

200 15 857 IV
SCP/JAP/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Dezember 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. August 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 8. April 2006 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). Diese sprach ihm mit Verfügung vom 13. Dezember 2007 (act. II 33) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. April 2006 eine ganze Invalidenrente zu. Im Rahmen einer ordentlichen Rentenrevision ermittelte sie anhand eines Verlaufsgutachtens (act. II 43) einen Invaliditätsgrad von 20 % und hob die laufende Rente mit Verfügung vom 20. Mai 2009 (act. II 57) auf. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (act. II 61) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 12. Januar 2010, IV/2009/568 (act. II 69), ab.

B.

Auf eine Neuanmeldung vom 21. Juli 2011 (act. II 71) trat die IVB am 25. Oktober 2011 nicht ein (act. II 78). In Gutheissung einer dagegen erhobenen Beschwerde (act. II 91) wies das Verwaltungsgericht die Sache mit Urteil vom 28. Juni 2013, IV/2011/1135 (Akten der IVB [act. IIA] 134), an die IVB zurück, damit sie auf die Neuanmeldung eintrete und den Leistungsanspruch materiell prüfe. In der Folge verneinte die IVB basierend auf einer Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. IIA 152) einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 19. September 2014 (act. IIA 156). Diese Verfügung ersetzte sie nach Rücksprache mit dem RAD (act. IIA 163) durch eine im Ergebnis unveränderte vom 12. November 2014 (act. IIA 164). Diese Verfügung hob sie wiedererwägungsweise auf (act. IIA 168), ermittelte gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (act. IIA 183-187) einen Invaliditätsgrad von 0 % und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 192, 194) mit Verfügung vom 21. August 2015 (act. IIA 197) einen Rentenanspruch.

C.

Mit Eingabe vom 23. September 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; eventualiter sei ihm mindestens eine Viertelsrente auszurichten. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 das vorhandene Gutachten ergänzen lasse bzw. subsubeventualiter ein neues Gutachten einhole. Im Sinne eines Verfahrensanspruchs ersuchte er überdies um Durchführung einer partei- und publikumsöffentlicher Gerichtsverhandlung.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die gerichtlich angesetzte Frist zum Einreichen einer Replik liess der Beschwerdeführer nach mehrmaliger Fristverlängerung unbenutzt verstreichen.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 20. Dezember 2016 bestätigte der Beschwerdeführer sinngemäss die gestellten Rechtsbegehren und legte weitere Unterlagen ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3 f.).

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 Verfügun-

gen. 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 21. August 2015 (act. IIA 197). 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 In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer vorab (Beschwerde S. 6 f. lit. B lit. b Ziff. 9) 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), eine Verletzung des sich aus dem Gehörsanspruch sowie Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) ergebenden Rechts auf Beweis sowie eine Verletzung der Vorschriften über das Vorbescheidverfahren (Art. 57a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 73^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Er begründet dies damit, dass die Beschwerdegegnerin nach erhobenem Einwand (act. IIA 194) in der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2015 (act. IIA 197) unter Berücksichtigung der mit BGE 141 V 281 am 3. Juni 2015 erfolgten Praxisänderung

eine «eigene Indikatorenprüfung» durchgeführt habe, ohne vor Verfügungserlass ein erneutes Vorbescheidverfahren durchzuführen. Ferner hält er die für die angefochtene Verfügung verantwortlich zeichnende Versicherungsfachperson für befangen (Beschwerde S. 10 f. lit. B lit. b Ziff. 14).

2.2 Die Beschwerdegegnerin leitete am 3. Juni 2015, mithin zu einem Zeitpunkt, als ihr die gleichentags mit BGE 141 V 281 erfolgte Praxisänderung (vgl. E. 3.3 hiernach) noch nicht bekannt war, ein (erneutes) Vorbescheidverfahren ein (act. IIA 192). Im Rahmen des Einwands vom 8. Juli 2015 (act. IIA 194) äusserte sich der Beschwerdeführer einlässlich zu den Auswirkungen der besagten Praxisänderung, worauf sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2014 (act. IIA 197) im Rahmen der Beweiswürdigung und Entscheidungsfindung mit den Argumenten des Beschwerdeführers auseinandersetzte. Ihr Entscheid weicht im Ergebnis nicht vom Vorbescheid ab und sie nahm weder weitere Sachverhaltserhebungen vor, noch stützte sie sich überraschend auf eine Rechtsgrundlage, mit welcher der Beschwerdeführer vernünftigerweise nicht rechnen konnte (vgl. BGE 131 V 9 E. 5.4.1 S. 26; SVR 2009 AHV Nr. 8 S. 27 E. 3.2). Anders als anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung seitens des Beschwerdeführers gefordert, hat die Verwaltung als Konsequenz aus der Aufgabenteilung zwischen Recht und Medizin (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306) nicht zwingend Rücksprache mit den Gutachtern zu halten, falls sie aus rechtlichen Überlegungen von deren Schlussfolgerungen abzuweichen gedenkt. Bei dieser Ausgangslage war der verfassungsrechtliche Gehörsanspruch von vornherein nicht betroffen und bestand keine Veranlassung ein erneutes Vorbescheidverfahren durchzuführen. Des Weiteren ist nicht ersichtlich, inwiefern die Verwaltung durch die Indikatorenprüfung gemäss den Vorgaben von BGE 141 V 281 im Rahmen der freien Beweiswürdigung das Recht des Beschwerdeführers auf Beweis verletzt haben soll. Soweit er postuliert, die Indikatorenprüfung als Teil des strukturierten ergebnisoffenen Beweisverfahrens hätte nicht ohne weitere medizinische Abklärungen durch einen «kaufmännischen Fallverantwortlichen» erfolgen dürfen (Beschwerde S. 10 lit. B lit. b Ziff. 14), ist ihm nicht zu folgen. Einerseits war der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt (vgl. E. 4.6 hiernach) und andererseits ist die Rechtsanwendung durch die IV-Stellen im Rahmen der ihr zukommenden Organisationsauto-

nomie (vgl. Art. 59 Abs. 1 IVG) nicht Sachbearbeitern mit einer bestimmten fachlichen Qualifikation vorbehalten. Indem der Beschwerdeführer vorbringt, die «von einem Nicht-Arzt in der angefochtenen Verfügung getroffenen Behauptungen im Sinne einer ‹Rosinenpickerei› weck[t]en einzig die Besorgnis von Befangenheit» (Beschwerde S. 11 lit. B lit. b Ziff. 14), verkennt er im Übrigen, dass die Indikatorenprüfung durch die Verwaltung eine Rechtsfrage beschlägt (BGE 141 V 281 E. 7 S. 309) und die seines Erachtens einseitigen Erwägungen noch keine Befangenheit (vgl. Art. 36 Abs. 1 ATSG) zu begründen vermögen. Die Beschwerdegegnerin wies denn auch zutreffend darauf hin (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 9), dass es dem Beschwerdeführer möglich war, die Verfügung sachgerecht und zielgerichtet anzufechten. Auch stellt die Behauptung einer erheblichen Aggravation in der angefochtenen Verfügung (act. IIA 197/3) keine «aktenwidrige und rein tendenziöse und damit befangene Behauptung der Verwaltung dar» (Beschwerde S. 11 lit. B lit. b Ziff. 14), immerhin wurde aufgrund der Feststellungen anlässlich des somatischen Teils der Exploration auch im Rahmen des polydisziplinären Konsenses eine massive bzw. deutliche Aggravation bestätigt (act. IIA 184.1/7 Ziff. 5.1, 184.1/12 Ziff. 7.2, 184.1/14 Ziff. 8.4, 184.1/47 Ziff. 13.4). Die formellen Einwände des Beschwerdeführers sind nach dem Gesagten unbegründet; 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).

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 An-

spruch 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 beweisbelastete 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, nachdem gemäss VGE IV/2011/1135 (act. IIA 134) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes als glaubhaft gemacht galt. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der vorgenommenen materiellen Prüfung zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe nicht Anspruch auf eine Invalidenrente. Nachzugehen ist dabei vorab der Frage, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Leistungseinstellung im Jahr 2009 (act. II 57) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. August 2015 (act. IIA 197) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in den tatsächlichen Verhältnissen effektiv 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 rechtskräftige Verfügung vom 20. Mai 2009 (act. II 57) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS C._____ vom 27. November 2008 (act. II 43). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (act. II 43/21 Ziff. 5.1):

1. Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0)
2. Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)
3. Chronische Schulterschmerzen links (ICD-10: M79.61)
 - Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie, offener lateraler Klavikularresektion und Akromioplastik am 29. April 2005 (ICD-10: Z98.8)

- Status nach offener Schulterrevision mit Naht des Musculus deltoideus und Re-Akromioplastik am 23. September 2005 (ICD-10: Z98.8)
- Status nach offener Revision des Akromioklavikular-Gelenks (AC-Gelenks), ausgiebigem Débridement und Refixation des Musculus deltoideus anterior am 18. April 2007 (ICD-10: Z98.8)
- kein klinischer Hinweis für längerdauernde Schonung der linken oberen Extremität

Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der linksseitigen Schulterbeschwerden körperlich schwer belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Sie attestierten sowohl für die angestammte als auch andere leidensadaptierte (körperlich leichte bis mittelschwer belastende Arbeiten) aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 %, wobei die Einschränkung von 20 % allein mit den psychischen Beschwerden begründet wurde (act. II 43/22 f. Ziff. 6.2 und 6.8).

4.3 Die angefochtene Verfügung vom 21. August 2015 (act. IIA 197) stützt sich auf das Verlaufsgutachten der MEDAS D. _____ vom Februar bzw. April 2015 (act. IIA 183-187). Darin halten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (act. IIA 184.1/45 Ziff. 12.1):

- Femoroazetabuläres CAM-Impingement (CAM-FAI) mit Labrumläsion kranial und Chondropathie Grad I bis II femoroazetabulär links
- Rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden, bestehend seit etwa 2010 (ICD-10: F 33.1)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

Die Gutachter erklärten, seit mindestens Januar 2014 bestehe in der angestammten Beschäftigung bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. in einer leidensadaptierten Tätigkeit (leichte, abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübte Verrichtungen, nicht mit häufigem Gehen bzw. mit Positionen in der Hocke verbundene Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte sowie ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) eine solche von 60 %. (act. IIA 184.1/46 f. Ziff. 13.1 f.). Im Vergleich zur Vorbegutachtung durch die MEDAS C. _____ klagt der Explorand zusätzlich über Nackenschmerzen, Schmerzen in der linken Hüfte und im linken Kniegelenk. Ein unmittelbarer Vergleich mit dem früheren Zustand sei jedoch nicht möglich, insbe-

sondere weil die Hüftbeschwerden spätestens im Oktober 2014 dokumentiert seien und erklärt werden könnten, letztlich sei aber unklar, seit wann sie effektiv bestünden, zumal der Explorand angebe, seit 2009 an Hüftschmerzen zu leiden. Aus psychiatrischer Sicht könne seit etwa 2010 eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit rezidivierender depressiver Störung mit überwiegend mittelgradiger depressiver Episoden (ICD-10: F33.1) erhoben werden. Damit ergebe sich gegenüber dem Entscheid im Jahre 2009 eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit. Allerdings könne die Arbeitsfähigkeit erst seit etwa Januar 2014 eingeschätzt werden (act. IIA 184.1/48 f. Ziff. 13.6).

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).

4.5

4.5.1 In somatischer Hinsicht fallen als relevante gesundheitliche Veränderungen im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Jahr 2009 (vgl. E. 4.1 hiervor) gemäss dem Verlaufsgutachten der MEDAS D._____ die Nackenschmerzen sowie Schmerzen in der linken Hüfte bzw. im linken Kniegelenk in Betracht (act. IIA 184.1/48 Ziff. 13.6). Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, gelangte indes nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass das Zervikovertebralsyndrom und die degenerativen Veränderungen am linken Knie als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu werten seien (act. IIA 184.1/10 Ziff. 6.3). Er erklärte unter anderem, der Explorand habe bei der Untersuchung massiv aggraviert (act. IIA 184.1/7 Ziff. 5.1). Das Ausmass der Nackenschmerzen sowie der demons-

trierten abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule (HWS) könnten mit den geringen degenerativen Veränderungen im MRI und einer leichten Osteochondrose und Unkovertebralarthrose auf Stufe C4/5 bzw. C5/6 nur ungenügend erklärt werden. Auch die Knieschmerzen seien mit der im MRI nachgewiesenen Degeneration des Meniskushinterhorns medial sowie der Chondropathie Grad II des medialen Kompartiments bzw. Grad III retropatellär in diesem Ausmass nicht zu objektivieren (act. IIA 184.1/11 f. Ziff. 7.2). Die Hüftbeschwerden konnten zwar zumindest teilweise bildgebend objektiviert werden, das Ausmass der präsentierten pathologischen Untersuchungsbefunde und der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit werde damit aber nur unvollständig erklärt (act. IIA 184.1/12 Ziff. 7.2). Insgesamt stellte der orthopädische Gutachter eine deutliche Aggravation fest und attestierte aufgrund der erhobenen Befunde für leidensadaptierte Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 184.1/12 f. Ziff. 7.2 und Ziff. 8.2). Er leitete dabei auch aus den Schulterbeschwerden links, welche von der MEDAS C. _____ noch den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet worden waren (act. II 43/18 Ziff. 4.2.3 lit. a), keine Arbeitsunfähigkeit ab. Diese Beurteilung leuchtet ein, denn das durch Dr. med. E. _____ veranlasste Arthro-MRI vom 23. Februar 2015 (act. IIIA 184.1/10 Ziff. 5.3) war fast unauffällig und zeigte als einzigen pathologischen Befund eine kleine Partialruptur der Supraspinatussehne links (act. IIA 184.1/11 f. Ziff. 7.2). Zwar orientierte der Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung über eine geplante endoprothetische Versorgung des Hüftgelenks links und legte unter anderem eine Physiotherapieverordnung neu ins Recht (act. I 4), in welcher als Indikationsdiagnose eine von Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, gestellte Coxarthrose figuriert. Einerseits erlaubt diese nicht näher begründete Diagnose aber nur bedingt Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), andererseits erklärten die Ärzte des Spitals G. _____ bereits im November 2014, bei zu weit fortgeschrittener Coxarthrose mit nachweisbaren Knorpelschäden im MRI komme eine Versorgung mittels hüftgelenkserhaltender Chirurgie nicht mehr in Frage (act. IIA 167/3 f.). Dem orthopädischen Gutachter war dies bekannt, er hielt denn auch fest, dass einzig die Hüftbeschwerden teilweise bildgebend ausgewiesen seien und er bezog sich bei der von ihm festgestellten

Aggravation offensichtlich hauptsächlich auf die HWS- und Kniebeschwerden (act. IIA 184.1/11 f. Ziff. 7.2).

Die Feststellung eines aggravatorischen Verhaltens wurde mit nachvollziehbarer Begründung in aller Deutlichkeit bereits im Gutachten der MEDAS C._____ getroffen (act. II 43/18 f., Ziff. 4.2.4, 43/20 Ziff. 4.2.8) und das nunmehr von der MEDAS D._____ formulierte Zumutbarkeitsprofil (act. IIA 184.1/46 f. Ziff. 13.2) deckt sich im Wesentlichen mit jenem, wie es im Vorgutachten festgehalten worden war (act. II 43/22 Ziff. 6.2). Damals wurden bezüglich der Schulterbeschwerden lediglich körperlich schwer belastende Tätigkeiten als unzumutbar qualifiziert und aus orthopädischer Sicht für Verweisungstätigkeiten eine zeitlich und leistungsmässig volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt (act. II 43/22 Ziff. 6.2). Damit ist im Vergleich zur diesbezüglich beweiskräftigen Beurteilung der MEDAS C._____ hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen nicht überwiegend wahrscheinlich. Denn eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine geänderte Diagnosestellung bedeutet nur dann eine relevante Gesundheitsveränderung, wenn deren Grundlage Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen zeitigt und den Rentenanspruch berührt (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, da sich die Ausprägung der Beschwerdesymptomatik seit 2009 nicht in einem die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Ausmass entwickelt hat und für eine leidensadaptierte Tätigkeit nach wie vor eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht.

4.5.2 Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, wurde in der Expertise der MEDAS D._____ eine seit etwa 2010 eingetretene Verschlechterung festgestellt (act. IIA 184.1/48 Ziff. 13.6). Dies vermag in Anbetracht des Umstandes, dass sich Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dabei auf die Verlaufsberichte des behandelnden Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stützte (act. IIA 184.1/35 Ziff. 7.5), nicht zu überzeugen. So gab Dr.

med. I. _____ im Bericht vom 8. April 2011 (act. II 71/4 f.) zur Begründung der wesentlichen Verschlechterung an, besonders die psychische Situation schein aufgrund der aussichtslos erscheinenden sehr pessimistischen Lebenslage in den letzten Jahren weiter zu eskalieren und auch der intensive Therapieversuch im Rehasentrum J. _____ habe nicht zu einer klinisch relevanten anhaltenden Zustandsverbesserung geführt. Im Bericht des Rehasentrums J. _____ (act. II 96/4-7) wurde zwar bestätigt, dass im Gesamtverlauf keine Verbesserung der Symptomatik eingetreten sei und nicht alle Haupt- bzw. Unterziele erreicht worden seien, allerdings muss davon ausgegangen werden, dass dieses Fazit offenkundig das Ergebnis des vom Beschwerdeführer während des Aufenthalts demonstrierten aggravatorischen und damit bewusstseinsnahen Verhaltens war. So ergab sich auch während der besagten stationären Behandlung eine Differenz zwischen dem subjektiv Angegebenen und dem Objektivierbaren (act. II 96/5). Schliesslich lassen sich im Vergleich zum Gutachten der MEDAS C. _____ (act. II 43/11 ff. Ziff. 4.1) auch die von den Gutachtern der MEDAS D. _____ erhobenen pathologischen Befunde (act. IIA 184.1/29 ff. Ziff. 5) nicht auf eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustands schliessen. Dass der Beschwerdeführer zudem nicht über ausreichende Ressourcen zur Schmerzüberwindung bzw. zum Umgang mit den Schmerzen verfügen soll (act. IIA 184.1/33 Ziff. 7.2), widerlegte Dr. med. H. _____ im gleichen Abschnitt – unter Ausklammerung der bewusstseinsnahen Verdeutlichungstendenzen – gleich selbst (act. IIA 184.1/33 f. Ziff. 7.2 f.).

4.6 Damit ist insgesamt von einem unverändert gebliebenem Gesundheitszustand auszugehen und steht einem Rentenanspruch bereits der fehlende Revisionsgrund – auf den bei Neuanmeldungen in analoger Weise abgestellt wird (vgl. E. 3.5 hiavor) – entgegen. Wenngleich die Überlegungen im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS D. _____ (act. IIA 183.1 [= act. IIA 184.1/14 ff.]) in Bezug auf die Frage der Gesundheitsentwicklung nicht in allen Teilen zu überzeugen vermögen, ist der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und erübrigen sich weitere Sachverhaltserhebungen. Im Übrigen ergäbe sich selbst unter der Prämisse einer eingetretenen erheblichen Gesundheitsverschlechterung und der damit zulässigen freien Prüfung (vgl. E. 4.1 hiavor) kein rentenbegründenden

der Invaliditätsgrad, da die psychiatrischen Diagnosen – wie aufzuzeigen sein wird – keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen.

5.

5.1 Nach Auffassung des Beschwerdeführers ist die depressive Störung hier als ein selbständiges, von der Schmerzstörung losgelöstes und daher nicht nach den Regeln für somatoforme Schmerzstörung zu behandelndes Leiden zu werten (Beschwerde S. 9 lit. B lit. b Ziff. 12). Wenn dies zuträfe, die depressive Störung also nicht als blosse Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung aufträte (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. April 2015, 8C_801/2014, E. 3.5; SZS 2015 S. 562 E. 4.2.2), könnte der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zwar nahm Dr. med. H. _____ tatsächlich eine sich verselbständigende und von der Schmerzsymptomatik abgekoppelte, invalidisierende, depressive Erkrankung an (act. IIA 184.1/33 Ziff. 7.2). Es ist indes keineswegs allein Sache des Arztes, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten andauernden Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195; SVR 2014 Nr. 34 S. 124 E. 3.1), vielmehr ist im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob unter sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten überhaupt ein relevanter Gesundheitsschaden vorliegt bzw. welche Arbeitsleistungen dem Beschwerdeführer noch zugemutet werden können. BGE 141 V 281 hat dabei an der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, nichts geändert (Entscheid des BGer vom 18. November 2015, 9C_125/2015, E. 7.2.1 mit Hinweisen). Auch das vom Beschwerdeführer an der öffentlichen Schlussverhandlung erwähnte höchstrichterliche Urteil bestätigt diese gefestigte Praxis. Das Bundesgericht erwog dabei, die vorinstanzliche Würdigung komme einer Änderung dieser ständigen Rechtsprechung gleich, ohne dass überzeugende, eine solche rechtfertigende Gründe dargelegt würden (Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2016, 9C_530/2016, E. 6.3). Soweit

sich der Beschwerdeführer diesbezüglich der daraufhin ergangenen Urteile der betreffenden Vorinstanz anschliesst, ist dies nicht von Belang, richtet sich die Praxis des hier angerufenen Gerichts doch nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung aus.

5.2 Die bereits seit etwa 2010 bestehende rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10: F33.1; act. IIA 184.1/31 Ziff. 6.1 lit. a) hat nach wie vor als therapierbar zu gelten. Wohl ging Dr. med. I. _____ im April 2014 von einer therapieresistenten und praktisch nicht behandelbaren Situation aus (act. IIA 150/1 Ziff. 3), der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. _____ empfahl demgegenüber jedoch nachvollziehbar eine Intensivierung der antidepressiven Medikation – was eine gegenwärtig insuffiziente Pharmakotherapie impliziert – und sah ein Therapiepotential in Form von teilstationären bzw. stationären Behandlungsmöglichkeiten (act. IIA 184.1/38 Ziff. 8.4). Damit ist die Therapie nicht als gescheitert zu betrachten und kann nicht von einem resistenten Leiden ausgegangen werden. Dass die Gutachter trotz nicht ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten eine ungünstige Prognose stellten, hängt allein mit der festgestellten Aggravation, Schmerzfixierung sowie mangelnden Motivation des Beschwerdeführers zusammen (act. IIA 184.1/47 Ziff. 13.4) und ist vor diesem Hintergrund nicht entscheidend. Hinzu kommt, dass die depressive Störung offensichtlich durch invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren (Partnerprobleme und familiäre Probleme, «finanziell lebt er auf Kosten der Ehefrau», «ausgeprägte psychosoziale Konflikte mit Arbeitslosigkeit und finanziellen Belastungen» [act. IIA 184.1/31 f. Ziff. 7.1; vgl. auch act. IIA 184.1/27 Ziff. 8.5 lit. a]) getriggert bzw. unterhalten wird (vgl. dazu: BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Obwohl nach der gutachterlichen Einschätzung die psychosozialen Faktoren gesamthaft nicht überwiegen sollen (act. IIA 184.1/48 Ziff. 13.5), wurde ihnen dennoch eine relevante Bedeutung beigemessen. So wiesen die Gutachter im Widerspruch dazu darauf hin, dass der Beschwerdeführer unter anderem ein auf die psychosozialen Faktoren negativistisch eingeeengtes Denken gezeigt habe (act. IIA 184.1/44 Ziff. 11.1). Die depressive Störung begründet somit keine Invalidität. Nicht anders verhält es sich, wenn sie als Komorbidität der Schmerzstörung beurteilt wird (vgl. E. 6.2.1.3 hiernach), also das

gesamte Geschehen als «unklares Beschwerdebild» aufgefasst und anhand der sog. Standardindikatoren (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.) geprüft wird. Im noch vor der Praxisänderung erstellten Verlaufsgutachten der MEDAS D. _____ (act. IIA 183-187) ist dabei in intertemporalrechtlicher Hinsicht eine hinreichende Beurteilungsgrundlage im Lichte des mittlerweile massgeblichen Prüfungsrasters zu erblicken (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

6.

6.1 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 hiavor). Diesbezüglich ist augenfällig, dass sich im Rahmen der Exploration deutliche Inkonsistenzen ergaben bzw. aggravatorische Verhaltensweisen beobachtet werden konnten. Soweit der Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung sinngemäss argumentierte, jeder Schmerzstörung sei eine Aggravation inhärent, womit eine solche allein keinen Ausschlussgrund darzustellen vermöge, ist ihm nicht zu folgen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend einwandte, ist zwischen Verdeutlichungstendenzen und Aggravation zu differenzieren (vgl. auch E. 3.3.1 hiavor). Bei den Ersteren handelt es sich um den in der Begutachtungssituation üblichen, mehr oder weniger bewussten Versuch, den Gutachter vom Vorhandensein der geklagten Symptomatik zu überzeugen. Aggravation ist dagegen die bewusste verschlimmernde bzw. überhöhende Darstellung einer krankhaften Störung zu erkennbaren Zwecken (vgl. VENZLAFF/FOERSTER, Psychiatrische Begutachtung, 5. Aufl. 2009, S. 28). Eine Aggravation oder Simulation gehört nicht zu den diagnoserelevanten Befunden einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233 f.) und ergibt sich auch nicht bereits aus einer blossen Divergenz zwischen objektiven Befunden und subjektiv geklagten Symptomen. Dr. med. E. _____ wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei der Exploration massiv aggraviert habe und

sich kaum habe untersuchen lassen (act. IIA 184.1/7 Ziff. 5.1). Bei der klinischen Untersuchung konnte der Beschwerdeführer die Hüft- und Kniegelenke nur sehr eingeschränkt flektieren, unbeobachtet war beim Anziehen der Socken hingegen eine Beugung bis 110° (Hüftgelenk) bzw. 120° (Kniegelenk) mühelos möglich (act. IIA 184.1/8 Ziff. 5.2). Der Bandapparat des oberen Sprunggelenks (OSG) links sowie die rohe Kraft der Arme und Beine konnte bei ungenügender Compliance des Exploranden nicht überprüft werden (act. IIA 184.1/8 Ziff. 5.2). Der Orthopäde zeigte diverse Diskrepanzen zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden auf. Beispielsweise liessen sich die demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde der HWS, die angegebenen Dysästhesien des gesamten linken Arms und die bei der Untersuchung präsentierte Hyposensibilität der linken Körperhälfte nicht objektivieren (act. IIA 184.1/11 Ziff. 7.2). Er stellte aufgrund der Aggravation und Beschwerdefixierung mit mangelnder Motivation eine ungünstige Prognose (act. IIA 184.1/14 Ziff. 8.4). Der Hinweis des Beschwerdeführers an der öffentlichen Schlussverhandlung, dass Dr. med. H._____ im Rahmen der vorgängigen psychiatrischen Exploration noch keine Aggravation bemerkt habe und sich eine solche höchstens auf die somatischen Beschwerden beschränke, ist prinzipiell zutreffend. Indes können sich Ausschlussgründe hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose ohne weiteres auch aus Diskrepanzen in den somatischen Teilbegutachtungen ergeben (vgl. beispielsweise Entscheid des BGer vom 8. November 2016, 9C_389/2016, E. 8.3), von denen der psychiatrische Gutachter durch die spätere Konsensbesprechung Kenntnis erhält. Eine solche Konstellation liegt hier vor. Angesichts dieser Ausschlussgründe verbietet sich die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung. Bei dieser Ausgangslage kann auch nicht unbesehen auf die Erkenntnisse des durchgeführten Arbeitstrainings (act. IIA 126) abgestellt werden, denn auch das dabei präsentierte (eingeschränkte) Leistungsvermögen könnte durch dieses aggravatorische Verhalten beeinflusst gewesen sein. Die Ergebnisse von praktischen Arbeitserprobungen stellen im Übrigen ohnehin keine objektive Messgrösse dar und wären zur Beurteilung der Invalidisierung von unklaren Beschwerden allein insoweit untauglich, als sie auch von vordergründig motiviert wirkenden Versicherten subjektiv gesteuert werden könnten. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass auch die

Standardindikatoren gegen eine funktionelle Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung sprechen (vgl. E. 6.2 ff. hiernach).

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

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

6.2.1.1 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 Belastungsfaktoren hin (vgl. E. 5.2 hiervor). Zwar wirkte der Beschwerdeführer in der Stimmung niedergeschlagen, affektiv vermindert mitschwingend und klagsam, in seinem Denken negativistisch auf die körperlichen Beschwerden und die soziale Situation eingeeengt (act. IIA 184.1/30 Ziff. 5.2), ein schweres psychiatrisches Krankheitsgeschehen bestand aber nicht und die diagnoserelevanten Befunde und Symptome (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 233 f.) waren jedenfalls nicht erheblich ausgeprägt. Des Weiteren sind hier auch die vorerwähnten (vgl. E. 6.1 hiervor) deutlichen Inkonsistenzen in Bezug auf die Beschwerdeangaben und die objektiven Befunde zu berücksichtigen. Selbst wenn diese die rechtserhebliche Gesundheitsschädigung nicht a priori ausschliessen würden, stellten sie ein gewichtiges Indiz gegen eine starke Auswirkung der medizinisch festgestellten Diagnose dar.

6.2.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer seit 2006 mit einer tiefen Therapiefrequenz von drei bis vier Wochen in ambulanter Behandlung bei Dr. med. I. _____ befindet (act. IIA 184.1/24 Ziff. 3.2.2, 184.1/28 Ziff. 3.2.9). Wie dargelegt, wurde im psychiatrischen Gutachten der MEDAS D. _____ jedoch ein weiteres Therapiepotential geortet (vgl. E. 5.2 hiervor), weshalb nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie ausgegangen werden kann. Mit anderen Worten verbietet sich die Annahme einer

Behandlungsresistenz. Auch dieser Indikator spricht gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

6.2.1.3 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.). Aus den somatischen Beschwerden ergibt sich medizinisch-theoretisch keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. IIA 184.1/13 Ziff. 8.2) und die höchstens mittelgradige depressive Episode der rezidivierenden depressiven Störung fällt nicht ins Gewicht, da sie mit adäquater antidepressiver Medikation gut behandelbar ist und es damit an einer therapieresistenten invalidisierenden psychischen Störung sowie folglich auch an einer relevanten psychischen Komorbidität fehlt (vgl. E. 5.2 hiervor; Entscheid des BGer vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 4.2).

6.2.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen – entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 11 lit. B lit. b Ziff. 14) – keine Anhaltspunkte. Es fanden sich lediglich Hinweise auf akzentuierte, ängstlich-vermeidende, abhängige Persönlichkeitszüge. Diese unter Z73.1 der ICD-10 zu klassifizierenden Probleme stellen keine Krankheit oder Schädigung dar (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, E. 2.2.2.2) und der entsprechenden Nebendiagnose wurde folgerichtig keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt (act. IIA 184.1/31 Ziff. 6.2 lit. a).

6.2.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch bedeutende Ressourcen bereit. Immerhin gelingt es dem Beschwerdeführer, Spaziergänge zu unternehmen und die – wenn auch wenigen – sozialen Kontakte mit Kollegen zu pflegen (act. IIA 184.1/26 Ziff. 3.2.5 f.). Die im Jahr 2012 durchgeführten Eingliederungsmassnahmen zeigten zudem auf, dass es ihm möglich ist, sich im sozialen Bereich korrekt zu verhalten (act. IIA 117/3

Ziff. 6), sich in Teams einzufügen (act. IIA 126/3 Ziff. 9) und mit seiner Familie längere Ferien in seiner Heimat zu verbringen (act. IIA 126/3 Ziff. 7).

6.3 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex Gesundheitsschaden (psychische/somatische Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) noch im Komplex Persönlichkeit (persönliche Ressourcen; sozialer Kontext) eine negative Beeinflussung. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4). Selbst wenn ein Revisionsgrund bejaht würde, wäre damit einzig und allein der somatische Gesundheitszustand mit der fachärztlich attestierten 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit relevant. Dass diese Schlussfolgerung «im diametralen Unterschied zur Aussage des MEDAS-Psychiaters [steht], wonach der Versicherte «nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit Schmerzen» verfüge» (Beschwerde S. 11 lit. B lit. b Ziff. 14), ist der rechtlichen Natur des Prüfungsrasters geschuldet (vgl. BGE 141 V 281 E. 6 S. 308) und somit irrelevant. Mit Blick auf das nicht substantiiert bestrittene Valideneinkommen wäre damit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad selbst bei einem nicht gerechtfertigten Maximalabzug vom Tabellenlohn von 25 % für das Invalideneinkommen (BGE 126 V 75) ausgeschlossen, womit sich diesbezügliche Weiterungen erübrigen. Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2015 (act. IIA 197) einen Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht, die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

7.2 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. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 20. Dezember 2016)
 - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 20. Dezember 2016)
 - 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.