

200 15 1044 IV
KNB/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. September 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Oktober 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1950 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 27. November 2003 unter Hinweis auf eine Diskushernie sowie eine Arthrose bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. IIA], 2). Diese wies das Leistungsbegehren hinsichtlich einer Invalidenrente mit Verfügung vom 19. Juli 2005 (act. IIA 26) ab. Ein diese Verfügung bestätigender Einspracheentscheid vom 18. August 2005 (act. IIA 30) hob das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 13. Dezember 2005, IV 65986 (act. IIA 37), auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IVB zurück. In der Folge verneinte die IVB gestützt auf eine interdisziplinäre Begutachtung (act. IIA 48, 63) mit Verfügung vom 1. Juni 2007 (act. IIA 64) einen Rentenanspruch erneut. Nachdem sie diese Verfügung pendente lite in Wiedererwägung gezogen hatte (act. IIA 66) und das Beschwerdeverfahren mit Prozessurteil vom 24. August 2007, IV 68388 (act. IIA 69), als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben worden war, verfügte sie am 9. April 2008 (act. IIA 78) bei einem Invaliditätsgrad von 25 % abermals die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich einer Invalidenrente. Diese Verfügung schützte das Verwaltungsgericht mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 17. Oktober 2008, IV 69395 (act. IIA 83).

B.

Nach einer Neuanmeldung vom 19. März 2009 (act. IIA 86), in welcher der Versicherte zusätzlich auf eine Dilatation der Aorta hinwies, verneinte die IVB einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen mit Verfügung vom 25. Juni 2010 (act. II 121). Diese Verfügung zog sie in Wiedererwägung (act. II 123) und erliess nach durchgeführtem Vorbescheid eine neue Verfügung vom 9. August 2011 (act. II 134), in welcher sie bei einem Invaliditätsgrad von 35 % einen Rentenanspruch verneinte. Die hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 137) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 2. Juli 2012, IV/2011/846 (act. II 140), ab. Das Bundesgericht hob die-

ses Urteil sowie die ihm zugrunde liegende Verfügung der IVB mit Entscheidung vom 7. Dezember 2012, 8C_675/2012 (act. II 150), auf und wies die Sache zu ergänzender medizinischer Abklärung und neuer Verfügung an die IVB zurück. Daraufhin ermittelte die IVB, basierend auf einem eingeholten polydisziplinären Gutachten (act. II 170.1) sowie einer Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 175), einen Invaliditätsgrad von 37 % und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. August 2015 (act. II 192) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 193) verneinte sie mit Verfügung vom 23. Oktober 2015 (act. II 195) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

C.

Mit Eingabe vom 26. November 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 23. Oktober 2015 betreffend Invalidenrente sei aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer sechs Monate ab Anmeldung bis sicher Ende November 2013 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Danach sei ihm ebenfalls eine ganze Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei der Beschwerdeführer erneut interdisziplinär, insb. psychiatrisch zu begutachten und der Invaliditätsgrad sei anschliessend neu zu berechnen.
3. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der IV-Stelle des Kantons Bern.

In ihrer Zuschrift vom 11. Januar 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Beschwerdeantwort. Damit erübrigte sich der Entscheid über die Anordnung des beantragten zweiten Schriftenwechsels.

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 23. Oktober 2015 (act. II 195). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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 Der Beschwerdeführer rügt vorab eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV;

SR 101]; BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2), da in der angefochtenen Verfügung (act. II 195) nicht auf seinen Einwand eingegangen worden sei, wonach zwischen der Neuanmeldung und der Begutachtung im August 2013 keine gutachterliche Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, weshalb auf jeden Fall Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe (Beschwerde S. 3 Ziff. II 3).

2.2 Die Begründungsdichte der Verfügung vom 23. Oktober 2015 (act. II 195) ermöglichte deren sachgerechte und zielgerichtete Anfechtung und ist nicht zu beanstanden, zumal sich die Verwaltung nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich vielmehr auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181). Wie aufzuzeigen sein wird, ist der betreffende Einwand denn auch unbegründet (vgl. E. 4.5.5 hiernach). Überdies könnte eine in diesem Zusammenhang allfällig erfolgte (leichte) Verletzung des rechtlichen Gehörs in Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts ohnehin als geheilt gelten (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Es sind demnach die materiellen Rügen im Zusammenhang mit dem streitigen Anspruch zu prüfen.

3.

3.1 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).

3.2 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

3.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

3.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche

und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

3.3.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher

Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

3.4 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.

3.5 Wurde eine Rente oder eine andere Dauerleistung 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 (vgl. 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 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 materiellen Revision 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).

4.

4.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung 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 somit zunächst, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungsablehnung im Jahr 2008 (act. IIA 78) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Oktober 2015 (act. II 195) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 3.5 hiervor). 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).

4.2 Die ursprüngliche Verfügung vom 9. April 2008 (act. IIA 78) basierte in medizinischer Hinsicht auf den Gutachten der Dres. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. IIA 48, 63).

4.2.1 Dr. med. C. _____ führte in seiner Expertise vom 13. September 2006 (act. IIA 48) die folgenden Diagnosen auf (act. IIA 48/7 Ziff. III):

1. Schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, vordergründig nicht somatisch abstützbar
2. Beschwielen der Hände mit Dreckspuren
3. Lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit sponylogenen Beschwerden
 - Mikrodiskektomie L5/S1 links wegen Kompression der Wurzel S1 links am 5. Juni 2003
 - Altes radikuläres Ausfallsyndrom S1 links mit Verlust des Achillessehnenreflexes links
4. Übergewicht mit Body-Mass-Index von 29kg/m²
5. Diffuse idiopathische skeletale Hyperostose
6. Leichtgradige chronisch venöse Insuffizienz der Beine
7. Anteriore Sigmaresektion wegen rezidivierender Divertikulitis am 25. Juli 2006
8. Operation Inguinalhernie links und Umbilicalhernie im Jahr 1995

Dr. med. C. _____ attestierte für die angestammte Beschäftigung eine Einschränkung von maximal 25 % und für leidensadaptierte Tätigkeiten (ohne körperlich schwergradig belastende Arbeiten oder solche, die verbunden sind mit dem repetitiven beruflichen Bewegen von Gewichten über siebeneinhalb bis zehn Kilogramm oder solche, die das Einhalten der Rückenergonomie nicht zulassen) eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 10 bis 15 % (act. IIA 48/12 Ziff. IV). Er erachtete die Beschwerden als mit medizinischen Massnahmen günstig beeinflussbar und ging davon aus, dass so für die bisherige berufliche Tätigkeit noch eine Einschränkung von 10 bis 15 % persistieren würde bzw. für Verweisungstätigkeiten (wechselbelastende, leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeiten in einem klimatisierten Raum, unter Einhaltung der Rückenergonomie, ohne repetitives Bewegen von Gewichten zwischen siebeneinhalb bis zehn Kilogramm) keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (< 5 bis 10 %) mehr bestehe (act. IIA 48/13 Ziff. IV).

4.2.2 Dr. med. D. _____ vermerkte im Gutachten vom 15. Mai 2007 (act. IIA 63) als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine längere Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10: Z55; act. IIA 63/5 Ziff. 4). Er erachtete die psychosomatischen Beschwerden für willentlich überwindbar und bescheinigte eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. IIA 63/7 f. lit. C Ziff. 1-5 und Ziff. 13 f.).

4.2.3 In ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 17. Mai 2007 (act. IIA 63) gelangten die Dres. med. C. _____ und D. _____ zum Schluss, dass aus den vorwiegend psychosomatischen Beschwerden angesichts der feh-

lenden psychiatrischen Komorbidität keine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fliesse und bezüglich der Arbeitsfähigkeit insgesamt auf den somatisch-rheumatologischen Gesichtspunkt abgestellt werde.

4.3 Die angefochtene Verfügung vom 23. Oktober 2015 (act. II 195) stützt sich auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E. _____ (MEDAS) vom 25. November 2013 (act. II 170.1) sowie eine Stellungnahme des RAD vom 19. Juni 2014 (act. II 175).

4.3.1 In der MEDAS-Expertise figurieren im Wesentlichen die nachstehenden Diagnosen (act. II 170.1/32 f. Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80)
2. Sehschärfeminderung und Gesichtsfeldausfall
3. Dilatation der Aorta ascendens und des Aortenbogens bei hypertensiver Kardiopathie (ICD-10: I10.0/I71.9)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD.10: F45.4)
2. Unvollständiges metabolisches Syndrom

Die Gutachter attestierten für die bisherige Tätigkeit aus orthopädischer Sicht eine um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit und eine ophthalmologisch begründete Einschränkung im gleichen Umfang, wobei sie wegen der Augenprobleme eine (für die angestammte Tätigkeit erforderliche) Fahrtauglichkeit als nicht sicher gegeben bzw. für abklärungsbedürftig erachteten. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Verrichtungen ohne Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder mit Absturzgefährdung) bescheinigten sie eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 170.1/33 f. Ziff. 6.2). Sie gingen davon aus, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Diskushernien-Operation im Juni 2003 besteht. Im Verlauf habe sich diese Arbeitsunfähigkeit gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. _____ nicht wesentlich verändert. Aufgrund der etwas verstärkten degenerativen Veränderungen kämen sie diesbezüglich zu einer leicht höheren Arbeitsunfähigkeit. Der Beginn der Einschränkungen aufgrund der Augenkrankheit könne nicht genau festgelegt werden, ein Offenwinkelglaukom sei erstmals in einem Bericht vom 6. September 2011 erwähnt. Hinweise dafür, dass eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich ange-

passte Tätigkeiten bestanden habe, ergäben sich aus den Akten keine. Die nunmehr festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte sicher ab der gutachterlichen Untersuchung im August 2013 (act. II 170.1/34 f. Ziff. 6.3). Angesichts der psychosozialen Situation, des Alters des Exploranden und der fehlenden Motivation sei die Prognose für eine Wiedereingliederung schlecht (act. II 10.1/36 Ziff. 6.8).

4.3.2 Die RAD-Ärztin, Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, erklärte in ihrer Stellungnahme vom 19. Juni 2014 (act. II 175) hauptsächlich, die MEDAS-Gutachter seien sich grundsätzlich einig, dass eine leichte Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei, vom neurologischen Gutachter werde wegen Schmerzen ein erhöhter Pausenbedarf von 10 %, aber nicht von 30 % veranschlagt. Die 30 % Einschränkung stamme aus dem ophthalmologischen Teilgutachten und sei so nicht nachvollziehbar, da viele leichte Tätigkeiten möglich seien, bei welchen sich die Störung der Augen nicht auswirke. Das MEDAS-Gutachten sei diesbezüglich nicht nachvollziehbar. Leichte (null bis zehn Kilogramm) bis maximal teilweise mittelschwere Arbeiten (bis 15 Kilogramm) seien im Vollpensum, mit 10 % Einschränkung durch vermehrte Pausen, zumutbar. Aufgrund der Anforderungen an die Sehkraft seien Beschäftigungen mit dem Erfordernis für Feinarbeit oder für Stereosehen sowie Autofahren nicht mehr zumutbar.

4.4 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 im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörte-

rung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

4.5 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. November 2013 (act. II 170.1) erfüllt betreffend den Zeitraum bis zur Exploration vom August 2013 (act. II 170.1/2) prinzipiell die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt damit vollen Beweis. Insbesondere basiert es auf der Kenntnis der vollständigen medizinischen Vorakten (act. II 170.1/4-8 Ziff. 2.1.1) sowie umfassenden klinischen Explorationen bzw. labor-technischen und testpsychologischen Abklärungen (act. II 168/3, 170.1/11 Ziff. 3.2.2, 170.1/25 f. Ziff. 4.4.2.1).

4.5.1 Wohl ist Dr. med. F. _____ insofern zuzustimmen, dass die im ophthalmologischen Teilgutachten von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Ophthalmologie, aufgrund der Gesichtsfeldausfälle und der Sehschärfenminderung postulierte pauschale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (act. II 170.1/32 Ziff. 4.6.5) etwas undifferenziert ausgefallen ist (act. II 175/5). Es ist nicht vollständig nachvollziehbar, dass selbst für leidensangepasste Tätigkeiten eine derartige Einschränkung bestehen soll, umso mehr, als eine durch das Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt (SVSA) veranlasste vertrauensärztliche Beurteilung vom 7. September 2014 (act. II 190) sogar die Fahreignung bestätigte. Da die Verwaltung als Grundlage zur Bemessung des Invaliditätsgrades aber ohnehin zugunsten des Beschwerdeführers die interdisziplinär attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (act. II 170.1/36 Ziff. 6.8) heranzog (act. II 195/1), wirkt sich dieser punktuelle Mangel des Gutachtens nicht aus. Im Übrigen geht der Beschwerdeführer ohnehin fehl, wenn er in diesem Zusammenhang dafür hält, dass die ophthalmologische Einschränkung von 30 % zusammen mit der 10%igen neurologischen Einschränkung gesamthaft zu einer mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit führen müsse (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 4.3). Diese Argumentation lässt ausser Betracht, dass beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel überschneiden, sodass jedenfalls eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen

und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade nicht zulässig ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 30. Juni 2006, I 904/05, E. 3.4).

4.5.2 Die mit dem Verweis auf die Eingabe seines früheren Rechtsvertreters an den weiteren MEDAS-Teilgutachten geübte Kritik des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 4.2 i.V.m. act. II 173) verfängt nicht. Der Gutachter Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, begründete nachvollziehbar, weshalb er der Interpretation von Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der anhand früherer Untersuchungen im Jahr 2005 noch eine schwere Segmentalteration auf Höhe L5/S1 angenommen hatte (act. IIA 34/11), nicht folgte (act. II 170.1/20 f. Ziff. 4.2.8). Der Gutachter berücksichtigte die klaren Hinweise für eine Schmerzausweitung und konnte sich einerseits auf neuere bildgebende Befunde (CT vom 24. September 2010) stützen und andererseits die Erkenntnisse aus der Exploration durch Dr. med. C._____ (act. IIA 48/10 Ziff. IV) einbeziehen. Dr. med. H._____ ging bezüglich der lumbalen Beschwerden von bloss mässigen mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen aus. Zwar ergaben sich Zeichen einer diffusen idiopathischen skeletalen Hyperostose (DISH; act. II 170.1/19 Ziff. 4.2.3 lit. a), jedoch ohne klaren Hinweise für eine Neurokompression, womit die Schlussfolgerung überzeugt, dass es bei angepassten Tätigkeiten kaum zu einer wesentlichen Schmerzprovokation kommen sollte (act. II 170.1/20 Ziff. 4.2.5). Er legte überdies dar, dass auch den Einschätzungen im Bericht des Spitals J._____ vom 21. November 2008 (act. IIA 87/5) aufgrund der aktuellen Befunde sowie den deutlichen Hinweisen für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte nicht gefolgt werden könne (act. II 170.1/21 Ziff. 4.2.8).

4.5.3 Dass – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 4.2 i.V.m. act. II 173/3 Ziff. 3) – allein aufgrund der Ergebnisse aus der neuropsychologischen Untersuchung eine invalidisierende Einschränkung nicht als erwiesen gelten kann, versteht sich von selbst. Zum einen wird der Begriff der rentenanspruchs begründenden Invalidität auch von erwerblichen Faktoren bestimmt (vgl. Art. 16 ATSG) und zum

anderen kommt neuropsychologischen Feststellungen alleine noch kein genügender Beweiswert zu (vgl. UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.). Im Übrigen hat sich Dr. med. F._____ eingehend mit den diesbezüglichen Vorbringen des vormaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers auseinandergesetzt (act. II 175/3), auf diese zutreffenden Überlegungen kann verwiesen werden.

4.5.4 Der Beschwerdeführer erachtet die Einschätzung des MEDAS-Gutachters Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der aus Sicht seiner Fachdisziplin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte, als unhaltbar (Beschwerde S. 3 f. Ziff. II Ziff. 4.1). Er beanstandet, die festgestellte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sei zu Unrecht den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 170.1/14 Ziff. 4.1.3 lit. b, 170.1/33 Ziff. 5.2 Ziff. 1) zugeordnet bzw. es seien fälschlicherweise keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt worden.

Der Umstand, dass Dr. med. K._____ dieselbe Diagnose stellte wie schon der Vorgutachter Dr. med. D._____, lässt nicht darauf schliessen, der erstere habe diese bloss vom letzteren übernommen (Beschwerde S. 3 Ziff. II Ziff. 4.1). Der MEDAS-Gutachter stützte sich auf die erhobenen psychiatrischen Befunde, setzte sich eingehend mit der vom Hausarzt im Jahr 2009 im Sinne einer Verdachtsdiagnose in Betracht gezogenen beginnenden Hirnleistungsinsuffizienz (act. IIA 91/1 lit. A Lemma 5) auseinander und schloss diese mangels einer ausgewiesenen hirnorganischen Ursache aus (act. II 170.1/16 Ziff. 4.1.8). Er zeigte zudem auf, dass die seitens von Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Jahr 2007 (act. IIA 73/2) festgestellten Konzentrationsstörungen sich nicht objektivieren liessen bzw. die diagnostizierte depressive Symptomatik nicht bestätigt werden konnte (act. II 170.1/16 Ziff. 4.1.8). Die depressiven Symptome erachtete Dr. med. K._____ als gegenwärtig nicht genügend ausgeprägt, um zusätzlich eine depressive Störung (bzw. Episode) zu diagnostizieren, wobei er sich an den klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitli-

nien, 9. Aufl. 2014, S. 169 ff.) orientierte. So berücksichtigte er, dass deutliche Konzentrationsstörungen, eine Appetitverminderung oder eine deutliche Selbstwertproblematik mit Schuldgefühlen fehlten und keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattfand (act. II 170.1/14 Ziff. 4.1.4).

4.5.5 Der Beschwerdeführer ortet einen weiteren Abklärungsbedarf (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 4.1), darin, dass Dr. med. K. _____ die Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit anhand der sog. Foerster-Kriterien prüfte (act. II 170.1/15 Ziff. 4.1.5), sich mithin auf die vom Bundesgericht mit BGE 141 V 281 mittlerweile aufgegebene Überwindbarkeitsvermutung (vgl. E. 3.3.2 hiervor) bezog. Indes verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert und ist – wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. 5 hiernach) – im MEDAS-Gutachten auch in intertemporalrechtlicher Hinsicht eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren zu erblicken (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309), weshalb sich weitere medizinische Abklärungen betreffend den Zeitraum bis zur Begutachtung im August 2013 erübrigen (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

Im MEDAS-Gutachten wurde die polydisziplinär festgestellte Arbeitsfähigkeit «sicher» ab der Exploration im August 2013 als gültig erklärt (act. II 170.1/35), daraus lässt sich jedoch nicht folgern, für die Zeit zwischen der Neuanmeldung (act. IIA 86) im März 2009 und diesem Datum sei keine gutachterliche Arbeitsfähigkeit attestiert worden (Beschwerde S. 3 Ziff. II Ziff. 3). Die MEDAS-Experten gingen offensichtlich davon aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit gemäss Gutachten von Dr. med. C. _____ bestanden habe, diese sich im Verlauf aufgrund der etwas verstärkten degenerativen Veränderungen aber leicht erhöht habe und zudem die Augenerkrankung hinzugetreten sei, wobei sie den Beginn der ophthalmologischen Beeinträchtigung nicht genau festlegen konnten (act. II 170.1/34 Ziff. 6.3). Sie machten damit klar, dass der Beschwerdeführer vor der Begutachtung jedenfalls nicht höhergradig in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt war als im Zeitpunkt der Begutachtung im August 2013. Indem die Beschwerdegegnerin auch für die frühere Zeit auf die gutachterlich attes-

tierte Restarbeitsfähigkeit von 70 % abstellte, wirkt sich dies somit zugunsten des Beschwerdeführers aus.

Weil aber auch die Sachverhaltsentwicklung bis zur angefochtenen Verfügung (act. II 195) massgebend ist (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), und sich aus der Aktenlage Hinweise auf eine seither eingetretene relevante Veränderung des Gesundheitszustandes entnehmen lassen, bietet das MEDAS-Gutachten betreffend den Zeitraum ab der Begutachtung im August 2013 bis zur Verfügung im Oktober 2015 keine hinreichend aktuelle Entscheidungsgrundlage. So war der Beschwerdeführer auf Zuweisung des nunmehr behandelnden Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. November bis 5. Dezember 2014 in der Klinik N. _____ hospitalisiert (act. II 196/9-12) und der dort erhobene Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung wurde am 14. Oktober 2015 verhaltensneurologisch-neuropsychologisch abgeklärt (act. II 196/7 f.). Dr. med. O. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, und Dr. phil. P. _____, Neuropsychologin, stellten dabei teilweise schwere Defizite fest und konnten eine beginnende neurodegenerative Entwicklung nicht ausschliessen. Dr. med. M. _____ berichtete kurz nach der angefochtenen Verfügung (act. II 195) am 8. November 2011 (act. II 196/4-6; Akten des Beschwerdeführers [act. I], 3) schliesslich über einen verschlechterten Gesundheitszustand und diagnostizierte nebst einer depressiven Episode mittleren Grades (ICD-10: F32.1) unter anderem eine dementielle Entwicklung. Er erklärte, das klinische Bild habe sich gewandelt, der Akzent habe sich nun auf die dementielle Entwicklung verschoben, die habe objektiviert werden können. Ein MRI sei kürzlich angefertigt worden und noch ausstehend. Eine Heilbehandlung sei nicht möglich und die Prognose in Bezug auf die Wiederherstellung infaust.

4.6 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Sachverhalts bis zur Begutachtung vom August 2013 zulässigerweise auf das grundsätzlich beweiskräftige MEDAS-Gutachten (act. II 170.1) stützte, der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt sich in Bezug auf den seitherigen Zeitraum hingegen als nicht hinreichend abgeklärt präsentiert.

Bei dieser Ausgangslage ist die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) den diesbezüglichen medizinischen Verlauf – vorzugsweise durch eine ergänzende Begutachtung in der bisherigen MEDAS – weiter abklärt. Der Rückweisung steht die bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 S. 263 ff.) nicht entgegen, da die Beschwerdegegnerin diesen Sachverhalt bisher nicht durch eigene Erhebungen geprüft hat bzw. bloss eine Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist. Hernach wird sie in Anbetracht der nachfolgenden Erwägungen und mit Blick auf Art. 88a Abs. 2 IVV über den Rentenanspruch ab Dezember 2013 neu zu befinden haben.

Was den Rentenanspruch bis November 2013 anbelangt, kann auf die Erkenntnisse der MEDAS-Expertise (act. II 170.1) abgestellt werden. Unbe-
sehen einer allfälligen (noch abzuklärenden) weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist, insbesondere aufgrund der im Vergleich zur früheren Begutachtung durch Dr. med. C. _____ verstärkten degenerativen Situation und den hinzugetretenen ophthalmologischen Beeinträchtigungen (act. II 170.1/34 Ziff. 6.3), ein Revisionsgrund ausgewiesen. Folglich ist der Rentenanspruch ohne Bindung an die frühere Invaliditätsschätzung zu prüfen (vgl. E. 4.1 hiervor). Soweit sich die psychosomatischen Beschwerden in Anwendung des neuen Prüfungsrasters als nicht invalidisierend erweisen, wären dabei alleine die erwerblichen Auswirkungen der attestierten 70%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend.

5.

5.1 Vorab nachzugehen ist der Frage, ob die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Diesbezüglich ist augenfällig, dass sich im Rahmen der Exploration deutliche Inkonsistenzen bzw. massive Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen und den objektivierbaren Befunden ergaben (act. II 170.1/20 Ziff. 4.2.4, 170.1/21 Ziff. 4.2.9). Die neuropsychologische Untersuchung war geprägt von Verdeutlichungstendenzen (act. II 170.1/26

Ziff. 4.4.3, 170.1/34 Ziff. 6.2), der Beschwerdeführer kooperierte schlecht und es ergaben sich inkonstante und zum Teil widersprüchliche Resultate (act. II 170.1/26 Ziff. 4.4.5). Die Motivation des Beschwerdeführers war nicht wirklich gegeben und er legte beispielsweise im Rahmen des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests sehr auffällige falsche Figuren (act. II 170.1/25 f. Ziff. 4.4.2.1). Auch der orthopädische Gutachter ging von einer offensichtlich fehlenden Motivation aus (act. II 170.1/20 Ziff. 4.2.7) und erklärte, bei der Untersuchung der Wirbelsäule demonstrierte der Explorand thorakolumbal unter Gegenspannung eine weitgehend aufgehobene Beweglichkeit und die initial gleichfalls massiv eingeschränkte Kopffrotation könne unter Ablenkung keinesfalls bestätigt werden. Die bei der Prüfung der Hüft- und Kniegelenke in Rückenlage aufgebaute Gegenspannung samt diffuser Schmerzangabe könne bei Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen keinesfalls reproduziert werden. Vier von fünf Waddell-Zeichen waren positiv (act. II 170.1/19 Ziff. 4.2.4), was für eine nichtorganische Pathologie bzw. ein abnormes Schmerzverhalten spricht (vgl. WIDDER/GAIDZIK [Hrsg.], Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl. 2011, S. 80; VILLIGER/SEITZ [Hrsg.], Rheumatologie in Kürze, 2. Aufl. 2006, S. 166). Der Beschwerdeführer gab an, er könne auch eine körperlich leichte Tätigkeit nicht verrichten, da er selbst beim Heben und Ansehen eines kleinen Gegenstandes nach kürzester Zeit nicht mehr wisse, wo er sei (act. II 170.1/17 Ziff. 4.2.1). Praktisch an der gesamten Körperoberfläche klagte er über eine völlig diffuse Druckdolenz (act. II 170.1/17 Ziff. 4.2.1). Anlässlich des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs konnte er trotz angegebener Schmerzen eine Dreiviertelstunde sitzenbleiben (act. II 170.1/13 Ziff. 4.1.2, 170.1/15 Ziff. 4.1.7). Auch während der orthopädischen Untersuchung konnte er über einer halben Stunde ruhig und ohne Einnahme einer Schonhaltung sitzen und er wurde zudem beobachtet, wie er in flüssigem, zügigem Wechselschritt treppab ging (act. II 170.1/17 Ziff. 4.2.2.1). Hinzu kommt, dass er seit den Konsultationen bei Dr. med. L. _____ im Jahr 2007 (act. IIA 73/2) jedenfalls bis zur MEDAS-Begutachtung im August 2013 keine psychiatrische Therapie mehr in Anspruch genommen hatte (act. II 170.1/15 f. Ziff. 4.1.7 und 4.1.8). Ob sich angesichts dieser Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet, kann hier letztlich offen bleiben, sprechen die

Standardindikatoren doch ohnehin gegen eine funktionelle Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung (vgl. E. 5.2 ff. hiernach).

5.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

5.2.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.2.1.1 Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.), wies der psychiatrische Gutachter auf psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren hin (act. II 170.1/14 Ziff. 4.1.4), eine akute Beschwerdewahrnehmung konnte er jedoch nicht feststellen und die Mimik sowie Gestik waren normal ausgeprägt (act. II 170.1/14 Ziff. 4.1.2). Ein schweres psychiatrisches Krankheitsgeschehen bestand nicht und die diagnoserelevanten Befunde und Symptome (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., 9. Aufl. 2014, S. 233 f.) waren jedenfalls nicht erheblich ausgeprägt. Des Weiteren sind hier auch die vorerwähnten (vgl. E. 5.1 hiervor) deutlichen Inkonsistenzen in Bezug auf die Beschwerdeangaben und die objektiven Befunde zu berücksichtigen. Selbst wenn diese die rechtserhebliche Gesundheitsschädigung nicht a priori ausschliessen sollten, stellen sie doch ein gewichtiges Indiz gegen eine starke Auswirkung der medizinisch festgestellten Diagnose dar.

5.2.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer lediglich im Jahr 2007 kurz in Behandlung bei Dr. med. L. _____ stand (act. IIA 73/2). Seither wurden bis zur MEDAS-Begutachtung im August 2013 keine diesbezügliche Therapie mehr aufgenommen und Dr. med. K. _____ empfahl eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung lediglich für den Fall, dass es im weiteren Verlauf zu einer Verschlechterung der Depression mit einer manifesten depressiven Episode kommen sollte (act. II 170.1/16 Ziff. 4.1.9). Bei dieser Ausgangslage kann selbstredend nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Mit anderen Worten verbietet sich mangels

durchgeführter Therapie die Annahme einer Behandlungsresistenz. Auch dieser Indikator spricht gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

5.2.1.3 Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Das Bestehen einer relevanten psychiatrischen Begleiterkrankung verneinten die MEDAS-Gutachter (act. II 170.1/15 Ziff. 4.1.5) und die physische Komorbidität ist angesichts der höchstens 30%igen somatischen Einschränkung (act. II 170.1/33 f. Ziff. 6.2) zu relativieren.

5.2.2 Vom Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist nur dort Gebrauch zu machen, wo er sich eignet, zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beizutragen. Dies ist hier nicht der Fall, zumal anlässlich der MEDAS-Begutachtung keine Symptome einer Persönlichkeitsstörung oder Wesensveränderung beschrieben wurden und auch keine Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung oder Impulskontrollstörungen bestanden (act. II 170.1/14 Ziff. 4.1.2)

5.2.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht klar gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch bedeutende Ressourcen bereit. So hat der Beschwerdeführer «gute Kinder» und ist Grossvater; er pflegt gute Kontakte in der Familie, führt eine intakte Ehe, hilft in der Küche, erledigt kleinere Einkäufe, trifft sich mit seinem Schwager sowie den Kindern und wurde von einem Kollegen bzw. von seiner Tochter zur MEDAS-Untersuchung gefahren (act. II 170.1/12 Ziff. 4.1.1.2, 170.1/13 Ziff. 4.1.1, 170.1/17 Ziff. 4.2.1, 170.1/22 Ziff. 4.2.1).

5.3 Unter der Kategorie «Konsistenz» sind verhaltensbezogene Aspekte zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

5.3.1 Das Niveau sozialer Aktivität ist nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens im Vergleich zu vorher zwar reduziert, gab der

Beschwerdeführer doch zumindest an, er habe früher viele Kollegen gehabt (act. II 170.1/13 Ziff. 4.1.1.2). Es ergeben sich aber nicht in *allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus* (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Der Beschwerdeführer beschäftigt sich mit Spaziergängen mit seinem Hund (act. II 170.1/13 Ziff. 4.1.1.2), wobei er mit ihm drei- bis viermal täglich um das Haus geht (act. II 170.1/17 Ziff. 4.2.1). Es ist ihm immer noch möglich, sich mit seinem Schwager und den Kindern zu treffen, in seine Heimat zu reisen und selbst ein Auto zu lenken (act. II 170.1/13 Ziff. 4.1.1.2, 170.1/17 Ziff. 4.2.1). Dieses verbleibende Aktivitätsniveau ist im Zusammenhang mit der geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diese nach der Selbsteinschätzung vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit (act. II 170.1/15 Ziff. 4.1.7) kontrastiert mit den erhaltenen Sozialkontakten, den Familienaktivitäten sowie dem Freizeitverhalten, was die Überwindbarkeit des psychosomatischen Leidens indiziert.

5.3.2 Was den Indikator der *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), spricht die bis zur MEDAS-Begutachtung nur kurze psychiatrische Behandlung bei Dr. med. L. _____ im Jahr 2007 (act. IIA 73/2) gegen einen erheblichen Leidensdruck (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Juni 2015, 8C_283/2015, E. 4.2.2).

5.4 Gesamthaft erscheinen die funktionellen Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anhand der Standardindikatoren nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als nicht ausgewiesen. Dieses Ergebnis stimmt insoweit mit der Beurteilung von Dr. med. K. _____ überein, dass die entsprechende Diagnose bereits aus medizinischer Sicht zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt (act. II 170.1/15 Ziff. 4.1.5). Auszugehen ist folglich von der somatisch bedingten Restarbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 70 % (act. II 170.1/36 Ziff. 6.8). Auf dieser medizinischen Basis gilt es nachfolgend die erwerblichen Auswirkungen zu bestimmen.

6.

6.1 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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

6.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

6.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

6.2

6.2.1 Der ungelernte Beschwerdeführer war als ... selbständig erwerbend und betrieb bis zur Geschäftsaufgabe Ende Dezember 2003 (act. IIA 24/1 f. Ziff. 1 und Ziff. 3) ein immer noch im Handelsregister unter der Firma «Q. _____ » figurierendes Einzelunternehmen (vgl. SHAB Nr. ... vom ...). Während die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen im Rahmen der ersten Verfügung vom 19. Juli 2005 (act. IIA 26) noch anhand der Durchschnittseinkommen aus den Geschäftsjahren 1999 bis 2001 ermittelt hatte (act. IIA 24/3 f. Ziff. 5 f.), stellte sie sowohl in der rechtskräftigen Verfügung vom 9. April 2008 (act. IIA 78) als auch in der angefochtenen Verfü-

gung vom 23. Oktober 2015 (act. II 195) auf die Werte der LSE ab. Im VGE IV 65986 (act. IIA 37) erwog das Verwaltungsgericht, das Abstellen auf die Durchschnittseinkommen der Jahre 1999 bis 2001 sei im Ergebnis nicht zuungunsten des Beschwerdeführers, denn einerseits gehörten die Einkommen in jenen Jahren zu den besten und andererseits könne nicht auf die absoluten Spitzenwerte in den Jahren 1993 und 1994 abgestellt werden (VGE IV 65986, E. 4.1). Im VGE IV 69395 (act. IIA 83) wurde das Berechnen des Valideneinkommens basierend auf Tabellenlöhnen kritisiert und erwogen, der Beschwerdeführer habe in der selbst gewählten fast 20jährigen beruflichen Selbständigkeit gemäss den Auszügen aus dem Individuellen Konto (IK-Auszügen) weniger verdient als er möglicherweise als Angestellter hätte verdienen können. Er habe aus freien Stücken auf eine besser bezahlte Tätigkeit als Arbeitnehmer verzichtet, weshalb das Valideneinkommen anhand des im Jahr 2001 (vor der Verschärfung der gesundheitlichen Situation) erzielten Einkommens von Fr. 40'600.-- zu berechnen sei (VGE IV 69395, E. 7.1).

Unter der Prämisse, dass der Beschwerdeführer das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) im Zeitpunkt der Neuanmeldung vom März 2009 (act. IIA 86) bestanden hatte, liegt der für die Invaliditätsbemessung massgebende frühestmögliche Rentenbeginn (vgl. E. 6.1.1 hiervor) unter Berücksichtigung der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG im Jahr 2009. Ob der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt im hypothetischen Gesundheitsfall immer noch als selbständig erwerbender ... tätig gewesen wäre, oder das Geschäft allenfalls aus invaliditätsfremden (konjunkturellen oder betrieblichen) Gründen aufgegeben hätte, braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden. Denn selbst wenn das Valideneinkommen zugunsten des Beschwerdeführers anhand der höheren Werte der LSE berechnet wird, ändert sich im Ergebnis nichts. Auszugehen wäre dabei entgegen der Berechnung in der angefochtenen Verfügung (act. II 195) nicht von den Werten im Jahr 2015, sondern von jenen im Jahr 2009. Weil aber unbestrittenmassen sowohl für das Validen- wie auch das Invalideneinkommen auf die Totalwerte im Anforderungsniveau 4 (seit LSE 2012: Kompetenzniveau 1) anzustellen ist, mithin beide Vergleichseinkommen anhand des gleichen Tabellenlohns berechnet werden, erübrigt sich deren betragsmässige Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsun-

fähigkeit bzw. Leistungseinschränkung unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheid des BGer vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4).

6.2.2 Die Beschwerdegegnerin liess einen Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen von 10 % zu (act. II 195/1). Weil sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne ermittelt wurden, müssen die invaliditätsfremden Gesichtspunkte (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) ausser Betracht fallen, da sie bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Nach der beweiskräftigen MEDAS-Beurteilung ist dem Beschwerdeführer zudem eine ganztägige Präsenz zumutbar und (bei vermehrtem Pausenbedarf) lediglich die Leistungsfähigkeit reduziert (act. II 170.1/6.2). Bei einer derartigen Konstellation ist rechtsprechungsgemäss auch kein Abzug wegen Teilzeitarbeit vorzunehmen (vgl. Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_7/2015, E. 5.2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130 E. 9.2). Aufgrund des mit Blick auf das Zumutbarkeitsprofil noch eingeschränkten Tätigkeitsspektrums erscheint der von der Verwaltung gewährte Abzug von 10 % als wohlwollend und es besteht kein Anlass in deren Ermessen einzugreifen. Aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 9. August 2011 (act. II 134) noch einen höheren Abzug von 20 % zugelassen hat, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten (Beschwerde S. 6 Ziff. II Ziff. 4.4). Diese Verfügung sowie der VGE IV/2011/846 (act. II 140) basierten noch auf einer anderen medizinischen Grundlage und wurden durch BGer 8C_675/2012 (act. II 150) wieder aufgehoben.

6.3 Damit resultiert für den Zeitraum bis zur MEDAS-Begutachtung im August 2013 bzw. bis und mit November 2013 (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) ein rentenausschliessender (vgl. E. 3.4 hiervoor) Invaliditätsgrad von 37 % ($\{1 \text{ ./. } \{70 \% \text{ ./. } 10 \%\} / 1 \times 100\}$). Insoweit ist die angefochtene Verfügung vom 23. Oktober 2015 (act. II 195) nicht zu beanstanden und erweist sich die Beschwerde als unbegründet. Betreffend die Zeit danach ist der medizinische Sachverhalt durch die Verwaltung weiter abzuklären und hernach über den Rentenanspruch ab Dezember 2013 neu zu befinden (vgl. E. 4.6 hiervoor). In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

7.

7.1 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 werden gerichtlich auf Fr. 800.-- bestimmt. Bei diesem Ausgang rechtfertigt es sich, von einem je hälftigen Obsiegen der Parteien auszugehen, womit sie je Fr. 400.-- zu tragen haben. Dem Beschwerdeführer wird die Differenz zum geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.--, ausmachend Fr. 400.--, nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

7.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). In der Kostennote vom 28. Januar 2016 hat Rechtsanwältin B._____ ein Honorar von Fr. 2'624.60 sowie Auslagen von Fr. 137.70 und die Mehrwertsteuer von Fr. 221.-- geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Ausgehend vom hälftigen Obsiegen wird der Parteikostenersatz somit auf Fr. 1'491.65 (Fr. 2'983.30 / 2) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 23. Oktober 2015, soweit den Rentenanspruch ab Dezember 2013 betreffend, aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch ab Dezember 2013 neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden im Umfang von Fr. 400.-- dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und in dieser Höhe dem Kostenvorschuss entnommen. Die Restanz des Kostenvorschusses von Fr. 400.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet. Der Beschwerdegegnerin werden Verfahrenskosten im Umfang von Fr. 400.-- zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'491.65 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. 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.