

200 15 862 IV
FUR/ABE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. September 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. September 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., meldete sich erstmals im Jahr 1994 wegen Rücken- und Gelenkschmerzen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) an, wobei er die Kostenübernahme für Hilfsmittel (Rumpforthesen) beantragte (Antwortbeilage [AB] 1.1/14). Mit Verfügung vom 2. Februar 1995 (AB 1.1/1) sprach ihm die IVB die Orthesen zu.

Infolge einer Meldung seitens des Arbeitgebers zur Früherfassung (AB 2) meldete sich der – seit dem 1. Januar 2001 als ... tätige – Versicherte im Oktober 2010 erneut bei der IVB an; dabei verwies er auf Schmerzen in diversen Körperregionen und auf eine Erschöpfung (AB 4). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen verneinte die IVB einen Rentenanspruch und schloss das Dossier der beruflichen Eingliederung ab (Mitteilung vom 1. Februar 2011 [AB 22]).

Am 13. Dezember 2013 meldete sich der Versicherte abermals zum Leistungsbezug an (AB 27), erneut als Folge einer Früherfassungsmeldung durch den Arbeitgeber (AB 23). Die IVB tätigte wiederum Abklärungen (AB 36 ff.), unter anderem veranlasste sie eine rheumatologisch-psychiatrische Untersuchung (AB 43). Insbesondere gestützt auf die entsprechenden Gutachten vom 22. und 27. Oktober 2014 (AB 48 f.) und nach Durchführung von Vorbescheidverfahren (AB 51 ff., 64 ff.) verfügte sie am 3. September 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 76).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 28. September 2015 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 3. September 2015 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit wann rechtens eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen.

Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 3. September 2015 aufzuheben und die Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.

– Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, das interdisziplinäre Gutachten vom Oktober 2014 sei nicht beweistauglich; abzustellen sei vielmehr auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Eine weitere Eingabe mit Korrekturhinweisen in Bezug auf die Beschwerdeeingabe ging am 1. Oktober 2015 ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nachdem der Beschwerdeführer am 14. Januar 2016 einen weiteren Arztbericht (Beschwerdebeilage [BB] 6) eingereicht hatte, holte die Beschwerdegegnerin eine (weitere) Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 20. Januar 2016 ein, welche sie am 10. Februar 2016 zu den Akten reichte.

Von der eingeräumten Möglichkeit, Schlussbemerkungen einzureichen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 11. Februar 2016), machte der Beschwerdeführer am 18. Februar 2016 Gebrauch.

Am 11. August 2016 gab der Beschwerdeführer erneut Arztberichte zu den Akten (BB 7 ff.).

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 3. September 2015 (AB 76). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

2.4 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]).

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 durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung (AB 27) eingetreten, womit die Eintretensfrage nicht richterlich zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob sie den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Zu prüfen gilt es somit zunächst, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiavor). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt zur Zeit der Rentenablehnung vom 1. Februar 2011 (AB 22) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2015 (AB 76). Dass die erstmalige Verneinung eines Rentenanspruchs im Rahmen einer formlosen Mitteilung erging (AB 22), schadet nichts. Denn einerseits hat der Beschwerdeführer trotz explizitem Hinweis keine anfechtbare Verfügung verlangt. Und andererseits ging dem damaligen abschlägigen Rentenbescheid eine rechtskonforme Anspruchsprüfung mit umfassender Sachverhaltsabklärung voraus (AB 5-21). Sofern die Prüfung zur Bejahung einer relevanten Änderung führt, ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig frei zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.1 Der Rentenablehnung vom 1. Februar 2011 (AB 22) lagen in medizinischer Hinsicht folgende Unterlagen zugrunde:

3.1.1 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 16. Mai 2007 (AB 17/11) wurden als „Hauptprobleme“ genannt: Somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.9), chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) und Status nach Schulterarthroskopie mit Bizeps-Tenotomie, offener Bizeps-Tenodese und Subscapularis-Sehnenrekonstruktion links 9/04. Als Nebenproblem wurde ein Ganglion

am proximalen Tibiofibulargelenk links erwähnt. Zur Abklärung der über den ganzen Körper verteilten Beschwerden seien eine Szintigraphie, eine Röntgenaufnahme der LWS und eine Laboruntersuchung durchgeführt worden. Alle Untersuchungen seien in Bezug auf eine behandelbare entzündliche oder metabolische Grunderkrankung unauffällig gewesen.

3.1.2 Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 23. November 2010 (AB 17/1) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: Wechselnde Schmerzen am ganzen Bewegungsapparat, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Discopathie L4/5 und L3/4, instabiler Knorpellappen dig. I (rechter Fuss), somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung, St. n. Schulterarthroskopie mit Biceps Tenotomie, offener Biceps Tenodese und Subscapularissehnenrekonstruktion. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitige das Ganglion am proximalen Tibiofibulargelenk links. Die Tätigkeit als ... sei bei normaler Arbeitszeit mit Pausen zumutbar, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, weil schwere Gewichte nicht mehr gehoben oder getragen werden könnten.

3.1.3 Am 7. Dezember 2010 (AB 19/7) vermerkte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, als Diagnosen u.a. eine therapierefraktäre Lumbago bei Diskopathie L4/5 und L3/4, eine erosive Osteochondrose und Polyarthrosen. Zusätzlich zu den bewegungs- und belastungsabhängigen lumbalen Schmerzen beständen Handgelenksschmerzen links (Zustand nach Scaphoidfraktur), Schulterschmerzen beidseits und Kniegelenkbeschwerden. Als ... könne der Patient knapp 100% arbeiten, allerdings mit Einschränkung. Die Langzeitprognose sei ungünstig; mittelfristig werde der Patient in mittelschweren bis schweren körperlichen Tätigkeiten ausfallen. Für leichte bis allerhöchstens mittelschwere Tätigkeiten in Wechselpositionen ohne Heben und Tragen von Lasten sei er grundsätzlich geeignet.

3.1.4 Am 3. Januar 2011 (AB 21) berichtete Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Spital G._____, die Grosszehengelenkschädigung sei nicht ausreichend gewesen, um das Gelenk versteifen zu müssen. Die Arbeitsfähigkeit als ... sei erhalten. Maximal zu diskutierten sei eine Schuhversorgung.

3.2 In Bezug auf den Vergleichszeitpunkt (3. September 2015 [AB 76]) ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 28. Januar 2014 (AB 37/1) legte Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Folgendes dar:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Tendinose der rechten Achillessehne
- Chronische Kniegelenksschmerzen links bei Rezidiv eines Ganglions im Bereiche des proximalen Tibiafibulargelenks (Status nach Ganglionresektion 2011)
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom, Discopathie L4/5, L3/4 (2010)
- Status nach Schulterarthroskopie mit Bizeps Tenotomie und Subscapularis-Sehnenrekonstruktion 2004
- Somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung seit 1981
- Depressive Episoden seit 2010

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Polyarthrosen unklarer Aetiologie
- Status nach konservativ therapierter Scaphoidfraktur links
- Generalisiertes Schmerzsyndrom

Bis auf weiteres bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Eingeschränkt seien neben dem Konzentrationsvermögen (vermehrte Müdigkeit) auch die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit.

3.2.2 Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 22. Oktober 2014 (AB 48.1/1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und nannte als weitere Diagnose „Kranke Ehefrau“ (ICD-10 Z63.7). Beide wirkten sich nicht anhaltend auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 6). Im Vordergrund ständen die Schmerzen. Seit ca. 1985 leide der Explorand an Schmerzen; zuerst hätten sich diese im Bereich des Rückens gezeigt, dann sei es in anderen Gelenken immer wieder zu Schmerzen gekommen. Trotz mehrmaligen Operationen seien die Beschwerden nicht verschwunden; es sei eine chronische Schmerzstörung entstanden. Bei Belastungen schmerzten vor allem das Knie und die Schulter. Soweit sich die Schmerzen organisch nicht erklären lassen würden, könne von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden. Der Explorand sei nämlich auf die Schmerzen fixiert, er äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme würden zudem zu einer Verstärkung der Schmerzen führen, diese bildeten manchmal den Hauptfokus seines Interesses. Zusammenfassend sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor-

handen. Nachvollziehbarerweise komme es in diesem Zusammenhang gelegentlich zu „Verleiderstimmungen“. Diese Verstimmungen seien bereits in der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthalten bzw. würden keine psychische Komorbidität darstellen. Die psychogene Seite des Exploranden sei grossteils unauffällig (S. 7). Auch befundmässig sei bei der Untersuchung nichts Auffälliges festzustellen. Es sei von einem unauffälligen psychischen Gesundheitszustand auszugehen. Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren (längere Phase partieller Arbeitsunfähigkeit, erkrankte Ehefrau, finanzielle Zukunftsängste; S. 8). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung verursache keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht günstig. Die bisherige Tätigkeit sei in vollem Ausmass zumutbar, ohne Verminderung der Leistungsfähigkeit (S. 9). Eine psychiatrische Therapie sei nicht indiziert (S. 10). Dass die Ressourcen subjektiv teilweise eingeschränkt seien, könne psychiatrisch nicht nachvollzogen werden (S. 11).

3.2.3 Dr. med. J. _____, Facharzt für Innere Medizin sowie für Rheumatologie FMH, vermerkte im Gutachten vom 27. Oktober 2014 (AB 49.1) Nachstehendes:

Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Gonarthrose links

Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und kranke Ehefrau
3. Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - primäres Fibromyalgie-Syndrom
 - betont im Bereich der linken im Vergleich zur rechten Körperhälfte
 - Panalgie
 - diffuse Druckschmerzangabe
 - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke
 - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Schmerzen im Bauch, Kopfschmerzen
4. Chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten
5. Tendinose der Achillessehne rechts
6. Übergewicht mit Body-Mass-Index von 27.2 kg/m²
7. Gestörte Gluconeogenese
8. Hyperurikämie
9. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Während der Untersuchung habe eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik eingesetzt, der Explorand habe diffuse Druckschmerzen geschildert,

welche nicht auf ein somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden könnten, zumal auch kein korrelierender klinisch-pathologischer Befund objektivierbar sei. Das chronisch generalisierte Schmerzsyndrom sei auf ein primäres Fibromyalgie-Syndrom abzustützen (S. 11). Es beständen keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels. Auch in den MRT der LWS komme keine Neuro- oder Myelokompression zur Darstellung. Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der LWS dokumentierten im Vergleich zu den mitgebrachten Voraufnahmen stationäre Befunde. Die vom Exploranden geschilderte Zunahme der Schmerzintensität korreliere somit nicht mit einem progredienten radiologisch-pathologischen Befund (S. 13). Mit der beginnenden Gonarthrose links und dem Ganglion sei für die Tätigkeit als ... keine anhaltende Einschränkung begründbar. Die Tendinose der rechten Achillessehne führe nicht zu einer funktionellen Einschränkung (S. 14). Für körperlich schwergradig belastende Arbeiten sei die Arbeitsfähigkeit seit Jahren nicht mehr gegeben. Für die seit 2001 ausgeübte Tätigkeit als ... könne aus rein rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Ausgewiesen seien zeitlich limitierte Einschränkungen von maximal 1-2 Monaten im Zusammenhang mit den Operationen und der Schmerzbestrahlung, letztmals im Jahr 2013 (S. 17).

3.2.4 Interdisziplinär gelangten die Dres. med. J._____ und I._____ am 27. Oktober 2014 (AB 48.2) zum Schluss, körperlich schwergradig belastende Arbeiten könnten seit mehreren Jahren nicht mehr ausgeübt werden. Für die berufliche Tätigkeit als ... hätten nie anhaltende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestanden.

3.2.5 Dr. med. E._____ legte im Bericht vom 10. März 2015 (AB 61/2) dar, der Patient könne seine Arbeitsleistung als ... nicht mehr erbringen. Seit einigen Monaten arbeite er 50%. Er leide unter lumbalen und cervikalen Schmerzen. Für leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselpositionen bestehe keine oder nur eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%, d.h. halbtags.

3.2.6 Dr. med. K._____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, erwähnte im Bericht vom 30. November 2015 (BB 6) namentlich ein seit 2009 bestehendes generalisiertes Schmerzsyndroms und myofasciale Beschwerden im Bereich der rechten Schulter. Abgesehen vom operativen Débridement der Achillessehne rechts (Juni 2013) und anschliessender antiphlogistischer Radiotherapie seien in der Zwischenzeit keine medizinisch relevanten Ereignisse passiert. Die geklagten Beschwerden seien weiterhin mechanisch dynamisch gemäss der Diagnostik zu verstehen; radikuläre Irritations- oder Kompressionszeichen fänden sich nicht. Nach Durchführung einer muskulären Stabilisationsbehandlung, die subjektiv keine stabilere Situation gebracht habe, werde der Patient aktuell klassisch physiotherapeutisch behandelt, mit Instruktion von Mobilisations- und Kräftigungsübungen für den Nacken-/Schultergürtel, Dehnübungen für die Hand und Finger sowie funktionellen Heimübungen für die lumbosakrale Region bzw. den Beckengürtel. Für die Tätigkeit als ... bestehe „durchaus nachvollziehbar“ eine Arbeitsunfähigkeit von 50%.

3.2.7 Am 20. Januar 2016 (in den Gerichtsakten) nahm Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, RAD, Stellung zum Bericht des Dr. med. K._____. Das von ihm Beschriebene entspreche einer muskulären Dysbalance bei Fehlhaltung. Der postulierten Arbeitsunfähigkeit von 50% könne nicht gefolgt werden: Der behandelnde Rheumatologe gewichte die subjektiven und (mittels Schuheinlagen und Muskeldehnung/-kräftigung) korrigierbaren funktionellen Schmerzen lediglich stärker als der rheumatologische Gutachter und berücksichtige jene in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, während Dr. med. J._____ im Sinne der Versicherungsmedizin (nur) auf die objektiven Befunde abstelle.

3.2.8 Im Austrittsbericht des Spitals G._____ vom 21. Juli 2016 (BB 9) wurden als Hauptdiagnosen genannt: Immobilisierende therapierefraktäre Lumbago bei Discopathie L3/4/5 und Cervicalgie mit Ausstrahlung in den Schultergürtel beidseits. Das MRI der LWS vom 20. Juli 2016 habe weder eine spinale Stenose noch einen tumorösen spinalen Prozess ergeben. Auszumachen sei ein kleiner subligamentärer Bandscheibenvorfall ohne Nervenirritation im Segment LWK 3 und 4 sowie eine ausgeprägte Osteochondrose in den beiden unteren LWS-Segmenten.

3.3 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, 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).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat im Wesentlichen auf die Einschätzungen der Gutachter Dres. med. I. _____ und J. _____ vom 22./27. Oktober 2014 (AB 48.1, 49.1) abgestellt. Diese sind umfassend, beruhen auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen und eigenen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Expertisen sind in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet; sie erfüllen die höchstgerichtlichen Anforderungen an Gutachten und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die in der Beschwerde geäußerte Kritik am Gutachten verfängt – wie nachfolgend aufgezeigt wird – nicht. Was sodann die zahlreichen nach Verfügungserlass datierenden Arztberichte anbelangt, braucht nicht abschliessend geprüft zu werden, ob sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Selbst wenn sie zu Gunsten des Beschwerdeführers in die Beurteilung miteinbezogen werden, vermag er daraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, seine (Rest-)Arbeitsfähigkeit werde von seinen behandelnden Ärzten anders beurteilt als von den Gutachtern, ist darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da weder Dr. med. E. _____ (AB 74/3) noch Dr. med. F. _____ (AB 59/2) oder Dr. med. K. _____ (BB 6) wichtige Aspekte benannten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, sind deren von den Administrativgutachten abweichenden Einschätzungen nicht von vornherein geeignet, Letztere in Zweifel zu ziehen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E 2.2.1). Wenn Dr. med. E. _____ zur Begründung der postulierten Arbeitsunfähigkeit einzig die jahrelange ärztliche Behandlung anführt bzw. auf den Umstand verweist, dass trotz multipler Behandlungsmassnahmen keine volle Reintegration am Arbeitsplatz habe erreicht werden können (AB 74/3), erhellt daraus, dass die divergierende Beurteilung nicht auf anderen medizinischen Befunden beruht, sondern allein eine unterschiedliche Wertung darstellt. Die RAD-Ärztin hat diesbezüglich denn auch überzeugend ausgeführt, dass sich der Gutachter auf die versicherungsmedizinisch zu berücksichtigenden objektiven Befunde gestützt habe, während die behandelnden Ärzte die subjektiven Beschwerden stärker gewichtet hätten (Stellungnahme vom 20. Januar 2016 [in den Gerichtsakten]). Unbegründet ist sodann der Einwand der fehlenden persönlichen Untersuchung durch den RAD (Beschwerde, Ziff. IV. 3.3). Zum einen hat die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf die Gutachten der Dres. med. I. _____ und J. _____ abgestellt; die Stellungnahmen des RAD wurden lediglich eingeholt, weil von Seiten des Beschwerdeführers stetig neue Arztberichte zu den Akten gereicht wurden, welche nicht von der Verwaltung, sondern medizinisch zu würdigen waren. Zum anderen ist ein Aktenbericht praxisgemäss dann nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt, damit sich der Experte aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen kann (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies war hier der Fall.

3.5

3.5.1 Eine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist nach wie vor nicht auszumachen (AB 48.1/6). Die somatoforme Schmerzstörung besteht bereits seit vielen Jahren (vgl. bspw. AB 17/1 und 37/2 je mit Hinweis auf das Jahr 1981; AB 17/11, 37/17, 37/24). Dabei ist unerheblich, ob in diagnostischer Hinsicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (AB 48.1/6), einer Schmerzverarbeitungsstörung (AB 17/1, 17/11, 37/2, 37/24), einem generalisierten Schmerzsyndrom (AB 37/2, 37/17, 37/24, BB 6) oder einer Fibromyalgie (AB 49.1/9) ausgegangen wird, werden doch sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage bzw. alle psychosomatischen Leiden den gleichen versicherungsrechtlichen Anforderungen unterstellt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346). Die somatoforme Schmerzproblematik zeitigte bereits im Vergleichszeitpunkt keine invalidisierende Wirkung; insofern hat sich nichts verändert. Diesbezüglich anzumerken ist einzig, dass die – im Zeitpunkt des Gutachtens noch massgebend gewesene – Rechtsprechung zur sog. Überwindbarkeitsvermutung bei entsprechenden Störungen (vgl. AB 48.1/8) zwischenzeitlich aufgegeben wurde. In dieser Praxisänderung ist für sich allein jedoch auch kein Revisionsgrund zu erblicken (BGE 141 V 285). Damit erübrigen sich insbesondere Ausführungen zu den neuen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Was die vom Allgemeinmediziner Dr. med. H._____ im Bericht vom Januar 2014 (AB 37/2) angegebenen depressiven Episoden anbelangt, hat der Gutachter Dr. med. I._____ schliesslich in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass und warum jene nicht bestätigt werden könnten; im erwähnten Bericht seien keine Befunde angeführt, welche die entsprechende Diagnose begründen würden (AB 48.1/11). Zudem wäre selbst bei Annahme einer gelegentlichen Depressivität darin keine revisionsrechtliche Änderung der Verhältnisse im Vergleich zum hier massgebenden Referenzzeitpunkt (1. Februar 2011 [AB 22]) zu erblicken, geht Dr. med. H._____ doch vom Bestehen seit 2010 aus. Zusammenfassend hat der psychische Gesundheitszustand seit 2011 (AB 22) keine massgebliche Änderung erfahren.

3.5.2 Weiter sind gestützt auf die Akten keine Anhaltspunkte für eine relevante Veränderung der somatischen Gesundheitsschäden zu erkennen. Abgesehen vom Débridement der Achillessehne im Juni 2013, was jedoch nicht zu einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führte (vgl. AB 49.1/9), sind gemäss Bericht des Dr. med. K. _____ vom 30. November 2015 (BB 6) „keine medizinisch relevanten Ereignisse in der Zwischenzeit“ passiert. Nach wie vor bestehen degenerative Veränderungen in der Wirbelsäule und damit zusammenhängend Rückenbeschwerden, die sich indessen nur teilweise objektiveren lassen. Der Gutachter Dr. med. J. _____ hat nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die vom Beschwerdeführer geschilderte Zunahme der Schmerzintensität nicht mit einem progredienten radiologisch-pathologischen Befund korreliere. Bildgebend seien im Bereich der Lendenwirbelsäule vielmehr „stationäre Befunde“ ausgewiesen (AB 49.1/13). Daran ändert auch die Hospitalisation aufgrund der immobilisierenden und therapierefraktären Lumbago im Juli 2016 nichts. Denn abgesehen davon, dass diese bereits seit 2010 bestehen (vgl. BB 9) resp. bereits damals therapierefraktär waren (vgl. AB 19/7), hat das MRI der LWS vom 20. Juli 2016 weder eine spinale Stenose noch einen tumorösen spinalen Prozess oder eine Nervenirritation im Segment der LWK 3 und 4 ergeben. Der Bandscheibenvorfall musste nicht operiert werden; soweit ersichtlich war auch keine andere Massnahme erforderlich (BB 9). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die nach der Begutachtung durchgeführte radiologische Untersuchung habe neue Befunde gezeigt (Beschwerde, Ziff. IV. 3.2), ist Folgendes festzuhalten: Zwar ergab das MRI der Hals- und Brustwirbelsäule vom 12. Februar 2015 eine Discopathie im Bereich der HWS (C5/6); Dr. med. E. _____ führte diesbezüglich u.a. aus, eine Irritation der entsprechenden Nervenwurzel sei „denkbar“ (AB 61/2). Diese Befunde wurden auch im Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 21. Juli 2016 (BB 9) erwähnt, wobei diesbezüglich ebenfalls kein Behandlungsbedarf bestand. Auch Dr. med. E. _____ erachtet die Zeit als noch nicht reif für eine chirurgische Intervention; ebenso wenig hat er die Arbeitsfähigkeit oder das Zumutbarkeitsprofil deswegen anders beurteilt als zuvor (vgl. AB 61/3). Insofern sind die Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den Schultergürtel nicht als erhebliche Tatsachenänderung im Sinne der revisionsrechtlichen Rechtsprechung zu betrachten.

3.6 Nach dem Dargelegten ist nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt, dass bis zum 3. September 2015 (AB 76) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine relevante Änderung seit dem 1. Februar 2011 (AB 22) eingetreten ist. Zwar wurden die Beschwerden in diagnostischer Hinsicht teilweise leicht anders interpretiert, die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ist jedoch im Wesentlichen als unverändert zu qualifizieren. Ein medizinischer Revisionsgrund ist damit nicht ausgewiesen. Weil in erwerblicher Hinsicht eine Veränderung weder ersichtlich ist noch eine solche geltend gemacht wird, fehlt es auch diesbezüglich an einem Revisionsgrund. Bei dieser Ausgangslage ist keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen (vgl. E. 3 hiervor), obsolet ist insbesondere die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. September 2015 (AB 76) ist abzuweisen.

4.

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

Die Verfahrenskosten, festgesetzt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- 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 B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 11. August 2016 inkl. Beilagen)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

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.