien, müsse davon ausgegangen werden, dass die geklagten Beschwerden psychisch überlagert seien. Er klage auch über Ängste betreffend eines möglichen Reinfarktes; es handle sich um eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems. Die psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden sei vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastungen zu sehen. Seine Ehefrau sei nach einem Autounfall berentet, zwei seiner Töchter würden ebenfalls seit Jahren nach Autounfällen nicht mehr arbeiten, die wirtschaftliche Situation sei schwierig. Wiederholt komme es zu Auseinandersetzungen mit der Ehefrau. Im Alltag sei der Explorand nicht durch psychopathologische Symptome eingeschränkt. Anlässlich der Untersuchung habe er zwar über Ängste vor einem Reinfarkt geklagt, jedoch nie berichtet, dass er im Alltag durch diese Ängste eingeschränkt sei. Die subjektive Krankheitsüberzeugung habe keinen Krankheitswert; die fehlende Motivation für eine berufliche Reintegration sei invaliditätsfremd.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Neben der somatoformen autonomen Funktionsstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Insbesondere fänden sich keine Hinweise für eine depressive Störung oder eine Angststörung. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Exploranden zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Aus psychiatrischer Sicht sei er in jeder beruflichen Tätigkeit, die seinen körperlichen Einschränkungen angepasst sei, vollschichtig und ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig. Der Blutspiegel des eingenommenen Antidepressivums liege weit unter dem therapeutischen Bereich; dies sei ein Hinweis darauf, dass er das verordnete Antidepressivum kaum einnehme. Die unregelmässige Einnahme sei ihrerseits ein Hinweis darauf, dass sich der

Explorand nicht besonders depressiv fühle, was die diagnostische Einschätzung bestätige.

**3.2.6** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2013 (Beschwerdebeilage [BB] 4) wurde auf eine familiär, gesundheitlich und sozial schwierige Situation hingewiesen und dargelegt, dass der Beschwerdeführer zu 2-4 wöchentlichen Gesprächsterminen erschienen sei. Die Therapie werde in gegenseitigem Einverständnis beendet. Als Diagnosen wurden eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und ein Abhängigkeitsyndrom von Sedativa (ICD-10 F13.2) genannt.

**3.3** 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, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.4** In somatischer Hinsicht haben sich die Verhältnisse seit der letzten Rentenabweisung nicht verändert. Insbesondere ist die kardiale Situation weiterhin stabil, obschon multiple kardiovaskuläre Risikofaktoren bestehen, die ungenügend eingestellt sind. Zwar wurde bei dem im Mai 2011 durchgeführten Belastungs-EKG eine stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit

festgestellt; diese wurde jedoch einem Trainingsmangel zugeschrieben. Ischämiezeichen wurden explizit verneint (AB 96/21). Sodann zeigte das am 29. September 2011 angefertigte Thorax-Röntgenbild eine normale Herzgrösse, keine Einengung des Retrosternal- oder des Retrokardialraums (AB 96/14) resp. einen altersentsprechenden Herz-/Lungenbefund ohne kardiale Dekompensation (AB 96/12). Soweit in der Beschwerde (S. 7) ein zweiter Herzinfarkt im Jahr 2008 geltend gemacht wird, hat die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 2) zu Recht darauf hingewiesen, dass ein solcher in keinem Arztbericht – und im Übrigen auch nicht vom Beschwerdeführer selbst anlässlich der Begutachtung im Jahr 2013 (AB 109.1/6) – erwähnt wurde. Sofern sich der Beschwerdeführer auf die am 16. August 2008 durchgeführte PTCA (vgl. AB 96/21) beziehen sollte, scheint er zu verkennen, dass eine sog. Ballondilatation nicht zwingend zur Behebung eines (akuten) Myokardinfarktes, sondern häufig im Rahmen einer Untersuchung bei einem Status nach entsprechender Erkrankung durchgeführt wird. Für Letzteres spricht der Umstand, dass die Ejektionsfraktion 65% betrug (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. 2011, S. 204 [Auswurffraktion]). Selbst wenn der Eingriff zur Erweiterung eines (erneut) verengten Herzkranzgefässes durchgeführt worden wäre, könnte daraus jedenfalls nicht per se auf einen zweiten Infarkt geschlossen werden. Abgesehen davon würde der geltend gemachte Zeitpunkt (August 2008) ohnehin den Zeitraum vor dem hier massgebenden Vergleichszeitpunkt (E. 3 hiavor) beschlagen. Was schliesslich die vom Hausarzt erwähnte mässiggradige Coxarthrose (AB 96/3) anbelangt, ändert diese – wie die RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 2. August 2012 nachvollziehbar darlegte (AB 97/12) – nichts an dem von den MEDAS-Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofil, sind doch körperlich schwere Tätigkeiten ohnehin nicht mehr zumutbar (AB 74/27). Insgesamt ist in somatischer Hinsicht damit keine relevante Veränderung erstellt. In einer angepassten Tätigkeit besteht aus somatischer Sicht nach wie vor eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung.

**3.5** In psychischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ abgestellt. Dessen Gutachten erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.3 hiavor): Es beruht auf einer einlässlichen Untersuchung, wurde in

Kenntnis der Vorakten, nach Auseinandersetzung mit diesen (vgl. S. 14) und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Ferner ist es in der Darlegung der medizinischen Situation widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Damit erbringt das Gutachten vom 21. März 2013 vollen Beweis (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 253). Die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen daran – entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung – nichts zu ändern:

**3.5.1** Während das Spital F. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Mai 2012 (AB 96/1) noch von einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) ausgegangen war, wurde am 15. bzw. 16. Oktober 2013 (BB 4 f.) insbesondere eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) diagnostiziert. Abgesehen davon, dass dieser Diagnosewechsel in keiner Weise begründet wurde, hat der psychiatrische Gutachter einlässlich und überzeugend dargelegt, dass und weshalb keine Panikstörung zu diagnostizieren ist. Bei einer solchen komme es unvermittelt zu heftigsten Angstattacken mit Herzklopfen, Schweissausbrüchen, Todesangst. Eine Panikattacke verunmögliche es in der Regel, sich frei zu bewegen; die betroffenen Personen seien ängstlich, zögen sich zurück, trauten sich nichts mehr zu. Demgegenüber sei der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration völlig entspannt gewesen, habe keinen Leidensdruck gezeigt. Er könne sich frei ausserhalb der Wohnung bewegen und pflege zahlreiche soziale Kontakte. Indessen entspreche es nicht der klinischen Erfahrung, dass Menschen, die an einer Panikstörung leiden würden, sozial derart aktiv seien, sich praktisch täglich mit Verwandten, Bekannten und Freunden trafen sowie mehrmals wöchentlich ein Wirtshaus aufsuchen könnten (AB 109.1/14).

Ebenso wenig ist von einer generalisierten Angststörung auszugehen. Das wesentliche Symptom einer solchen ist eine Angst, die nicht auf bestimmte Situationen beschränkt oder darin besonders betont ist; die Angst muss vielmehr „frei flottierend“ sein. Sie wird durch Symptome wie Nervosität, Zittern, Schwitzen, Herzklopfen usw. begleitet (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Aufl. 2011, S. 198). Hier haben aber praktisch sämtliche involvierten Ärzte eine auf eine bestimmte Situation (Reinfarkt) beschränkte Angst beschrieben (AB 74/16, 96/10,

109.1/9; BB 5). Dafür, dass die Angst des Beschwerdeführers „frei flottierend“ wäre, sind weder den Ausführungen der behandelnden Ärzte noch denjenigen des psychiatrischen Gutachters oder den übrigen Akten Anhaltspunkte zu entnehmen. In der psychiatrischen Expertise vom 21. März 2013 (AB 109.1) wurde vielmehr rapportiert, der Beschwerdeführer habe nicht über (sonstige) Ängste oder Phobien berichtet (S. 10), er könne sich ohne Probleme frei ausser Haus bewegen und zuhause leide er nicht unter Ängsten (S. 9). Der im Nachgang an das Gutachten im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2013 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erstmals geltend gemachte Umstand, „von zu Hause traue er sich selten weg“ (BB 5), steht damit im Widerspruch. Jene Sachverhaltsdarstellung wird weder durch die Akten gestützt noch erscheint sie glaubwürdig. Aufgrund der Beweismaxime, wonach die sog. spontanen „Aussagen der ersten Stunde“ in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47), sind entsprechende diagnosespezifische Merkmale nicht überwiegend wahrscheinlich dargetan.

In den Berichten des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom Oktober 2013 (BB 4 f.) wird – gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers – vorab dessen Lebensgeschichte zusammengefasst. Eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat offensichtlich nicht stattgefunden. Da es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen, und hier keine Aspekte ersichtlich sind, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1), vermag die Einschätzung des Spitals F. \_\_\_\_\_ die gutachterliche Einschätzung nicht zu entkräften. Insbesondere der Hinweis auf die vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 13. März 2012 (Beginn der Therapie im Spital F. \_\_\_\_\_) zeigt, dass die behandelnden Therapeuten keine Veränderung der Verhältnisse seit der

psychiatrischen Begutachtung im März 2013 (AB 109.1) postulieren, sondern vielmehr den gleichen Sachverhalt anders einschätzen (BB 5, S. 3).

Schliesslich wurde die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Spital F.\_\_\_\_\_ im Oktober 2013 „im gegenseitigen Einverständnis beendet“ (BB 4), ohne dass eine Fortsetzung der Behandlung bei einem anderen Therapeuten aktenkundig ist. Dies ist mit der Beschwerdegegnerin ein Indiz dafür, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht allzu gross ist (Beschwerdeantwort, S. 3).

**3.5.2** Wenn der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Zeugnis vom 12. März 2012 (AB 90) ohne weitere Begründung ausführte, der Beschwerdeführer sei seit dem 19. Mai 2006 nicht mehr arbeitsfähig, überzeugt dies in keiner Weise. Zum einen beschlägt dies den rechtskräftig beurteilten Zeitraum bis zur Verfügung vom 17. Februar 2010. Zum anderen ist seinem Bericht vom 14. Mai 2012 (AB 96/3) zu entnehmen, dass die „ausgeprägte Willenlosigkeit mit Grübeln und verstärkter Müdigkeit“ auch durch die fehlende Tagesstruktur bedingt ist. Dies deutet auf eine ausgeprägte psychosoziale Komponente hin, was im Übrigen durch diverse Arztberichte bestätigt wird (AB 96/12 [Paarkonflikt]; AB 109.1/11 [schwierige finanzielle Situation, Eheprobleme, psychosoziale Belastungen]; BB 4 [familiär, gesundheitlich und sozial schwierige Situation]). Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Da eine solche hier nicht erstellt ist, haben die psychosozialen und soziokulturellen Belastungen invalidenversicherungsrechtlich unberücksichtigt zu bleiben.

**3.5.3** Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erstellt, dass sich die Verhältnisse auch in psychischer Hinsicht nicht verändert haben. Es liegen nach wie vor die gleichen psychischen Auffälligkeiten vor, wie sie die MEDAS-Gutachter im Jahr 2009 festgestellt haben (vgl. AB 74/16). Ausserdem wird diesen bereits *aus medizinischer Sicht* keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben. Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob der vom psychiatrischen Gutachter – und im Übrigen auch im Spital E.\_\_\_\_\_ (AB 96/10 [ICD-10

F45.30]) – diagnostizierten somatoformen autonomen Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (ICD-10 F45.30) *aus rechtlicher Sicht* Krankheitswert zukommt resp. ob diese Störung unter den Komplex der Beschwerden fällt, deren invalidisierende Wirkung analog der zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze zu prüfen ist (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69). Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers aus medizinischer Sicht von einem die Arbeitsfähigkeit *einschränkenden* Gesundheitsschaden ausgegangen und zudem die soeben erwähnte Rechtsprechung als anwendbar erachtet würde, so läge jedenfalls keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Auch die weiteren relevanten Kriterien wären nicht bzw. nicht in ausreichendem Mass erfüllt. Insbesondere ist angesichts der regelmässigen sozialen Aktivitäten des Beschwerdeführers (Einkäufe mit der Ehefrau, Spaziergänge mit dem Hund, Restaurantbesuche bzw. Karten- oder Schachspiele mit Kollegen, Familienbesuche [AB 8 f.]) nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens auszugehen. Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn sind nicht ersichtlich und eine relevante chronische körperliche Begleiterkrankung liegt mit Blick auf die stabile kardiale Situation nicht vor. Ebenso wenig kann die Behandlung als gescheitert bezeichnet werden, hat der Beschwerdeführer doch das verordnete Antidepressivum nur unregelmässig eingenommen (vgl. AB 109.1/13) resp. die psychiatrisch-psycho-therapeutische Behandlung beendet (vgl. BB 4). Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über hinreichende Ressourcen verfügt, um eine Erwerbstätigkeit auszuüben (vgl. AB 109.1/13).

Insoweit liegt – mangels Veränderungen auch im erwerblichen Bereich – ein an sich unveränderter Zustand vor. Die auch im Neuanmeldungsfall notwendige massgebliche Veränderung fehlt und die Beschwerde wäre ohne weiteres abzuweisen. Selbst wenn jedoch unter Annahme einer Veränderung eine umfassende freie Prüfung erfolgte, würde sich – wie nachfolgend dargelegt wird – am Ergebnis nichts ändern:

#### 4.

**4.1** Die Verweistätigkeit sollte aus somatischer Sicht körperlich leicht bis intermittierend mittelschwer sein, keine repetitiven Überkopfarbeiten, kein repetitives Heben von Lasten über 10 kg und keine Zwangshaltungen der Wirbelsäule beinhalten (AB 97/12). Eine angepasste Tätigkeit ist vollzeitlich zumutbar (AB 74/27). Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen.

**4.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin hat sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen auf der (gleichen) Basis der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ermittelt (TA1, Total, Männer, Anforderungsprofil 4). Aufgrund der langen Berufsabwesenheit (vgl. AB 87/2) und da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist dieses Vorgehen nicht zu beanstanden. Wird zur Bestimmung der Vergleichseinkommen dieselbe Vergleichsgrösse herangezogen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges gemäss BGE 126 V 75 (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 E. 5.4). Aufgrund der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ermittelte die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Invaliditätsgrad von 0% (AB 117). Selbst wenn aufgrund der kardiologischen Einschränkungen und/oder der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule von einem etwas eingeschränkteren Zumutbarkeitsprofil im Vergleich zum Jahr 2009 ausgegangen und deshalb ein Abzug vom Invalideneinkommen von hier maximal 10% gewährt würde, resultierte daraus kein rentenbegründender (vgl. E. 2.2 hiervor) Invaliditätsgrad (10%).

**4.4** Die angefochtene Verfügung vom 25. November 2013 (AB 117) ist somit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

**5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
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):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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