

200 13 788 IV  
SCP/JAP/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Februar 2015**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Jakob

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Juli 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1955 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 4. Februar 2003 unter Hinweis auf Schmerzen am Bewegungsapparat bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). Diese wies das Leistungsgesuch hinsichtlich einer Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 5 % mit Verfügung vom 2. April 2003 (act. II 10) ab, woran sie mit Einspracheentscheid vom 30. September 2003 (act. II 23) festhielt. Diesen Entscheid hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern auf Beschwerde hin (act. II 24/2-7) mit Urteil vom 15. Oktober 2004, IV 64034 (act. II 29), auf und wies die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Verwaltung zurück.

### **B.**

In der Folge ermittelte die IVB gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der C. \_\_\_\_\_ (fortan MEDAS) vom 30. Mai 2006 (act. II 35) einen Invaliditätsgrad von 6 % und verneinte einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 15. Juni 2006 (act. II 36) erneut. Im Rahmen des Einspracheverfahrens veranlasste sie eine Nachbegutachtung durch die MEDAS (act. II 62) und wies die Einsprache mit Entscheid vom 3. Juli 2007 (act. II 66) ab. Dieser Einspracheentscheid wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 15. Februar 2008, IV 68504 (act. II 86), geschützt und eine dagegen erhobene Beschwerde (act. II 87) vom Bundesgericht mit Entscheid vom 21. August 2008, 8C\_267/2008 (act. II 92), abgewiesen.

### **C.**

Nach einer Neuanmeldung vom 30. März 2009 (act. II 97) verneinte die IVB einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 10 % mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 30. Juli 2010 (Akten der IVB

[act. IIA] 117) erneut.

**D.**

Am 19. Juni 2012 gelangte der Versicherte abermals an die IVB (act. IIA 119), worauf diese wiederum einen Invaliditätsgrad von 10 % ermittelte und mit Vorbescheid vom 19. April 2013 (act. IIA 132) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht stellte. Nach erhobenem Einwand (act. IIA 133) verneinte die IVB mit Verfügung vom 16. Juli 2013 (act. IIA 136) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

**E.**

Mit Eingabe vom 11. September 2013 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 2013 schloss die Beschwerdegegnerin implizit auf Abweisung der Beschwerde.

Am 5. Dezember 2013 notifizierte Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ dem Gericht seine Mandatierung durch den Beschwerdeführer.

**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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Juli 2013 (act. IIA 136). 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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können

auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2).

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

**2.5** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invali-

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]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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 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 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 Neuanschuldung eingetreten, 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 eine Invalidenrente. Zu prüfen gilt es, ob im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Abweisung des Leistungsgesuchs am 30. Juli 2010 (act. IIA 117) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2013 (act. IIA 136) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hievon). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsbeurteilung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.2** Die letzte rechtskräftige Verfügung vom 30. Juli 2010 (act. IIA 117) basierte in medizinischer Hinsicht einerseits auf den Erkenntnissen aus der früheren MEDAS-Expertise vom 30. Mai 2006 (act. II 35) in Verbindung mit den Ergänzungen vom 2. Februar bzw. 13. März 2007 (act. II 62) und andererseits auf der Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 115), der sich auf die Einschätzungen der behandelnden Fachärzte stützte.

**3.2.1** Im MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2006 (act. II 35) konnten keine arbeitsrelevanten somatischen Beschwerden objektiviert werden und wurde das Vorliegen einer verselbständigten psychischen Störung mit Krankheitswert verneint. Aus polydisziplinärer Sicht stellten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und attestierten dementsprechend eine uneingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit. An dieser Beurteilung hielten sie in den Berichten vom 2. Februar und 13. März 2007 (act. II 62) über die orthopädische-psychiatrische Nachbegutachtung fest.

**3.2.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH

sowie Endokrinologie/Diabetologie FMH, hielt im Konsiliarbericht vom 24. April 2009 (act. IIA 102/1 f.) eine am 1. September 2008 erstdiagnostizierte Hyperthyreose zufolge einer Autoimmunthyreopathie vom Morbus Basedow fest. Er gab an, dass der Beschwerdeführer unter aktueller Medikation klinisch wie laborchemisch praktisch euthyreot erscheine und sich daher eine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit seitens dieser Thyreopathie nicht ableiten lasse.

**3.2.3** Aufgrund eines festgestellten Adenokarzinoms der Prostata (act. II 100/17) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Urologie FMH, am 27. Januar 2009 eine laparoskopische Operation (pelvine Lymphadenektomie und radikale Prostatovesikulektomie) mit nachfolgender Revision wegen eines beginnenden Darmverschlusses (Laparotomie und Inzision des Peritoneums) durch (act. II 97/2, 97/4 f., 100/7 f., 100/15). Postoperativ klagte der Beschwerdeführer über eine Dranginkontinenz sowie Unterbauchschmerzen (act. II 97/6 f., 99/3 lit. E Ziff. 5, 100/9; act. IIA 102/3). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ konnte die Miktionsfrequenz durch eine Botox-Injektion in den Detrusor deutlich verbessern (act. IIA 105, 114/2) und bestätigte am 5. Mai 2010 aus urologischer Sicht die (uneingeschränkte) Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (act. IIA 114/1).

**3.2.4** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, vermerkte in diagnostischer Hinsicht im Konsiliarbericht vom 7. Juni 2010 (act. IIA 116) chronisch persistierende Inguinalschmerzen rechts und gab an, dass ein Inguinalhernienrezidiv rechts bestehe, die sicherlich im weiteren Verlauf versorgt werden müsse. Die kleine umbilikale Narbenhernie erzeuge zurzeit keine Probleme, sollte aber bei Gelegenheit ebenfalls chirurgisch saniert werden. Die beschriebenen Beschwerden liessen sich durch diese Befunde zwar nur schwerlich erklären, da die Hernien trotzdem saniert werden müssten empfehle er dies in nächster Zeit zu tun, wobei davon keine entscheidende Veränderung des Schmerzbildes zu erwarten sei.

**3.2.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, gelangte in ihrer Stellungnahme vom 13. Juli 2010 (act. IIA 115) zum Schluss, dass für die angestammte Tätigkeit nach Auftreten der abdominalen Problematik ab Operationsdatum eine volle Ar-

beitsunfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Druckausübung abdominal und mit der Möglichkeit, eine Toilette aufsuchen zu können, sei hingegen sechs bis acht Wochen postoperativ eine ganztägige Arbeitstätigkeit zumutbar, wobei aufgrund der häufigen Miktion bis Ende April 2010 noch eine zusätzliche Leistungsverminderung (vermehrtes Aufsuchen der Toilette) von rund 10 % bestanden habe. Falls der Beschwerdeführer sich zu der von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ empfohlenen Sanierung der kleinen Rezidivhernie entschliesse, müsse mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit von vier bis sechs Wochen gerechnet werden.

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2013 (act. IIA 136) stützte sich auf die Aktenbeurteilung des RAD (act. IIA 126) und berücksichtigte die urologischen Verlaufsberichte des Spitals H.\_\_\_\_\_ (act. IIA 129, 131).

**3.3.1** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nahm in ihrer Stellungnahme vom 24. Januar 2013 (act. IIA 126) zu den verschiedenen neuen Berichten der behandelnden Ärzte Stellung und erklärte, dass ausser einer nachgewiesenen Urethrastrikture, die überwiegend wahrscheinlich in der Zwischenzeit operativ saniert worden sei, seit der letzten Verfügung keine neuen gesundheitlichen Einschränkungen glaubhaft gemacht werden könnten. Sie empfahl einen urologischen Verlaufsbericht einzuholen und hielt fest, dass das bisherige Zumutbarkeitsprofil übernommen werden könne, falls seitens des Urologen keine neuen Beeinträchtigungen festgehalten würden.

**3.3.2** Im Spital H.\_\_\_\_\_ wurde am 14. März 2012 eine Urethrotomia interna (act. IIA 129/13) durchgeführt und im Bericht vom 31. Oktober 2012 (act. IIA 129/2-4) als urodynamische Diagnose eine normokapazitive, normosensitive, normoaktive Harnblase mit nicht obstruktivem Miktionsprofil und Pressmiktion festgehalten. Die Ärzte empfahlen eine Anpassung der antidepressiven Medikation und initiierten aufgrund der ausgeprägten Drangsymptomatik eine nicht invasive Neuromodulation mittels TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation).

Im weiteren Verlaufsbericht vom 5. April 2013 (act. IIA 131) wurde der Gesundheitszustand seitens des Spitals H.\_\_\_\_\_ aufgrund der letzten ärztlichen Kontrolle vom 19. März 2013 als stationär beschrieben und das

Vorliegen einer gesundheitlich begründeten Arbeitsunfähigkeit verneint.

**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 Beurteilung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2013 (act. IIA 126) erfüllt – unter Einbezug der urologischen Verlaufsberichte des Spitals H. \_\_\_\_\_ (act. IIA 129, 131) – die höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 3.4 hievor) und erbringt damit vollen Beweis. Dass die RAD-Ärztin den Beschwerdeführer nicht persönlich exploriert hat, vermag den Beweiswert ihrer fachärztlichen Einschätzung 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).

Dabei wiesen die seitens der Beschwerdegegnerin in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) eingeholten Berichte – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 2) – eine hinreichende Aktualität auf, um den Behandlungsverlauf sowie die medizinische Situation zu beurteilen. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bezog sich auf das revisionsrechtliche Beweisthema (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2), stellte die früheren medizinischen Befunde den aktuellen vergleichend gegenüber und zeigte nachvollziehbar auf, dass sich im Verlauf keine relevante Veränderung ergeben hatte. In Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte ergibt sich im Einzelnen insbesondere das Nachstehende:

**3.5.1** In psychiatrischer Hinsicht ist insoweit von einem unverändert gebliebenen Zustand auszugehen, als die von med. pract. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als pantomim beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten (act. IIA 121/18) bereits in den früheren medizinischen Berichten erwähnt wurden. Ebenso verhält es sich mit dem Bagatellisieren und Verharmlosen der Alkoholproblematik (act. II 62/5 Ziff. 3, 83/1 f., 86/20), welche bislang weder zu gesundheitlichen Schädigungen geführt hat noch als unüberwindbar gilt (vgl. E. 2.2 hievor). Med. pract. I.\_\_\_\_\_ erwähnte denn auch, dass der Beschwerdeführer an seinen fixen Meinungen und Überzeugungen stur festhalte und sich von Familienangehörigen nicht davon abbringen lasse (act. IIA 121/19). Soweit der Psychiater aufgrund dieser Feststellungen von einer Chronifizierung ausging und eine Veränderung aus psychiatrischer Sicht als sehr unwahrscheinlich einstufte, kommt dieser Einschätzung invalidenversicherungsrechtlich keine Bedeutung zu. Eine Invalidenrente ist mangels Invalidität auch wiederholt zu verweigern, wenn der Versicherte die Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit beharrlich ablehnt (vgl. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 N. 20). Zwar äusserte sich med. pract. I.\_\_\_\_\_ dahingehend, dass die seit über zehn Jahren bestehenden Beschwerden zunehmend schlechter geworden seien, zur Begründung verwies er aber hauptsächlich auf die Entwicklung des somatischen Gesundheitszustandes, insbesondere die Prostatektomie (act. IIA 121/19), welche bereits im Januar 2009 (act. II 97/5) – mithin vor dem massgebenden Referenzzeitpunkt (act. IIA 117) – durchgeführt worden war und damit revisionsrechtlich unbeachtlich ist.

Im Übrigen lässt sich allein anhand der Werte des im Spital H.\_\_\_\_\_ anlässlich der Schmerzsprechstunde vom 9. Januar 2012 (act. IIA 121/3) routinemässig durchgeführten Beck-Depressions-Inventars (BDI) nicht diagnostisch auf das Bestehen einer psychischen Erkrankung schliessen, handelt es sich beim BDI doch um ein reines (eindimensionales) Selbstbeurteilungs-Verfahren (vgl. ROLF-DIETER STIEGLITZ, Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie, 2008, S. 72; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 243).

Die vom behandelnden Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Bericht vom 14. Februar 2012 (act. IIA 121/1) angenommenen Arbeitsunfähigkeit entkräftete Dr. med. G.\_\_\_\_\_ – wenn auch aus nicht fachärztlicher Perspektive – mit einleuchtenden Argumenten (act. IIA 126/3 f. ad Ziff. 9). Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vermochte (insbesondere im Sinne der Veränderung zu früheren Beurteilungen) nicht aufzuzeigen, welche konkrete Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung zu seiner diagnostischen Beurteilung einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode geführt haben sollen (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

**3.5.2** In orthopädischer Hinsicht wird im Verlaufsbericht von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 23. August 2011 (act. IIA 121/14 f.) das bereits aus den früheren medizinischen Akten erwähnte chronische panvertebrale Schmerzsyndrom beschrieben mit der Feststellung, die klinisch repräsentierte Beschwerdesymptomatik stehe in Widerspruch zu den objektiv fassbaren Befunden. Namentlich könne eine Neurokompression ausgeschlossen werden (vgl. dazu auch act. IIA 121/12), womit die Beurteilung der RAD-Ärztin, wonach mit Bezug auf eine leichte Arbeit die von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ erhobenen diskreten Veränderungen keine Auswirkungen hätten (act. IIA 126/3 ad Ziff. 3), sich als schlüssig erweist.

Gleich verhält es sich mit Bezug auf eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit aus angiologischer Sicht hinsichtlich der venösen Insuffizienz, zumal den Beschwerden (soweit das abendliche Schweregefühl sowie die perimalleolären Ödeme überhaupt geeignet wären die Arbeitsfähigkeit zu be-

einflussen [act. IIA 126/3 ad Ziff. 5]) bereits durch das zumutbare Tragen von Wadenkompressionsstrümpfen begegnet werden kann (act. IIA 121/10).

Des Weiteren wurden bereits im Rahmen der Verfügung vom 30. Juli 2010 (act. IIA 117) die Auswirkungen der Prostata-Problematik (Reizblase und Harninkontinenz) zufolge des vermehrten Aufsuchens der Toilette mit einer Leistungseinschränkung von 10 % berücksichtigt. Dies obwohl Dr. med. G.\_\_\_\_\_ diese zusätzliche Leistungsminderung lediglich bis Ende April 2010 für gerechtfertigt hielt (act. IIA 115/5), da sich die Miktionsfrequenz durch die Botox-Therapie weitgehend normalisiert und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 5. Mai 2010 aus urologischer Sicht eine (uneingeschränkte) Arbeitsfähigkeit postuliert hatte (act. IIA 114/1). Die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in der Verlaufsbeurteilung vom 24. Januar 2013 (act. IIA 126) als einzige Veränderung beschriebene Urethrastrikture wurde im März 2013 durch eine Inzision der Harnröhre (Urethrotomia Interna) behoben (act. IIA 129/13). Zwar soll sich dadurch die Belastungs- und Dranginkontinenz nicht verbessert haben (act. IIA 129/8, 129/10 f.), eine Verschlechterung gegenüber dem Referenzzeitpunkt (act. IIA 117) ist jedoch ebenso wenig ausgewiesen, vielmehr wurde seitens des Spitals H.\_\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 5. April 2013 (act. IIA 131) ein stationärer Gesundheitszustand ohne Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Im Übrigen können die Folgen der Inkontinenz durch Einlagen – wie sie der Beschwerdeführer verwendet (act. IIA 121/7) – gemindert werden und wurde bereits im Jahr 2010 im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt, dass im Rahmen einer Verweisungstätigkeit die Möglichkeit bestehen muss, eine Toilette aufzusuchen (act. IIA 115/5).

Schliesslich verfügt der Hausarzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, soweit ersichtlich über keinen Facharztstitel (vgl. FMH-Index [[www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)] bzw. Medizinalberuferegister [[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)]) und es fehlt für seine Ansicht, dass sich der Gesundheitszustand «sowohl psychisch als auch körperlich seit letztem IV-Antrag verschlechtert» habe (act. IIA 121/5), jegliche Begründung.

#### **4.**

**4.1** Nachdem sich aus den eingeholten urologischen Berichten (act. IIA 129, 131) keine Anhaltspunkte für das Vorliegen neuer gesundheitlicher Einschränkungen ergibt, kann die Verlaufsbeurteilung von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2013 (act. IIA 126) vorbehaltlos als revisionsrechtliche Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. Die von der RAD-Ärztin vorgenommene Würdigung der medizinischen Akten und die gestützt darauf gezogene Schlussfolgerung, der Gesundheitszustand habe sich mit Bezug auf den geltend gemachten Leistungsanspruch nur unwesentlich verändert, ist in allen Teilen überzeugend. Wie aufgezeigt, bestehen keine divergierenden medizinischen Einschätzungen, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an der beweisrechtlichen Validität der besagten Beurteilung zu begründen. Bei dieser Ausgangslage ist von weiteren Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer sinngemäss beantragt (vgl. Beschwerde S. 2), abzusehen, wären davon doch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). In tatsächlicher Hinsicht ist folglich nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass seit 30. Juli 2010 (act. IIA 117) keine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 16. Juli 2013 (act. IIA 136) damit zu Recht. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 11. September 2013 erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

**4.2** Anzufügen bleibt, dass sich der Beschwerdeführer bereits anlässlich der MEDAS-Begutachtung in einem kompletten Regressionsverhalten befand, deutliche Versorgungswünsche äusserte (act. II 62/5 Ziff. 3) und aus psychiatrischer Sicht die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit als dringend indiziert erachtet wurde (act. II 35/23). Lehnt er die Verwertung seiner medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ohne hinreichende Gründe weiterhin beharrlich ab, wird ihm – vorbehaltlich eines objektiv wesentlich veränderten Sachverhalts – eine Invalidenrente auch künftig zu verweigern sein (vgl. MEYER/REICHMUTH, a.a.O.). Mit Blick auf seine Schadenminderungspflicht (Art. 7 Abs. 1 IVG) ist er angehalten, sich sowohl hinsichtlich des allfälligen Suchtverhaltens (vgl. act. II 62/5 Ziff. 2; act. IIA 121/19) als

auch seiner unbegründeten, überwindbaren Behinderungsüberzeugung einer adäquaten, vorzugsweise psychiatrisch-verhaltenstherapeutischen Behandlung zu unterziehen, zumal ihm selbst im Urteilszeitpunkt noch eine Aktivitätsperiode von rund fünf Jahren bevorsteht.

## **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 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.

**5.2** 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):
- Fürsprecher 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.