

200 13 217 IV
SCP/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Januar 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch lic. iur. B. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Februar 2013



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog im Zusammenhang mit einem Ereignis vom 31. Oktober 2005 bis zum 1. Mai 2007 Unfallversicherungsleistungen der SUVA (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Februar 2008, UV/68270). Am 26. Juli 2007 meldete er sich bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf den besagten Unfall zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 3). Diese verneinte basierend auf einem interdisziplinären Gutachten der medizinischen Abklärungsstelle MEDAS vom 6. November 2008 (act. II 31) mit Verfügung vom 2. März 2009 (act. II 38) einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 41) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 13. Dezember 2010, IV/09/346 (act. II 57), ab.

B.

Nachdem der Versicherte mit Neuanmeldung vom 25. April 2012 (act. II 60) zusätzlich auf einen Hirntumor hingewiesen hatte, nahm die IVB erneut erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und stellte ihm danach mit Vorbescheid vom 18. Dezember 2012 (act. II 79) die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Nach erfolgtem Einwand (act. II 83) und Rückfrage beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. act. II 85) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Februar 2013 (act. II 86) – wie in Aussicht gestellt – einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

C.

Mit Eingabe vom 13. März 2013 erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. B. _____, Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren me-

dizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter seien ihm die gesetzlichen Versicherungsleistungen, insbesondere eine Invalidenrente, zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. April 2013 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Verweis auf die Erwägungen in der angefochtenen Verfügung sowie auf eine Stellungnahme des RAD vom 22. März 2013, auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Zuschrift vom 18. April 2013 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). 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 13. Februar 2013 (act. II 86). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere 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). 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).

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

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 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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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).

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). 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 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; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten (vgl. act. II 64), weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Hinsichtlich des Anspruchs auf eine Invalidenrente oder andere Dauerleistungen gilt es somit zunächst zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Jahr 2009 (vgl. act. II 38) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2013 (act. II 86) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hievor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 Die ursprüngliche Verfügung vom 2. März 2009 (act. II 38) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem MEDAS-Gutachten vom 6. November 2008 (act. II 31). Darin wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (vgl. act. II 31/28 Ziff. 6):

Status nach Schädelkontusion mit Zuzug einer Rissquetschwunde frontal/hochparietal links (ICD-10: S01.0) mit konsekutiver Symptomausweitung (zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom) ohne anatomisch-strukturelles Korrelat. Erhebliches selbstlimitierendes Verhalten und Vortäuschung einer Störung ohne medizinischen Hintergrund (ICD-10: Z76.5)

Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10).

Die Gutachter gelangten zusammengefasst zum Schluss, dass für das Schmerzsyndrom kein organisch-strukturelles Korrelat bestehe und es auch nicht durch eine psychische Störung erklärbar sei. Es bestünden deutliche Hinweise auf gezielte Selbstlimitierungen bis hin zum Versuch der Vortäuschung pathologischer Befunde, wobei diesen Verhaltensweisen nicht-medizinische Ursachen zugrunde liegen dürften. Bei den erhobenen objektiv weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefunden mit gut erhaltener Funktionalität der Halte- und Bewegungsorgane, fast athletischer Kon-

stitution mit sehr gut ausgebildeter Muskulatur, erhaltener kognitiver Fähigkeiten und Fehlen einer krankheitswertigen psychischen Störung, liessen sich aus medizinischer Sicht keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, weder für die bisherige noch für andere berufliche Tätigkeiten, begründen (vgl. act. II 31/26 f. Ziff. 5 Ziff. 1).

In der vom Verwaltungsgericht im Rahmen des Beschwerdeverfahrens IV/09/346 eingeholten erläuternden Stellungnahme vom 20. September 2010 (act. II 55/2 f.) hielt die MEDAS unter Berücksichtigung neuer medizinischer Arztberichte (vgl. E. 3.3 hienach) an den Schlussfolgerungen der Expertise vom 6. November 2008 (act. II 31) fest.

3.3 Bezüglich der medizinischen Situation im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 2. März 2009 (act. II 38) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2013 (act. II 86) lässt sich den Akten hauptsächlich das Nachstehende entnehmen:

3.3.1 Eine von Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie FMH, am 18. August 2009 durchgeführte elektroneurographische Untersuchung wegen unklarer Parästhesien der oberen Extremitäten zeigte keinen pathologischen Befund (vgl. act. II 77/20).

Im Konsiliarbericht vom 3. September 2009 (act. II 77/18 f.) erklärte Dr. med. C._____ gegenüber dem Hausarzt hauptsächlich, der Beschwerdeführer weise ein hoch chronifiziertes Schmerzbild auf. Dazu komme eine momentan im Vordergrund stehende mittelschwere depressive Episode. Eine ausgedehnte rechtsseitige Sensibilitätsstörung lasse sich nicht hinreichend erklären. Elektrophysiologisch habe sich kein Hinweis für das Vorliegen eines Halsmarkprozesses oder für eine kortikale Läsion ergeben, differentialdiagnostisch zog er eine Polyneuropathie in Betracht. Er vertrat die Auffassung, dass der Beschwerdeführer aufgrund der chronifizierten Schmerzerkrankung, die ein eigenständiges Krankheitsbild und keine psychosomatische Erkrankung darstelle, keine Erwerbstätigkeit ausüben könne.

3.3.2 Mit Schreiben vom 4. Oktober 2009 (act. II 77/17) bestätigte Dr. med. D._____, praktische Ärztin, dass sie den Beschwerdeführer seit November 2007 psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandle und ihm

– aufgrund des chronischen Zustandsbildes mit erheblicher Schmerzfixierung bei gleichzeitig bestehender mangelnder Belastbarkeit, begleitet mit funktionellen Einschränkungen wie Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung – die Wiederaufnahme einer Vollzeittätigkeit nicht zumutbar sei. Zur Evaluation der Restarbeitsfähigkeit erachtete sie eine Wiedereingliederungsmassnahme im Rahmen eines anfänglich geschützten Arbeitstrainings für indiziert.

3.3.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Kardiologie FMH, untersuchte den Beschwerdeführer am 1. und 2. Februar 2010 konsiliarisch (vgl. act. II 77/15 f.). Er diagnostizierte nebst einer Adipositas und einem Nikotinabusus eine periphere arterielle Hypertension sowie hypertensive Herzkrankheit.

3.3.4 Am 7. Oktober 2011 wurde der Beschwerdeführer in ... bildgebend abgeklärt (vgl. act. II 77/11 f.) und am 8. Februar 2012 im Spital K. _____ untersucht (vgl. act. II 72/9 f.). Nach einem Verlaufs-MRI vom 16. Mai 2012 wurde im Bericht des Spitals K. _____ vom 21. Mai 2012 (act. II 67/2 f.) ein hochgradiger Verdacht auf ein petroclivales Meningeom links geäussert. Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, prognostizierten ein Wachstum des Hirntumors in den nächsten Jahren und erklärten, früher oder später sei mit progredienten neurologischen Defiziten (Hirnnervenausfällen, Lähmungen aller Extremitäten) zu rechnen, weshalb eine Resektion der Raumforderung empfohlen werde.

3.3.5 Seitens des Spitals K. _____ gab der Oberarzt Dr. med. G. _____ am 11. Juli 2012 gegenüber der Beschwerdegegnerin unter anderem an, dass die betreffende Verdachtsdiagnose vollständig asymptomatisch sei und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, insbesondere sei das Meningeom nicht Ursache der unspezifischen Kopf- und Nackenschmerzen. Indes sei von einem kontinuierlichen Tumorwachstum auszugehen, wobei das Meningeom im Laufe der nächsten Jahre auch auf elementare Strukturen der Hirngefässe, der Sehnerven, später auch der zerebralen Hormonproduktion etc. drücken und dadurch schwerwiegende neurologische Symptome verursachen werde. Aus prophylaktischer Sicht

werde eine Kraniotomie empfohlen, der Beschwerdeführer könne sich zurzeit aber noch nicht zu dieser Operation entschliessen (vgl. act. II 69/1 f.).

3.3.6 Im Bericht vom 7. August 2012 (act. II 72/2-6) bestätigte Dr. med. C._____, dass betreffend Meningeom momentan keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe und die bisherige Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung zumutbar sei.

3.3.7 Dr. med. D._____ vermerkte im undatierten (am 10. September 2012 bei der Beschwerdegegnerin eingelangten) Bericht (act. II 76) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), beides bestehend seit zirka 2006. Die Behandlung sei mit der letzten Konsultation am 20. Oktober 2010 abgeschlossen worden.

3.3.8 Nachdem der Hausarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, bereits am 25. Mai 2012 gegenüber der Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Verdachtsdiagnose eines Hirntumors die Auffassung vertreten hatte, dass in den letzten Monaten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (vgl. act. II 67/1), attestierte er im Verlaufsbericht vom 12. November 2012 (act. II 77/2-6) ab 1. Juni 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Als neue Diagnose erwähnte er die seit 2010 bestehende arterielle hypertensive Herzkrankheit sowie ein seit Oktober 2011 bestehendes petrocivales Meningeom links. Er erklärte, sein Patient leide unter Konzentrations- und Gedächtnisschwächen sowie permanenten Kopf- und Nackenschmerzen. Es bestehe eine totale gedankliche Fixierung auf die Krankheitssymptomatik und psychisch sowie physisch eine Belastungsintoleranz.

3.3.9 In ihrer Aktenbeurteilung vom 4. Februar 2013 (act. II 85) gelangte die RAD-Ärztin med. pract. I._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, dass trotz des hochgradigen Verdachts auf ein Meningeom keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege und auch keine weiteren medizinischen Abklärungen erforderlich seien.

In Kenntnis eines Befundberichts vom 16. Januar 2013 über eine gleichentags durchgeführte bildgebende Untersuchung (Akten des Beschwerdefüh-

ers [act. IA] 3) – worin Dr. med. J. _____, Facharzt für Radiologie FMH, gegenüber der Voruntersuchung vom 7. Oktober 2011 eine leichtgradige Volumenzunahme der Raumforderung um durchschnittlich zwei bis drei Millimeter festgestellt hatte – hielt die RAD-Ärztin mit Stellungnahme vom 22. März 2013 (in den Gerichtsakten) an ihrer Beurteilung fest.

3.4 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).

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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2013 (act. II 86) auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 4. Februar 2013 (act. II 85). Diese fachärztliche Beurteilung erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hievor) und

erbringt damit vollen Beweis. Dass med. pract. I. _____ den Beschwerdeführer nicht klinisch explorierte, vermag den Beweiswert ihrer Schlussfolgerungen nicht zu schmälern, konnte sie sich anhand der Aktenlage doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.5.1 Insbesondere aufgrund der Einschätzungen des Spitals K. _____ gelangte die RAD-Ärztin überzeugend zum Schluss, dass die im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Jahr 2009 neu hinzugetretene Verdachtsdiagnose im versicherungsmedizinischen Kontext nicht zu einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt hat. Wohl liegt mit dem mit einer Verdachtsdiagnose angegebenen, höchstwahrscheinlich bestehenden Hirntumor unbestrittenermassen eine ernsthafte Erkrankung vor, die Situation wurde in den Berichten vom 21. Mai 2012 (act. II 67/2 f.) und 11. Juli 2012 (act. II 69/1 f.) aber als asymptomatisch beschrieben. Weil eine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Dr. med. G. _____ explizit verneint und das Auftreten von Beschwerdesymptomen lediglich prognostisch in Betracht gezogen wurde (was mit dem Bericht des Neurologen Dr. med. C. _____ vom 7. August 2012 [act. II 72/2-6] korreliert), kann in der neu befundeten Raumforderung keine Änderung des Invaliditätsgrades im revisionsrechtlichen Sinne erblickt werden (vgl. E. 2.3 hievor). Im Zweig der Invalidenversicherung ist nicht der medizinische Befund oder die Diagnose ausschlaggebend, sondern unter welchen Beschwerden die versicherte Person leidet, ob diese objektiviert werden können und welche Tätigkeiten der versicherten Person trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2014, 9C_526/2014, E. 5.1). Solange der Hirntumor symptomatisch stumm ist, bleibt er versicherungsmedizinisch unbeachtlich. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung grundsätzlich nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war und erst danach verfasste Arztberichte prinzipiell nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Dem im Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten Befundbericht vom 16. Januar 2013 (act. IA 3) ist eine leichtgradige Volumenzunahme der Raumforderung von

zwei bis drei Millimeter zu entnehmen, die bereits bei Verfügungserlass bestanden haben dürfte, daraus resultierende Defizite sind jedoch nicht dokumentiert. Dr. med. J. _____ konnte keine Signalstörung der verdrängten Hirnstrukturen feststellen und die übrigen Hirnhäute, Liquorräume und Hirnstrukturen zeigten sich normentsprechend. Wie in der Voruntersuchung (vom 7. Oktober 2011 [vgl. act. II 77/11]) ergab sich auf der T2-Gewichtung ein isointenses Signalverhalten mit dem Hirnparenchym und eine diffuse Kontrastmittelbelegung (vgl. dazu: UHLENBROCK/FORSTING, MRT und MRA des Kopfes, 2. Aufl. 2007, S. 93). Dass sich seit dem Bericht von Dr. med. G. _____ vom 11. Juli 2012 (act. II 69/1 f.) bis zur angefochtenen Verfügung aus fachmedizinischer Sicht eine wesentliche Zustandsverschlechterung ergeben hätte, ist auch deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich, weil der rechtlich beratene und vertretene Beschwerdeführer ansonsten mit der Stellungnahme vom 18. April 2013 nicht auf den zuvor ergangenen Bericht vom 8. Februar 2012 (act. II 72/9 f. [= Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3]) abgestellt, sondern einen entsprechend aktuellen Bericht des Spitals K. _____ eingereicht hätte. Im Übrigen ist der Umstand, dass Prof. Dr. med. F. _____ den Bericht des fachlich qualifizierten Oberarztes Dr. med. G. _____ (act. II 69/1 f.) nicht mitunterzeichnete, nicht geeignet, die darin enthaltenen Einschätzungen beweisrechtlich zu erschüttern, zumal der besagte Bericht jenem vom 8. Februar 2012 nicht widerspricht, selbst wenn Prof. Dr. med. F. _____ die Sachlage nach dem Dafürhalten des Beschwerdeführers «eher etwas bedrohlich» (vgl. Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 18. April 2013) dargestellt haben soll.

Die Gesundheit des Beschwerdeführers ist durch die Raumforderung latent bedroht und es ist nicht ausgeschlossen, dass sich die prognostizierte Veränderung dereinst invalidisierend auswirkt. Weil innerhalb der vorliegenden massgebenden Überprüfungsperiode nach dem Gesagten aber keine Beschwerdesymptome aufgetreten sind, kann offen gelassen werden, wie sich der Gesundheitszustand nach dem Verfügungserlass weiter entwickelt hat und ob die von den behandelnden Ärzten empfohlene Kraniotomie für den Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht im Sinne von Art. 7 Abs. 1 IVG eine zumutbare medizinische Massnahme darstellt. Bei dieser Ausgangslage sah die Beschwerdegegnerin zu Recht keine

Veranlassung für die vom Beschwerdeführer beantragten (vgl. act. II 84) weiteren neurochirurgischen Abklärungen (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.5.2 Auch für anderweitige zusätzliche medizinische Erhebungen bestand bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (act. II 86) keine Veranlassung. Wohl postulierte der Hausarzt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – abgesehen vom Meningeom – neu auf die von Dr. med. E. _____ festgestellte (vgl. act. II 77/15) hypertensive Herzkrankheit verwies (vgl. act. II 77/2 Ziff. 1.1 Ziff. 5). Der Kardiologe erklärte zwar, dass die Hypertension (Bluthochdruck) schwierig einzustellen sei, die Blutdruckwerte bezeichnete er unter der bestehenden medikamentösen Therapie aber als «nun einigermaßen normal». Zudem wies er darauf hin, dass der im Belastungs-EKG vom 1. Februar 2010 frequenzabhängig ausgelöste komplette Linksschenkelblock (vgl. dazu: MARC GERTSCH, das EKG, 2. Aufl. 2008, S. 125 ff.) nicht unbedingt einen Hinweis für das Bestehen einer chronisch koronaren Herzkrankheit mit anstrengungsinduzierter Ischämie darstellen müsse, des Weiteren weise der Beschwerdeführer in den Carotiden absolut keine Ablagerungen oder Plaques auf, wie sie bei manifesten chronisch koronaren Herzkrankheiten meist zu finden seien. Er attestierte aus fachärztlicher Sicht keine Arbeitsunfähigkeit und empfahl gegebenenfalls die Medikation zu ändern bzw. jährliche Belastungstests mit Stressechokardiographien durchzuführen (vgl. act. II 77/15). Damit präsentierte sich die kardiologische Situation nicht wesentlich anders als im Rahmen der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2008, in welcher eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde (vgl. act. II 31/27 f. Ziff. 2-4 und 6).

Bei den übrigen von Dr. med. H. _____ aufgeführten Diagnosen (vgl. act. II 77/2 Ziff. 1.1) handelt es sich um solche, die seines Erachtens schon vor der Verfügung vom 2. März 2009 (act. II 38) bestanden und damit medizinische Aspekte beschlagen, die bereits im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 6. November 2008 (vgl. act. II 31) beurteilt wurden, welches im VGE IV/09/346 (act. II 57) – zusammen mit der Ergänzung vom 20. September 2010 (act. II 55/2 f) – als beweiskräftig qualifiziert wurde. Hinzu

kommt, dass der Hausarzt lediglich aus allgemein-internistischer Sicht argumentierte und die bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit auch nicht schlüssig zu begründen vermochte, sondern im Zusammenhang mit dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil einräumte, dies sei am ehesten von den Neurologen und Psychiatern beurteilbar (vgl. act. II 77/6). Eine bezogen auf das revisionsrechtliche Beweisthema nachvollziehbare fachärztliche Einschätzung, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, ist weder dem Attest von Dr. med. H. _____ vom 25. Mai 2012 (act. II 67/1) noch seinem Verlaufsbericht vom 12. November 2012 (act. II 77/2-6) zu entnehmen. Dasselbe gilt bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes. Dr. med. D. _____ (welche gemäss Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch]) allem Anschein nach immer noch nicht über einen Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt [vgl. act. II 51/4, 55/7]), erachtete eine Wiederaufnahme einer Vollzeittätigkeit noch am 4. Oktober 2009 als nicht zumutbar (vgl. act. II 77/17), erwähnte aber im aktuellsten Bericht (act. II 76) dieselben Diagnosen die sie bereits im Jahr 2008 gestellt hatte (vgl. act. II 31/46 f.) und welche seitens der MEDAS entkräftet wurden (vgl. act. II 55/3). Sie vermochte nicht darzutun, ob – und gegebenenfalls inwiefern – sich die objektive Befundlage bzw. die geklagten Symptome in relevanter Weise geändert hätten. Da die Behandlung überdies im Oktober 2010 abgeschlossen (vgl. act. II 76/2 f. Ziff. 1.2 und 1.4) und bis zum Verfügungserlass nicht wieder aufgenommen wurde, ist auch diesbezüglich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erstellt bzw. bestand kein weiterer Abklärungsbedarf.

3.6 Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Vergleich zur Situation im März 2009 (vgl. act. II 38) aufgrund der medizinischen Aktenlage – insbesondere nach der beweiskräftigen RAD-Beurteilung (act. II 37) – überwiegend wahrscheinlich bis zum Erlass der Verfügung vom 13. Februar 2013 (act. II 86) keine ehebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Damit fehlt es bezüglich einer Invalidenrente oder einer anderen Dauerleistung von vornherein an einem Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. E. 2.3 hievor). Auch der Eintritt eines anderweitigen leistungsspezifi-

schen Invaliditätsfalles (vgl. Art. 4 Abs. 2 IVG; BGE 137 V 417 E. 2.2.3 S. 422, 126 V 461 E. 1 S. 461) ist nicht ausgewiesen.

Die Beschwerdegegnerin verneinte demnach zu Recht einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen, womit sich die Beschwerde vom 13. März 2013 als unbegründet erweist und abzuweisen ist.

4.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der 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.
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):

- lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

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.