

200 15 251 IV  
ACT/SHE/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Juli 2015**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Februar 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. März 2008 unter Hinweis auf ein psychisches Leiden und ein Schmerzsyndrom bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese führte erwerbliche und medizinische Abklärungen durch, insbesondere liess sie den Versicherten durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersuchen (AB 30). Gestützt auf dessen Gutachten vom 16. April 2009 stellte die IVB mit Vorbescheid vom 13. Mai 2009 (AB 31) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte opponierte (AB 33). Mit Verfügung vom 16. Juni 2009 (AB 35) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt. Die Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Am 19. Januar 2011 (AB 41) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, sowie eine Somatisierungsstörung erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach Einholen eines Berichts bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. April 2011 (AB 52) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 29. April 2011 (AB 53) in Aussicht, auf das Begehren nicht einzutreten, wogegen der Versicherte, durch D.\_\_\_\_\_ vertreten, Einwände erheben liess (AB 54). Nach Einholen eines weiteren Berichts bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2011 (AB 56) entschied die IVB mit Verfügung vom 25. Oktober 2011 (AB 57) wie im Vorbescheid angekündigt. Dagegen liess der Versicherte, nun vertreten durch Fürsprecher E.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 25. November 2011 (AB 61) Beschwerde erheben. Nachdem er mit Eingabe vom 27. August 2012 die Beschwerde hatte zurückziehen lassen, wurde das Beschwerdeverfahren mit Urteil vom 29. August 2012 IV/2011/1130 (AB 74) vom Protokoll des Verwaltungsgerichts als erledigt abgeschrieben.

**C.**

Mit Schreiben vom 8. September 2013 (AB 76) reichte der vom Versicherten bevollmächtigte (AB 78) und ihn behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ein neues Leistungsgesuch ein. Die IVB veranlasste wiederum medizinische Abklärungen, insbesondere liess sie den Versicherten durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ bidisziplinär untersuchen. Gestützt auf deren Gutachten vom 7. Juli 2014 (AB 100.1 und 101.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 3. September 2014 (AB 102) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte Einwände erhob (AB 106). Nach Einholen eines Berichts bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2014 (AB 110) entschied die IVB mit Verfügung vom 2. Februar 2015 (AB 112) wie im Vorbescheid angekündigt.

**D.**

Mit Eingabe vom 3. März 2015 erhob der Versicherte hiergegen Beschwerde.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 4. Mai 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. Februar 2015 (AB 112). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

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

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

**2.2** 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).

**2.3** 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 über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [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).

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

### **3.**

**3.1** Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom September resp. November 2013 (AB 78 i.V.m. 76) eingetreten ist. Somit ist die Eintretensfrage nicht richterlich zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der leistungsablehnenden Verfügung vom 16. Juni 2009 (AB 35) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2015 (AB 112) entwickelt hat. Das Neuanmeldungsverfahren 2011 (AB 41), welches mit einem Nichteintretensentscheid endete (AB 57 und 74), ist in dieser Hinsicht unbeachtlich (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

**3.2** Der Verfügung vom 16. Juni 2009 (AB 35) lag im Wesentlichen das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 16. April 2009 (AB 30) zu Grunde. Dieser diagnostizierte eine Dysthymia (ICD-10 F34.1; S. 8 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer leide unter Rücken- und Kopfschmerzen (lit. B). Weiter berichte er über Schlafstörungen sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten (S. 9). Die Schmerzsymptomatik sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht als überwindbar einzustufen. Hier lägen die Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung nicht vor und diese seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die Zeit ab Schmerzbeginn bis heute zu verneinen (S. 8 f.). Auch seien die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt. Stattdessen sei eine Dysthymia zu diagnostizieren, welche jedoch aus versicherungsmedizinischer Sicht zu keiner Minderung der Arbeitsfähigkeit führe. Deutlich im Vordergrund stünden invaliditätsfremde Kriterien (S. 10 f.). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien

keine relevanten dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen zu objektivieren (S. 13 Ziff. 1) und der Beschwerdeführer sei in unterschiedlichen Arbeitsbereichen voll arbeitsfähig (Ziff. 2). Aktuell bestünden keine objektiven Beeinträchtigungen von anhaltender Dauer (Ziff. 3) und keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 6). Die bisherige Tätigkeit sei ganztags zumutbar (S. 13 Ziff. 4). Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (S. 14 Ziff. 5); mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe seit der Einreise in die Schweiz keine Minderung der Arbeitsfähigkeit über 20% bestanden. Die dokumentierten Arbeitsunfähigkeiten seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar (Ziff. 6). Psychiatrisch-psychotherapeutisch beständen keine besonderen Anforderungen an den Arbeitsplatz (S. 15 Ziff. 12).

**3.3** Der nun angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2015 (AB 112) lagen im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte und Gutachten zu Grunde:

**3.3.1** Gemäss dem Bericht von Chiropraktor Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2013 (AB 76/2) sehe dieser den Beschwerdeführer seit anderthalb Jahren wegen rezidivierender Beschwerden entlang der ganzen Wirbelsäule. Seinerseits zeige er ganz klar somatische wie psychische Probleme. Die somatischen Probleme würden ganz „definitiv übertönt durch die Psyche“. Es gelinge Dr. H. \_\_\_\_\_ manchmal, durch mehr oder weniger regelmässige Behandlungen den Beschwerdeführer einigermaßen „im Griff zu halten“. Dieser habe immer wieder Beschwerden. Auch wenn die Erfolge kurzzeitig seien, würden sie ihm helfen, sein „eher schlechtes“ Leben etwas besser zu sehen.

**3.3.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 8. September 2013 (AB 76) eine chronifizierte schizoaffektive Störung sowie eine Migräne. Er betreue den Beschwerdeführer seit 2006. Sowohl regelmässige ambulante Psychotherapie mit Psychopharmakotherapie als auch die somatische Betreuung durch den Hausarzt und Chiropraktor hätten bis heute keine Stabilisation des Zustandes gebracht. Die psychische Situation habe sich sogar verschlechtert. Sozial sei er total isoliert und zeige weder Lust noch Interesse für seine Umgebung.

**3.3.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 9. Februar 2014 (AB 91/2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte schizoaffektive Störung sowie chronische muskuläre Schmerzen im Bereich des Achsenskeletts. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er u.a. die Diagnose einer Migräne ohne Aura (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer klagt seit Jahren über Kopfschmerzen und Migräneattacken. Seit ca. 2003 leide er auch an einem psychischen Leiden (chronifizierte schizoaffektive Störung). Nach dessen Auftreten sei eine Arbeit nicht mehr möglich gewesen. In den letzten Jahren seien auch zunehmende Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates aufgetreten. Er klagt über dauernde Schmerzen lumbal und auch zervikal sowie Schmerzen in den Knien, den Händen und Zehen. Bei der langen Dauer der psychischen Erkrankung unter ständiger Therapie sei kaum mit einer wesentlichen Besserung zu rechnen. Auch die körperlichen Symptome, chronische muskulär bedingte Schmerzen im Achsenskelett, am stärksten lumbal, dann aber auch zervikal, seien schwierig zu beeinflussen. Eine intensive aktive Therapie, die sich der Beschwerdeführer mit seiner psychischen Erkrankung nicht leisten könne, wäre hier nötig, um die Situation zu verbessern. Rein passive Therapiemassnahmen könnten die Schmerzen etwas lindern, brächten aber keine langfristige Besserung (S. 2 Ziff. 1.4). Die schizoaffektive Psychose sei vorwiegend bestimmend für die andauernde Arbeitsunfähigkeit, wozu jedoch der behandelnde Psychiater Stellung nehmen müsse. Die zunehmenden muskuloskelettalen Beschwerden seien bisher radiologisch nicht abgeklärt worden, wesentliche degenerative Veränderungen schienen nicht vorzuliegen. Die gesamte Muskulatur sei aber massiv verspannt. Der Beschwerdeführer sei auf Dauer zu 100% arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.7). Es seien ihm rein sitzende, stehende oder wechselbelastende Tätigkeiten sowie solche, bei denen er Treppen steigen müsse, zumutbar; demgegenüber seien vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten sowie solche, die mit Bücken, Überkopf-Arbeiten, Kauern, Knien, Rotation im Sitzen/Stehen, Heben/Tragen oder auf Leitern/Gerüste steigen verbunden seien, nicht zumutbar. Das Auffassungsvermögen sowie die Fahrtauglichkeit seien uneingeschränkt; durch das psychische Leiden seien das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit eingeschränkt. Diese Angaben gälten seit ca. 2004 (S. 5).

**3.3.4** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 7. Juli 2014 (AB 100.1) keine Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er neben einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und Dysthymia sowie einem chronischen generalisierten Schmerzsyndrom im Wesentlichen ein Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten sowie eine diffuse idiopatische skelettale Hyperostose in Status nascendi (S. 7 f. Ziff. III.). In der klinischen Untersuchung hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, Bewegungsschmerzen aller axialen und peripheren Gelenke, diffuse Druckschmerzen, nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen des linken Armes und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert (S. 8 Ziff. IV). Insgesamt beurteilte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektiven somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren. Es werde Aufgabe des im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung mitbegutachtenden Psychiaters sein, diesbezüglich Stellung zu beziehen (S. 13). Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Auch für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden (S. 15).

**3.3.5** Dr. med. B.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 7. Juli 2014 (AB 101.1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) mit einem aktuell psychomotorisch auffälligen Syndrom bei Dysthymia (ICD-10 F34.1; S. 15 Ziff. 4.4). Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung würden vorliegend weit überwiegend erfüllt. Die Ausprägung der somatoformen Schmerzstörung sei hier jedoch im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen. Eine relevante ( $\geq 20\%$  von 100%) Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründbar (S. 21).

Der Beschwerdeführer und die Vorakten würden auch depressive Symptome postulieren. Es bestehe aktuell aber eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden. Die vorliegenden Berichte würden depressive Verstimmungen als Folge des chronischen Schmerzsyndroms und psychosozialer Belastungen dokumentieren. Die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode seien aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollziehbar erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Es bestünden objektiv keine der Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde Episode gemäss ICD-10 F32 (oder auch F33) zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (S. 21 f.). Weiterhin sei die Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu stellen. Eine relevante ( $\geq 20\%$  von 100%) Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ebenfalls nicht begründbar (S. 22). Beim Verlauf der Störung seien auch eine Verdeutlichungstendenz und vielfältige psychosoziale Faktoren zu benennen: bspw. Herkunft, Migration, fehlender Berufsabschluss, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Lebensalter, Krankheit der Ehefrau, eheliche Konflikte, finanzielle Sorgen/Schulden. Diese Gesichtspunkte würden vor allem therapeutische Relevanz besitzen und würden nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht miteingehen (S. 22 f.).

Zusammenfassend würden die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), die Dysthymia (ICD-10 F34.1) und die damit verbundenen Defizite aus rein medizinischer (psychiatrisch-psychotherapeutischer) Sicht jeweils alleine oder in Kombination keine relevante ( $\geq 20\%$  von 100%) längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen. Es seien auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Im Gegenteil könnten aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers zum sozial üblichen Umgang mit psychotropen Substanzen wie Tabak, Alkohol und Drogen zumindest angemessene innerseelische Ressourcen angenommen werden. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem rein subjektiven Defizite

sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen. Hingegen seien vielfältige psychosoziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen würden. Sie würden auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare grosse Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit erklären. Eine wesentliche Veränderung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei somit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht im Vergleich zum Gutachten vom 16. April 2009 (AB 30) nicht zu begründen (S. 23 f.). Die bisherige Tätigkeit sei ganztags und ohne Einschränkungen zumutbar (S. 25 Ziff. 6.4 f.).

**3.3.6** Gemäss der interdisziplinären Einschätzung der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_\_ (AB 100.1), die sowohl die somatisch-rheumatologische als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die in der Schweiz bisher ausgeübten Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter des Beschwerdeführers, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation, auswirken (S. 15).

**3.3.7** Im Bericht vom 20. Oktober 2014 (AB 108) führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, die Diagnosen chronifizierte schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.1) sowie Migräne (ICD-10 G43) würden heute immer noch gelten. Während seiner ambulanten Behandlung habe er klinisch folgende Symptome feststellen können: Psychomotorisch sehr verlangsamt und unruhig, Antriebsverlust, Schlafstörungen besonders während Migräne-Attacken, Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle und Verringerung der üblichen Interessen. Die Stimmung sei sehr labil, d.h. während einer Gesprächssitzung könne er grundlos lachen, welchem ein Weinen folge. Der Beschwerdeführer könne nicht erklären, warum er so reagiere. Manchmal fixiere er seinen Blick starrend in die Ferne des Zimmers, ohne den behandelnden Psychiater zu hören und zu antworten. Auf Nachfragen hin könne er in letzter Zeit mitteilen, dass er Stimmen

höre. Die Stimmen gäben ihm Befehle, z.B. seine Frau zu töten, im Bett zu bleiben, dem Arzt nicht zu antworten (Halluzinationen). Er brauche regelmässige, jahrelang dauernde, integrative psychiatrische Unterstützung. Er komme jede zweite Woche zu einer Gesprächstherapie und erhalte Medikamente, dank derer er die genannten Symptome (sowohl depressive als auch schizophrene) im Moment unter Kontrolle habe. Er sei aus psychiatrischer Sicht 100% arbeitsunfähig. Man könne ihm keine Verantwortung im freien Markt übertragen. Die Prognose sei eher negativ. In den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 sei klar geschrieben, dass für die Annahme einer Depression mindestens zwei charakteristische depressive Symptome vorhanden sein müssten. Beim Beschwerdeführer würden deren fünf vorliegen.

**3.3.8** Gemäss dem Bericht des RAD-Arztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2014 (AB 110) führe Dr. med. F. \_\_\_\_\_ Symptome an, welche grösstenteils bereits in früheren Berichten angegeben worden seien und zum Zeitpunkt der (aktuellen) psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung bekannt gewesen seien. Aus psychiatrischer Sicht seien die Angaben von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar, wonach die depressiven und „schizophrenen“ Symptome „dank“ der Medikamente „im Moment unter Kontrolle“ seien und er andererseits festhalte, dass weiterhin zu 100% eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus dem Einwand des Beschwerdeführers (AB 106) sowie dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (AB 108) würden keine neuen relevanten Tatsachen hervorgehen (S. 2 f.).

**3.3.9** Wie dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2015 (AB 116/5) entnommen werden kann, habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. med. B. \_\_\_\_\_ am 17. Juni 2014 (AB 101.1 S. 2) enorm verschlechtert. Deswegen versuche er, ihn wöchentlich oder jede zweite Woche zu sehen. Trotz dieser engen Betreuung habe keine Stabilisierung erreicht werden können. Der Beschwerdeführer präsentiere immer noch auditive und visuelle Halluzinationen, weswegen er ein starkes Neuroleptikum erhalte. Für die Stimmungsschwankungen, Migräneattacken, innere Unruhe, Konzentrationschwierigkeiten, soziale Isolation, Lust- und Interessenverlust sowie Aggressionen bekomme er Medikamente verabreicht. Er benötige eine lang-

jährige regelmässige Psychotherapie. Man könne ihm im freien Markt keine Verantwortung geben. Seine Symptome (Halluzinationen, Migräne-Attacken und Konzentrationsschwierigkeiten) würden eine regelmässige Arbeit verhindern. Die Prognose sei leider negativ.

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung

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

### **3.5**

**3.5.1** Das Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 7. Juli 2014 (AB 100.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.4 hiavor). In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte, dass die Einschätzung des Gutachters nicht zutreffen sollte. In der Folge ist auf das Gutachten vollumfänglich abzustellen und es ist erstellt, dass kein somatischer Gesundheitsschaden besteht (AB 100.1 S. 15).

**3.5.2** In psychiatrischer Sicht erfüllt die Expertise von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 7. Juli 2014 (AB 101.1) ebenfalls die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.4 hiavor). Der Gutachter hat sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie seine Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf seine Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. In der Folge ist darauf abzustellen.

Daran vermögen die Berichte des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2014 (AB 108) und 25. Februar 2015 (AB 116/5) nichts zu ändern und enthalten - entgegen der Auffassung in der Beschwerde - kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ sprechen würde. Auch findet sich in den Berichten kein Element, welches der Experte nicht beachtet hätte, insbesondere erfolgt im Gutachten eine schlüssige und überzeugende Auseinandersetzung mit den von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erwähnten Halluzinationen (AB 108 S. 1 i.V.m. Ab 101.1 S. 11 und 17 f.), während die im Bericht vom 25. Februar 2015 erwähnte Verschlechterung seit der Begutachtung (AB 116/5) aufgrund der Ausführungen des behandelnden Psychiaters nicht erstellt ist. Weiter hat entgegen der Annahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2014 (AB 108 S.

2) die psychiatrische Exploration bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_ nicht nur eine halbe Stunde gedauert. Wie Dr. med. B.\_\_\_\_\_ gegenüber Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 9. Dezember 2014 (AB 111) telefonisch bestätigte, hat bereits die psychiatrische Exploration vom 17. Juni 2014 80 Minuten gedauert. Daneben haben die Einführung zur Beantwortung der Fragebögen zehn Minuten und die Beantwortung selber mit dem Dolmetscher 30 Minuten gedauert. Trotz Kritik von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2014 (AB 108) hat Dr. med. B.\_\_\_\_\_ im Gutachten nachvollziehbar und überzeugend begründet, dass beim Beschwerdeführer objektiv keines der erforderlichen Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegt, um eine langdauernde depressive Episode gemäss ICD-10 F32 (oder auch F33) zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (AB 101.1 S. 21 f.).

#### 4.

Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass gemäss den Gutachten der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ (AB 100.1) und B.\_\_\_\_\_ (AB 101.1) vom 7. Juli 2014 nicht erstellt ist, dass seit der Begutachtung 2009 (AB 30) bei gleichgebliebenen Befunden eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre. Aber sogar wenn eine solche zu bejahen wäre, so bestünde gemäss der neusten höchstrichterlichen Rechtsprechung (Entscheidung vom 3. Juni 2015, 9C\_492/2014, E. 2.2.2) von vornherein keine Grundlage für IV-Leistungen, denn es besteht vorliegend Klarheit darüber, dass Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsschädigung verbieten: Zwar wurde durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (AB 101.1 S. 15 Ziff. 4.4), jedoch ist der erforderliche Schweregrad nicht gegeben, zumal anlässlich der Begutachtung kein andauernder, schwerer und quälender Schmerz erkennbar war (S. 20 Ziff. 3; vgl. auch BGer 9C\_492/2014, E. 2.1.1). Zudem ist gemäss den Erhebungen im Gutachten vom 7. Juli 2014 (AB 101.1 S. 4 ff. Ziff. 1 und 2 sowie S. 23) das psychosoziale Umfeld weitgehend intakt (BGer 9C\_492/2014 E. 2.2.1). Die erneute Abweisung des Rentenbegehrens (AB 112) erweist sich damit im Ergebnis als korrekt, weshalb die Beschwerde als unbegründet abzuweisen ist.

## 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.