

200 15 920 IV
GRD/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. März 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. September 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1952 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog gestützt auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts vom 16. Juli 2009, IV/2009/91, ab 1. November 2002 eine bis 31. Oktober 2006 befristete halbe Invalidenrente (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. IIA] 131). Nachdem die IVB auf zwei Neuanmeldungen (act. IIA 137, 162) mit Verfügungen vom 12. Januar 2012 (act. IIA 158) bzw. 13. November 2013 (act. IIA 179) nicht eingetreten war, meldete sich der Versicherte am 24. April 2014 abermals zum Leistungsbezug an (act. IIA 190), worauf die IVB mit Vorbescheid vom 13. Februar 2015 (act. IIA 200) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 28 % die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht stellte. Nach erhobenem Einwand (act. IIA 204) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 207) verneinte sie entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 24. September 2015 (act. IIA 208) einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 23. Oktober 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch MLaw C._____ von der Gewerkschaft B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm sei eine ganze Rente, eventualiter eine Viertelsrente, zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. November 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. September 2015 (act. IIA 208). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 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).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen

Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig 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 nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens 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; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3.2 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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird 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 (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). 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).

2.4 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.

2.5 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 glaub-

haft 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 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 Neuanschuldungsverfahren – 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).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu prüfen gilt es somit zunächst, ob im Vergleich zur Sach-

lage, wie sie dem VGE IV/2009/91 (act. IIA 131) zugrunde lag (also der Sachverhalt, der zur Zeit der Verfügung vom 17. Dezember 2008 [act. IIA 121] gegeben war [vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140]), im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2014 (act. IIA 205) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor). Gegebenenfalls 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).

3.2 Mit VGE IV/2009/91 (act. IIA 131) wurde ab 1. November 2002 eine bis 31. Oktober 2006 befristete halbe Invalidenrente zugesprochen und für die Zeit danach ein Rentenanspruch verneint. Der negative Entscheid betreffend die Zeit ab 1. November 2006 basierte (act. IIA 131/14 E. 4.2.3 und E. 4.4) in medizinischer Hinsicht auf dem Verlaufsgutachten der MEDAS vom 18. April 2008 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 99). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit aufgeführt (act. II 99/14 Ziff. 4.1):

1. Depressive Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) leichten bis mittelgradigen Ausmasses vor dem Hintergrund anhaltender psychosozialer Belastungsfaktoren und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; Differentialdiagnose: depressive Episode [ICD-10: F32.0])
2. Leicht verminderte Kniebelastbarkeit
3. Klinisch varische Beinachsen beidseits
4. Status nach Valgisationsosteotomie Knie rechts im September 2005
5. Exostosen beidseits medial/dorsal distaler Femur
6. Arterielle Hypertonie
7. Anamnestisch Keratosis follicularis

Die Gutachter erklärten, körperlich müsse von einer dauerhaft verminderten Kniebelastbarkeit ausgegangen werden. Psychisch verminderten eine Einengung der Erlebnisfähigkeit und damit eine schmerzbezogen-depressive Selbstwahrnehmung die Leistungsfähigkeit (act. II 99/18 lit. C Ziff. 1). Sie attestierten für die angestammte Beschäftigung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 99/18 lit. C Ziff. 2) und erachteten eine leidensadaptierte Tätigkeit (körperlich mittelschwere wechselbelastende Arbeiten mit einem Hebe- bzw. Tragelimit von zehn Kilogramm sowie einer Gehstrecke und Sitzdauer gemäss dem in der allgemeinen Ergonomie empfohlenen Ausmass) im Umfang von achteinhalb Stunden täglich für zumutbar, wobei die

Leistungsfähigkeit aufgrund der psychischen Störung um 20 % vermindert sei (act. II 99/19 f. lit. C Ziff. 11-14).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 24. September 2015 (act. IIA 208) stützt sich auf RAD-Stellungnahmen vom 14. November 2014 (act. IIA 193) und 16. September 2015 (act. IIA 207) sowie auf ein psychiatrisches Verlaufsgutachten vom 27. Januar 2015 (act. IIA 199.1).

3.3.1 Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, setzte sich in seinem Aktenbericht vom 4. November 2014 (act. IIA 193) mit den vom Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sowie vom Vertrauensarzt des Sozialdienstes Dr. med. F. _____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, als neue Diagnosen angegebenen somatischen Problemen auseinander (koronare Herzkrankheit mit akutem inferiorem Myokardinfarkt, mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom, Lebersteatose, zervikale Spinalstenose und Hohl- bzw. Spreizfüsse beidseits [act. IIA 180, 187]). Er erklärte, die Fussproblematik sei bereits im MEDAS-Gutachten (act. II 99) berücksichtigt worden und verwies bezüglich der übrigen Diagnosen auf seine früheren Stellungnahmen (act. IIA 148, 174). Er gelangte zum Schluss, dass in rein körperlicher Hinsicht das Zumutbarkeitsprofil, wie es im MEDAS-Gutachten (act. II 99) formuliert worden sei, nach wie vor gelte.

3.3.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vermerkte in seiner Expertise vom 27. Januar 2015 (act. IIA 199.1) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA 199.1/9 lit. A Ziff. 4) nebst einer aktuell leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.0) – wie bereits früher (act. II 84/5 Ziff. 4) – eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Er hielt fest, dass in den letzten Jahren eine Steigerung der psychosomatischen Beschwerden aufgetreten sei, die psychische Komorbidität sich dagegen aber nicht verstärkt habe, vielmehr sei es im Jahr 2013 zu einer gewissen Verbesserung gekommen (act. IIA 199.1/13 lit. C Ziff. 7). Er bescheinigte sowohl für die angestammte als auch für eine Verweisungstätigkeit eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung (act. II 199.1/13 f. lit. C Ziff. 4 f. und 13 f.).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.1 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.5 Sowohl die Beurteilungen von Dr. med. D. _____ (act. IIA 193, 207), als auch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. _____

(act. IIA 199.1) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringen vollen Beweis.

3.5.1 Dass Dr. med. D. _____ keine klinische Exploration vorgenommen hat, schmälert den Beweiswert seiner Einschätzung nicht, konnte er sich anhand der wesentlichen Vorakten doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.5.2 Der RAD-Arzt bezog sich auf das revisionsrechtliche Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2; vgl. E. 2.5 hiervor) – und zeigte überzeugend auf, dass seit dem Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervor) zwar neue Diagnosen hinzugetreten sind, die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit hingegen unverändert geblieben ist.

3.5.3 Was die von den Dres. med. E. _____ und F. _____ erwähnten Spreiz- bzw. Hohlfüsse anbelangt (act. IIA 180, 187/9), hatte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bereits anlässlich der MEDAS-Begutachtung im September 2007 eine beidseitige Fussdeformität festgestellt (act. II 99/30), wobei die Funktionsprüfung Normalbefunde zeigte (act. II 99/32) und sich dementsprechend keine Einschränkung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit ergab. Soweit der Beschwerdeführer über Fusschmerzen klagt (act. IIA 187/3), ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin ihm mittlerweile die Kosten für orthopädische Spezialschuhe bzw. für Änderungen an Konfektionsschuhen vergütet (act. II 113-116). Daraus kann jedoch keine relevante Gesundheitsverschlechterung abgeleitet werden, denn dieser Hilfsmittelanspruch setzt nicht voraus, dass das angepasste Schuhwerk zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit notwendig ist (vgl. Art. 2 Abs. 2 i.V.m. Ziff. 4 Anhang der Verordnung des EDI vom 29. November 1976 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung [HVI; SR 831.232.51]). Zudem ergab die konsiliarische fusschirurgische Abklärung im November 2012 lediglich leicht ausgeprägte Hohlfüsse, die durch eine Neuanpassung der Schuhe bzw. mit zusätzlichen Schuheinlagen therapierbar sind (act. IIA 164).

3.5.4 Mit der koronaren Herzkrankheit und dem am 26. März 2013 aufgetretenen akuten inferioren Myokardinfarkt (act. IIA 180, 187/13 Ziff. 5) hatte sich Dr. med. D. _____ bereits am 28. Oktober 2013 eingehend befasst (act. IIA 174). Er wies darauf hin, dass der nicht ganz vollständige Verschluss eines Herzkranzgefässes durch eine Stent-Einlage behoben wurde und mit Blick auf die Feststellungen der behandelnden Kardiologen (act. IIA 162/2 f.) zwar eine kardiale Problematik bestehe, diese sich aber nicht auf die Leistungsfähigkeit auswirke (act. IIA 174/2). Daran hat sich augenscheinlich auch im weiteren Verlauf nichts geändert (vgl. beispielsweise: act. IIA 199.2/9, 199.2/5). Dagegen fehlt für die Auffassung des Hausarztes, wonach sich das klinische Zustandsbild durch den Herzinfarkt verschlechtert haben soll (act. IIA 180), jegliche Begründung. Auch Dr. med. F. _____ legte nicht näher dar, inwiefern der Zustand nach Myokardinfarkt die funktionelle Leistungsfähigkeit beeinflussen soll (act. IIA 187/13).

3.5.5 Die dem mittelschweren obstruktiven Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom zugrunde liegenden Symptome traten offenbar auch schon im Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervor) auf (act. IIA 146/5). Die Annahme von Dr. med. F. _____, das Syndrom sei apparativ nicht behandelbar (act. IIA 187/12 Ziff. 5) findet in den Akten keinen Rückhalt, vielmehr wies Dr. med. D. _____ gestützt auf einen Bericht der vom Beschwerdeführer konsultierten Pneumologen (act. IIA 146/3 f.) bereits im November 2011 darauf hin, dass das Leiden mittels zumutbarer CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure) behandelbar wäre, der Beschwerdeführer diese Therapie jedoch ablehne (act. IIA 148).

3.5.6 Dass die anlässlich der Ultraschalluntersuchung vom 4. September 2009 festgestellte mässiggradige Lebersteatose (act. IIA 146/2, 164/14, 180) eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen könnte, ist nicht ersichtlich und wurde von Dr. med. D. _____ auch schon in seiner früheren Stellungnahme vom 11. November 2011 (act. IIA 148) ausgeschlossen, was angesichts der häufigen Verbreitung der Fettleber in Industrieländern und ihrer Therapierbarkeit (vgl. GRETEN/RINNINGER/GRETEN [Hrsg.], Innere Medizin, 13. Aufl. 2010, S. 834 f.) einleuchtend erscheint.

3.5.7 Im Zusammenhang mit der von Dr. med. F. _____ als neue Diagnose angegebenen zervikalen Spinalstenose (act. IIA 187/13 Ziff. 5) erge-

ben sich aus den Akten keine Hinweise auf eine wesentliche funktionelle bzw. schmerzbedingte Einschränkung, zumal basierend auf den bildgebenden Untersuchungen der Halswirbelsäule (HWS) aus dem Jahre 2012 (act. IIA 162/5) eine Wurzelirritation auf Stufe C6/7 wohl als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich beurteilt wurde (act. IIA 174/3). Dass sich seither eine radikuläre Problematik entwickelt hätte, ist weder ersichtlich noch wird dies geltend gemacht.

3.5.8 Auch das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 27. Januar 2015 (act. IIA 199.1) überzeugt. Die dagegen erhobene Kritik, wonach die Expertise nicht umfassend sein soll, weil sie sich lediglich auf eine Fachdisziplin bezieht (Beschwerde S. 9 Ziff. V Ziff. 3), verfängt nicht. Wohl beantragte der Beschwerdeführer eine interdisziplinäre Begutachtung (act. IIA 197/1; Beschwerde S. 8 Ziff. V Ziff. 1.3), aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte und der eingehenden Aktenbeurteilung von Dr. med. D. _____ (act. IIA 193) erwies sich der somatische Gesundheitszustand jedoch als hinreichend abgeklärt. Der Beschwerdeführer liess die Zwischenverfügung vom 24. November 2014 (act. IIA 198), mit der die Beschwerdegegnerin an der monodisziplinären Begutachtung festhielt, unangefochten in Rechtskraft erwachsen, womit er die ausschliessliche Begutachtung durch Dr. med. G. _____ letztendlich akzeptierte.

3.5.9 Der Beschwerdeführer legte nicht substantiiert dar, weshalb dem psychiatrischen Verlaufsgutachten (act. IIA 199.1) der Beweiswert abgehen soll, er beschränkte sich lediglich auf pauschale Rügen, wonach die Expertise beispielsweise oberflächlich gehalten sei oder «wesentliche Unterschiede zu den bisherigen ärztlichen Einschätzungen» beinhalte (Beschwerde S. 9 Ziff. V Ziff. 3). Dr. med. G. _____ setzte sich mit den Vorakten und insbesondere mit dem vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. F. _____ vom 11. Oktober 2013 (act. IIA 187) eingehend auseinander (act. IIA 199.1/15 f. lit. D). Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 f. Ziff. V Ziff. 3) ist die Beurteilung des Vertrauensarztes keineswegs geeignet, die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten in Zweifel zu ziehen. Abgesehen davon, dass dieser über keinen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, was ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit und damit den Beweiswert seines

ärztlichen Berichts darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.2 mit Hinweisen), vermochte er auch keine wesentlichen Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind.

3.6 Nach dem Gesagten ist erstellt, dass seit 17. Dezember 2008 (vgl. E. 3.1 hiervor) neue Diagnosen hinzugetreten sind. Derart veränderte Umstände bedeuten aber nur dann eine revisionsrechtlich relevante Entwicklung, wenn sie den Rentenanspruch berühren (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). In somatischer Hinsicht sind die medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit sowie das medizinische Zumutbarkeitsprofil unverändert geblieben, während dies in psychiatrischer Hinsicht vorderhand unklar ist. Dr. med. G._____ ging von einer gewissen Verbesserung der psychischen Komorbidität im Jahr 2013 aus (act. IIA 199.1/13 lit. C Ziff. 7) und auch der Explorand selbst gab an, die psychische Problematik sei in den Hintergrund getreten (act. IIA 199.1/5 lit. A Ziff. 1 f.). Der Gutachter attestierte aber nach wie vor eine 20%ige Einschränkung, wobei sich diese nunmehr auf die Präsenzzeit bezieht (act. IIA 199.1/14 lit. C Ziff. 13 f.), während im MEDAS-Gutachten eine psychisch bedingte 20%ige Leistungseinschränkung festgestellt worden war (act. II 99/20 lit. C Ziff. 13 f.). Zwar könnte diese Differenz für den Invaliditätsgrad ausschlaggebend sein, denn ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn für das Invalideneinkommen ist bei reduzierter Präsenzzeit nicht ausgeschlossen (vgl. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 28a N. 107; SZS 2016 S. 255), während von vornherein kein Abzug wegen Teilzeitarbeit vorzunehmen ist, wenn bei ganztätig zumutbarer Präsenz lediglich eine leistungsmässige Einschränkung besteht (Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_7/2015, E. 5.2.3; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130 E. 9.2). Jedoch beruht die von Dr. med. G._____ attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit auf einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die gestützt auf die sog. Foerster-Kriterien nach der damals einschlägigen Praxis von BGE 130 V 352 nicht vollständig überwindbar sein soll (act. IIA 199.1/12 lit. B). Abgesehen davon, dass die Überwindbarkeit grundsätzlich nicht teilbar ist (vgl. dazu JÖRG JEGER, Die persönlichen Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit – Eine kritische Auseinandersetzung mit der Über-

windbarkeitspraxis, in: GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], *Psyche und Sozialversicherung*, 2014, S. 174 Ziff. 5.5 und Fn. 67), sind nunmehr die Grundsätze von BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.3 hiervor) massgebend. Es muss somit geprüft werden, ob überhaupt noch ein invalidenversicherungsrechtlich erheblicher Gesundheitsschaden vorliegt. Anders als in der Beschwerde (S. 9 Ziff. V Ziff. 3) vorgebracht, ist dabei im Gutachten in intertemporalrechtlicher Hinsicht ohne weiteres eine schlüssige Beurteilung im Lichte des mittlerweile massgeblichen Prüfungsrasters zu erblicken (vgl. E. 4 hiernach; BGE 141 V 281 E. 8 S.309).

4.

4.1 Ob die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. IIA 199.1/9 lit. A Ziff. 4) unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (vgl. E. 2.3.1 hiervor) ist fraglich, kann mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen jedoch offen bleiben.

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

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

4.2.1.1 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 mitwirkende psychosoziale Belastungsfaktoren hin (familiäre Schwierigkeiten, finanzielle Probleme, Eheprobleme, unvollständige Assimilation in der Schweiz [act. IIA 199.1/9 lit. A Ziff. 4, 99.1/11 lit. B]). Zwar sollen die Schmerzen, deren Intensität der Beschwerdeführer auf fünf Punkte gemäss der Visuellen Analogskala (VAS) schätzte, den Hauptfokus seines Interesses bilden (act. IIA 199.1/9 lit. A Ziff. 3), eine gedrückte Stimmungslage war jedoch nicht erkennbar (act. IIA 199.1/8 lit. A Ziff. 3). Der Beschwerdeführer präsentierte sich eher latent aggressiv als depressiv und sein Antrieb war weder verarmt noch gesteigert (act. IIA 199.1/8 lit. A Ziff. 3, 199.1/10 lit. B). Ein schweres psychiatrisches Krankheitsgeschehen bestand nicht und die diagnoserelevanten

Befunde und Symptome (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233 f.) waren jedenfalls nicht erheblich ausgeprägt.

4.2.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer seit Januar 2009 in ambulanter Behandlung bei Dr. med. I. _____ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, befindet, wobei er diesen alle drei Wochen konsultierte und mit ihm in deutscher Sprache sprach, was schwierig sei (act. IIA 199.1/6 lit. A Ziff. 1 f.). In Anbetracht der tiefen Behandlungsfrequenz sowie der sprachlichen Hürden (act. IIA 199.1/10 lit. B) erscheint dieses Therapiesetting nicht ideal. Zudem vermutete Dr. med. G. _____ in Bezug auf die Pharmakotherapie eine Malcompliance und ortete ein weiteres Therapiepotential (act. IIA 199.1/11 lit. B, 199.1/13 lit. C Ziff. 8). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Mit anderen Worten verbietet sich die Annahme einer Behandlungsresistenz. Auch dieser Indikator spricht gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

4.2.1.3 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 gemäss den beweiskräftigen RAD-Stellungnahmen medizinisch-theoretisch keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. IIA 193 und 207 i.V.m. act. II 99/19 f. lit. C Ziff. 11-14) und die leichtgradige depressive Episode (act. IIA 199.1/9 lit. A Ziff. 4) 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. des

BGer vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 4.2; act. IIA 199.1/13 lit. C Ziff. 8).

4.2.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Zwar neigt der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben dazu, phasenweise aggressiv zu reagieren (act. IIA 199.1/6 lit. A Ziff. 1 f.), Dr. med. G._____ fand jedoch keine Hinweise, welche auf eine Persönlichkeitsstörung schliessen lassen (act. IIA 199.1/9 lit. A Ziff. 3); insbesondere waren weder eine Störung der Affektivität noch eine Ich-Störung vorhanden (act. IIA 199.1/8 lit. A Ziff. 3).

4.2.3 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 soziale Kontakte mit Kollegen zu pflegen (act. IIA 199.1/7 lit. A Ziff. 1 f.).

4.3 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 und eine freie Prüfung Platz zu greifen hätte (vgl. E. 3.1 hiervor), wäre damit einzig und allein der somatische Gesundheitszustand mit der attestierten 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. IIA 193/2 i.V.m. act. II 99/19 f. lit. C Ziff. 11-14) relevant. Mit Blick auf das unbestrittene Valideneinkommen wäre damit ein rentenbegründender Invaliditätsgrad selbst bei dem vom Beschwerdeführer geforderten (Beschwerde S. 10 Ziff. V Ziff. 4) aber 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 24. September 2015 (act. IIA 208) einen Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht, die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 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):
- B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.