

200 15 933 IV
SCI/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. April 2016

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. September 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Juni 2006 unter Hinweis auf Beschwerden an der Wirbelsäule und ein Schleudertrauma nach Autounfall vom 22. April 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1/1 ff.). Diese holte die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA; AB 5, 22) sowie erwerbliche (AB 6 f., 10) und medizinische Unterlagen (AB 14) ein und ordnete auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 18) eine MEDAS-Begutachtung im Spital B._____ an (Expertise vom 3. Dezember 2007; AB 25). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 26) wies die IVB das Leistungsbegehren ab (unangefochten gebliebene Verfügung vom 26. Februar 2008; AB 38).

Unter Verweis auf einen Bericht des Spitals B._____ vom 27. März 2009 ersuchte der Versicherte im April 2009 um Neubeurteilung des Rentenanspruchs (AB 64). Auf Empfehlung des RAD (AB 65) veranlasste die IVB eine Verlaufsbeurteilung durch das Spital B._____ (MEDAS; Expertise vom 15. August 2009; AB 74, 78). Mit Vorbescheid vom 8. September 2009 (AB 76) stellte sie die Abweisung in Aussicht. In der Folge reichte der Versicherte einen Bericht seines behandelnden Psychiaters vom 7. Oktober 2009 ein (AB 79). Nach Konsultation des RAD (AB 81) verfügte die IVB am 2. November 2009 entsprechend dem Vorbescheid (AB 82). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Mai 2014 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB an und machte geltend, sein Zustand habe sich in den letzten Jahren drastisch verschlechtert; er leide unter Schmerzen, Schwindel, Schlaf-/Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Panikanfällen sowie Herzrasen und nehme Erschei-

nungen und Stimmen wahr (AB 98; vgl. auch AB 106, 111). Nach Konsultation des RAD (AB 110, 113) trat die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 114) auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (Verfügung vom 25. September 2014; AB 115). Hiergegen erhob der Versicherte Beschwerde (AB 118; dies unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 24. Oktober 2014), worauf die IVB nach Konsultation des RAD (AB 125) die Verfügung vom 25. September 2014 wiedererwägungsweise aufhob (AB 126) und eine psychiatrische Begutachtung veranlasste (Expertise vom 4. Juni 2015; AB 138.1). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 139) wies die IVB mit Verfügung vom 25. September 2015 (AB 142) das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 23 % ab.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte unter Verweis auf eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 2) mit auf den 24. Oktober 2015 datierter und am 26. Oktober 2015 der Post übergebener Eingabe Beschwerde. Sinngemäss beantragte er die Ausrichtung einer IV-Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2015 beantragte die Beschwerdegegerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 25. September 2015 (AB 142). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Rentenleistungen.

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

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

2.

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

keit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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).

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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 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 ha-

ben. 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).

2.5 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]).

2.5.1 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).

2.5.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin trat mit Verfügung vom 25. September 2014 (AB 115) auf die Neuanmeldung vom Mai 2014 (AB 98) vorerst nicht ein. Nachdem sie die Verfügung im Rahmen eines gerichtlichen Beschwerdeverfahrens (vgl. AB 118) wiedererwägungsweise aufgehoben hatte (AB 126), hat sie weitere Abklärungen (namentlich eine psychiatrische Begutachtung; AB 138.1) vorgenommen und schliesslich materiell entschieden (AB 142). Die Eintretensfrage ist deshalb praxisgemäss nicht zu überprüfen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.). Zu prüfen ist, ob zwischen der letzten rechtskräftigen Abweisung des Leistungsgesuchs am 2. November 2009 (AB 82) und der hier angefochtenen Verfügung vom 25. September 2015 (AB 142) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 2. November 2009 (AB 82) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die folgenden medizinischen Einschätzungen:

3.2.1 Ursprünglich erfolgte die Anmeldung zum Leistungsbezug unter Hinweis auf (somatische) Beschwerden an der Wirbelsäule und ein Schleudertrauma (AB 1/6 Ziff. 7.1 ff.). Wegen anamnestisch bereits seit mehreren Jahren bestehender Schmerzen mit Ausstrahlung in den Schultergürtel, die im Rahmen eines Autounfalls mit HWS-Distorsionstrauma im April 2005 exazerbiert seien, wurde der Beschwerdeführer im Dezember 2005 im Spital B. _____ untersucht. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 29. Dezember 2005 (AB 5/84 ff.) wurde eine chronische Zervikobrachialgie links bei Schmerzchronifizierung und Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert (AB 5/84). Ferner wird in diesem Bericht auch darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer 1996 und 1997 zweimal jeweils mehrere Wochen im Spital B. _____ hospitalisiert gewesen sei, dies wegen im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen und Panikattacken. Die damalige Beurteilung habe eine Depression mit Somatisierung bei psychosozialer Belastungssituation ergeben. Bei der gegenwärtigen Hospitalisation im Spital B. _____ hätten sich erneut Hinweise auf eine relevante Überlagerung des organischen Beschwerde-

kerns, begleitet von einer deutlichen Schmerzchronifizierung, ergeben (AB 5/85).

Gemäss Bericht des Spitals B. _____ vom 8. Februar 2006 (AB 5/7 ff.) wurde der Beschwerdeführer vom 19. Dezember 2005 bis 27. Januar 2006 stationär abgeklärt und behandelt. Diagnostiziert wurden eine chronische Zervikobrachialgie links, eine Hypästhesie des linken Ober- und ulnarseitigen Unterarms ohne organisches Korrelat (Differentialdiagnose: Somatisierungsstörung), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ein Verdacht auf Pneumonie rechts basal und schliesslich ein Hypoliquorrhoesyndrom (AB 5/7). Der Beschwerdeführer habe berichtet, seit dem Autounfall vom 23. April 2005 ganztags an andauernden, bewegungsunabhängigen, zusammenziehenden Schmerzen, beginnend occipital mit Ausstrahlung in den Nacken, Kopf, Stirn- und Schläfenbereich zu leiden. Des Weiteren habe er über weniger Kraft und Gefühl des linken lateralen Ober- und ulnarseitigen Unterarms bis zum Ring- und Zeigefinger geklagt. Besonders bei kaltem Wetter habe er ein Nebelsehen vor den Augen angegeben. Wegen Gedankenkreisen und Schmerzen könne er nicht ein- und durchschlafen. Schliesslich habe er angegeben, schon vor ca. sieben Jahren wegen Nervenkrankheit und Schlafstörungen im Spital B. _____ hospitalisiert gewesen zu sein (AB 5/10 oben). Der Beschwerdeführer habe eine gute Kindheit und ein gutes Verhältnis zur Familie erwähnt; er habe in guten finanziellen Verhältnissen gelebt (AB 5/10 unten).

3.2.2 Im MEDAS-Gutachten vom 3. Dezember 2007 (AB 25/3 ff.) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) eine Zervikobrachialgie bei degenerativen HWS-Veränderungen, (2.) eine geringe inkomitante Hyperphorie, (3.) Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2) sowie (4.) eine Panikstörung (ICD-10: F41.0), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (5.) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), (6.) Spannungskopfschmerz, (7.) Dysästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links, (8.) Hyperopie, (9.) Cataracta incipiens, (10.) geringe Nahhexopie mit subnormalem Binokularsehen, (11.) Fehlstatik der Wirbelsäule, (12.) Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur, (13.) beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur sowie (14.) Fussdeformationen beidseits diagnostiziert

(AB 25/14 Ziff. 4). Er sei in ... geboren und sei behütet und integriert in der Familie aufgewachsen. Kindheit und Jugend habe er in schöner Erinnerung, keine Aussenseiterrolle (AB 25/9). Anamnestischen Angaben zufolge habe sich der Beschwerdeführer erstmals 1995/96 in psychiatrische Behandlung begeben und sei drei bis vier Jahre lang wegen Angst und Panikattacken behandelt worden (AB 25/8). Der Beschwerdeführer könne die bisherige Tätigkeit als ... aufgrund der Doppelbilder nicht mehr ausüben. Die Tätigkeit als ... sei durchführbar (AB 25/15 lit. C Ziff. 2). Körperlich durchschnittlich mittelschwere Tätigkeiten, bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage und ohne Zwangshaltungen und ohne Überkopfarbeiten, seien vollschichtig zumutbar (AB 25/16 f. lit. C Ziff. 3, 4, 11, 12, 13 und 14).

Im MEDAS-Verlaufsgutachten vom 15. August 2009 (AB 74/4 ff., 78/2) wurden die bisherigen Diagnosen (vgl. AB 25/14 Ziff. 4) im Wesentlichen bestätigt (AB 74/21 f. Ziff. 4); der Untersuchungsbefund habe sich weder auf somatischem noch auf psychopathologischem Gebiet verändert (AB 74/22 lit. B). Im Rahmen der Systemanamnese und vegetativen Anamnese habe der Beschwerdeführer angegeben, er leide unter Ein- und Durchschlafstörungen. Kürzlich habe er das Gefühl gehabt, als ob im Schlaf jemand mit ihm rede. Es sei noch zu weiteren Ereignissen gekommen, in denen er nicht gewusst habe, ob er wach sei oder träume. Sein Psychiater habe ihm gesagt, solche Träume könnten vorkommen. Der fehlende Realitätscharakter sei ihm durchaus bewusst (AB 74/13). Zur Sozialanamnese habe der Beschwerdeführer die Angaben des Vorgutachtens (AB 25/9) bestätigt. Kindheit und Jugend habe er in überwiegend schöner Erinnerung, obwohl er die Erziehung durch den impulsiven, teilweise sehr strengen Vater manchmal ungerecht erlebt habe; seine Mutter hingegen habe er stets in liebevoller, zugewandter Erinnerung (AB 74/14). Nach Ansicht der Gutachter präsentierten sich, wenn überhaupt, die psychopathologischen Befunde geringfügig ausgeprägter als vor zwei Jahren: Insbesondere falle auf, dass es dem Beschwerdeführer nach der Trennung von der Ehefrau schwer falle, eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten. Es fänden sich Rückzugstendenzen, wobei der Beschwerdeführer allerdings nach wie vor durchaus interaktions- und integrationsfähig sei. Eine Gefangenheit in Ängsten oder pathologischen Angsteffekten habe sich im psychopatho-

logischen Befund erneut nicht ausmachen lassen. Gegenüber dem Vorgutachten ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte (AB 74/22 f. lit. B).

3.2.3 In einem Bericht vom 7. Oktober 2009 an die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers nahm der behandelnde Arzt med. pract. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstmals aktenkundig Stellung (AB 79/2 f.): Er wiederholte die wesentlichen Diagnosen gemäss MEDAS-Begutachtung (vgl. AB 25/14 Ziff. 4 und AB 74/21 f. Ziff. 4) und wies auf erheblich mitwirkende psychosoziale Umstände hin (AB 79/2 Ziff. 2). Die Beschwerden, die zur seit dem Unfall bis heute bestehenden Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, seien auf das Unfallereignis zurückzuführen. Durch diese Beschwerden und die Arbeitsunfähigkeit sei es auch zu psychosozialen Stress mit negativen Folgen (Beziehungsabbruch, Depression, Schlafstörungen, Panikattacken, evtl. PTSD) gekommen (AB 79/2 f. Ziff. 3).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2015 (AB 142) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Gemäss Berichten des Spitals B._____ zu Händen des behandelnden Psychiaters vom 10. und 23. Januar 2013 (AB 106/2 f., 137) wurden im Rahmen einer Hospitalisation vom 17. Dezember 2012 bis 10. Januar 2013 die bekannten Diagnosen (insbesondere rezidivierende depressive Störung, chronifiziertes zervikales Schmerzsyndrom und Angst-/Panikstörung) gestellt und auf im Zusammenhang mit der Depression aufgetretene psychotische Symptome und psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen. Den Ausführungen des Beschwerdeführers zufolge sei der Schmerz sein momentanes Hauptproblem (AB 137/3 oben). Es bestehe eine deutliche Assoziation zu Stressempfinden und Nervosität. Im Affekt wirke er hoffnungslos und deprimiert, klage über kommentierende Stimmen sowie visuelle Halluzinationen (Erscheinen der verstorbenen Mutter; AB 137/1 unten). Den Vater beschreibe der Beschwerdeführer als starken, strengen Mann, der in Auseinandersetzung zu Gewalt geneigt habe. Die Mutter sei der liebevolle Part in der Familie gewesen, verständnisvoller und weicher. Der Leichnam der Mutter habe nach ... Recht nach 24 Stunden beerdigt werden müssen. Er habe (in der Schweiz) die Nachricht von ihrem Tod erst am Folgetag erhalten; ohnehin hätte er nicht so schnell einen Flug

bekommen. Das habe ihn kaputt gemacht, er habe viele Vorwürfe aus der Umgebung und auch von der Familie bekommen. Es beständen Schuldgefühle bis heute. Seit dem Tod der Mutter erscheine sie ihm regelmässig fast täglich, meist abends. Sie schimpfe mit ihm, er solle zu ihr kommen. Der Inhalt der Beschimpfungen seien immer wiederkehrende Erinnerungen, was im Leben schief gelaufen sei. Die Kindheit sei geprägt gewesen durch seine Unruhe, häufig sei es zu Auseinandersetzungen handgreiflicher Art gekommen (AB 137/4).

3.3.2 Mit Stellungnahme vom 24. Oktober 2014 (AB 118/2 f.) machte der behandelnde Psychiater geltend, der Zustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert, indem nun Erscheinungen und Stimmen aufgetreten seien. Der Beschwerdeführer sei seit ungefähr vier Jahren an einer schizoaffektiven Störung (ICD-10: F25.2; Differentialdiagnosen: Depression mit psychotischen Symptomen [ICD-10: F32.2], Schizophrenie [ICD-10: F20]) erkrankt. Die visuellen und auditiven Halluzinationen hätten nach dem Tod der Mutter (2004) begonnen, an deren Beerdigung er aus finanziellen Gründen (im Einverständnis der ganzen Familie) nicht habe gehen können. Nun erscheine ihm die Mutter seit ungefähr 2009 und mache ihm entsprechende Vorwürfe. Weiter mache sie ihm Vorwürfe, wie er sie in seiner Kindheit behandelt habe. In der Psychotherapie dissoziiere der Beschwerdeführer plötzlich, sei kurz nicht ansprechbar und spreche mit der Mutter. Diese psychotischen Symptome hätten noch zugenommen, andere Stimmen seien dazugekommen. Es bestehe eine starke depressive Grundstimmung. Dadurch sei der Beschwerdeführer stark eingeschränkt. Die dabei dominierenden Emotionen verstärkten dann durch Verspannungen auch die Schmerzen. Der Beschwerdeführer isoliere sich. Die Bewältigung der familiären Konflikte sei so schwierig. In der Lebensgeschichte seien in der Kindheit traumatisierende Erlebnisse in der Familie feststellbar.

3.3.3 Der begutachtende Psychiater Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 4. Juni 2015 (AB 138.1) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 138.1/21). Die vordiagnostizierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), die Panikstörung (ICD-10: F41) und die somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) seien diskussionsbedürftig

und die weiterhin gestellten Diagnosen der generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1), eines Zustands nach multiplem Substanzgebrauch (ICD-10: F19.9) und der schizoaffektiven Störung (ICD-10: F25.2; differentialdiagnostisch Depression mit psychotischem Syndrom [ICD-10: F32.2] und Schizophrenie [ICD-10: F20]) seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar (AB 138.1/22).

Zur Begründung führte der Gutachter einleitend aus, die SUVA habe im Jahr 2006 die Verursachung der geklagten Beschwerden durch den Unfall in Abrede gestellt und nach kreisärztlicher Untersuchung vom 27. April 2006 sämtliche Pathologien auf degenerative Veränderungen zurückgeführt (vgl. AB 5/78 ff., 5/74 f. und 22/2 ff.). Es sei ein kumulativer Effekt aufgetreten, der sich aus somatischen Faktoren und krankheitsfremden Faktoren wie Lebensalter, Migrationshintergrund und dem Gefühl, eine Leistung von Versicherungen zugute zu haben nach erlittenem Unfall und ärztlicher Behandlung, zusammengesetzt habe. Es handle sich jedoch bei allen genannten Faktoren eindeutig nicht um Symptome einer primär psychischen Störung oder um Ausdruck einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung (AB 138.1/24 f.).

Die im Bericht des Spitals B. _____ vom 8. Februar 2006 (vgl. E. 3.2.1 zweiter Abschnitt hiavor) diagnostizierte rezidivierende depressive Störung könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht erst dann als gesichert gelten, wenn mehrere frühere Erkrankungsepisoden mit klar abgrenzbarem Beginn und Ende der Symptomatik sowie Behandlungsansätze in ambulanter oder stationärer Therapie dokumentiert seien, was vorliegend nicht (ausreichend) der Fall sei (AB 138.1/25 f.). Eine nachhaltige Beeinträchtigung der psychischen Grundfunktionen sei nicht festzustellen (AB 138/28 f.).

Entgegen den Ausführungen im psychiatrischen Zusatzgutachten zum MEDAS-Gutachten 2007 (vgl. E. 3.2.2 erster Abschnitt hiavor) habe der Beschwerdeführer in den Jahren vor Sommer 2007 keine psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen, sondern sei zur Behandlung der somatisch durch Verschleiss bedingten und nach dem Unfall verstärkten Beschwerden in die Behandlung des Spitals B. _____ gelangt; es habe sich eindeutig um den Zusammenhang zu den geäusser-

ten Schmerzen und körperlichen Beschwerden gehandelt und nicht um psychische Beschwerden oder eigentliche psychosomatische Symptome. Aus der aktuellen Sicht sei diskussionsbedürftig, ob neben der aus den subjektiven Angaben ableitbaren Angst und depressiven Störung gemischt auch die Diagnose einer Panikstörung zu stellen gewesen sei, gehe doch aus den gemachten Angaben nicht deutlich hervor, dass ausgeprägte Panikattacken im Sinne von paroxysmalen Ängsten häufig und ausgeprägt vorgekommen seien. Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, habe der Beschwerdeführer doch nicht über einen als kausal zu betrachtenden andauernden psychosozialen Konflikt, eine Traumatisierung, körperliche Übergriffe oder gravierende psychosoziale Probleme vor dem Auftreten der Schmerzen, die nicht körperlich zuordenbar gewesen wären, berichtet (AB 138.1/27 ff.). Aus der aktuellen gutachterlichen Sicht werde in den MEDAS-Gutachten (vgl. E. 3.2.2 hiervor) die Diskussion der krankheitsfremden Faktoren sowohl der psychosozialen Belastungsfaktoren als auch der motivationalen Faktoren vermisst. Von Relevanz scheine weiterhin, dass auch zu diesem Zeitpunkt keinerlei Hinweise auf psychotische Symptome im weitesten Sinne bestanden hätten (AB 138.1/31 f.).

Der behandelnde Psychiater stelle einen sehr engen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis, den körperlichen Beschwerden, den nachfolgenden psychosozialen Belastungsfaktoren und den womöglich krankheitswertigen Symptomen von Angst und Depression sowie der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit her (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Er berücksichtige hierbei nicht, dass Unfallereignis und psychosoziale Faktoren ja gar nicht als Anteile einer gravierenden psychiatrischen Erkrankung benannt werden könnten, allenfalls die Angst und Depression in Ablauf aufgetreten sei, sondern dass hier (neben den somatischen Faktoren) die normal-psychologischen und krankheitsfremden Faktoren motivationaler Art eine sehr gewichtige Rolle spielten, warum nach dem Unfall keine Arbeitstätigkeit mehr aufgenommen worden sei (AB 138.1/32). In Bezug auf die vom behandelnden Psychiater später vorgebrachten Erscheinungen und Stimmen (vgl. E. 3.3.2 hiervor) sei anzumerken, dass diese Phänomene niemals zuvor dokumentiert worden seien, obschon diese angeblich bereits nach dem Tod der Mutter im Jahr 2004 begonnen hätten. Es sei auch unklar, was aus psychiatrischer

Sicht die Erscheinung der Mutter mit angegebenen optischen und akustischen Phänomenen bedeuten solle. Da der psychische Befund ansonsten im formalen und inhaltlichen Denken unauffällig gewesen sei, könne eine gravierende Erkrankung aus dem Kapitel ICD-10 F2 nicht nachvollzogen werden. Es müsse ganz eindeutig aufgrund der aktuellen Anamneseerhebung, der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers und der Zusammenschau des langjährigen Dossiers davon ausgegangen werden, dass nun die Verschlechterung des Zustandsbildes mit derartigen "Erscheinungen", wie sie der behandelnde Psychiater bestätige, dem Wunsch entspringe, doch eine Rentenleistung der IV zu erhalten. Insofern sei keine Veränderung gegenüber den Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit der MEDAS nachvollziehbar (AB 138.1/36 f.).

Im Austrittsbericht des Spitals B._____ vom 23. Januar 2013 (vgl. E. 3.3.1 hiervor) werde schliesslich zwar eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, diagnostiziert, doch werde alsdann eindeutig nicht ein Patient mit einer schweren depressiven Episode und psychotischen Merkmalen beschrieben (AB 138.1/33 f.).

3.3.4 Mit Stellungnahme vom 24. Oktober 2015 (BB 2) nahm der behandelnde Psychiater zum Gutachten dahingehend Stellung, dass der Beschwerdeführer seine Erlebnisse/Wahrnehmungen eben gerade nicht gerne freiwillig darstelle. Dieser leide seit dem Tod seiner Mutter unter zunehmenden Halluzinationen visueller und auditiver Art. Inhaltlich mache sie ihm meistens Vorwürfe, wie er sich ihr gegenüber in der Jugendzeit verhalten habe (Wutanfälle und anderes Verhalten, das er als schlecht anerkenne und wofür er sich schuldig fühle). Da in seiner Herkunftskultur psychische und besonders psychotische Krankheiten noch immer als sehr schlimm angesehen würden, sei er bestrebt, dass niemand in seinem Umfeld davon Kenntnis bekomme. Psychopathologisch manifestiere sich das in psychotischen Symptomen, z.B. Halluzinationen, was während der langjährigen Therapie wiederholt festzustellen gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei die meiste Zeit alleine zu Hause, da er sich unter Leuten nicht wohl fühle wegen der psychotischen Erlebnisse. Über Jahre hätten das chronische Schmerzsyndrom, depressive Symptome und Panikattacken im Vorder-

grund gestanden und psychotische Erlebnisse seien lange aus Scham verschwiegen worden.

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.4.2 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).

3.4.3 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).

3.4.4 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein

medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5

3.5.1 Die aktuelle versicherungsexterne (psychiatrische) Begutachtung (AB 138.1; vgl. E. 3.3.3 hiervor) erweist sich als schlüssig. Das Gutachten erfüllt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers bzw. dessen behandelnden Psychiaters (BB 2) die von der Rechtsprechung an den Beweiswert von Gutachten gestellten Anforderungen sowohl formell wie auch materiell (vgl. E. 3.4.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweisraft zukommt (vgl. E. 3.4.3 hiervor). Der Gutachter hat die Anamnese wie auch die Befundlage einlässlich erhoben und detailliert festgehalten (AB 138.1/16 ff.). Der Beschwerdeführer hat nicht geltend gemacht, diese eigenständige und umfassende Erhebung von Biographie, Lebensumständen und Befindlichkeiten sei falsch bzw. er habe die Angaben nicht so gemacht; entsprechendes ist denn auch nicht ersichtlich. Diese Angaben können angesichts ihrer Vollständigkeit zudem keinesfalls als bloss aus den bisherigen Akten abgeschrieben betrachtet werden. Bereits daraus ergibt sich, dass die erhebli-

che Kritik seitens des Beschwerdeführers – bzw. in Fortschreibung dessen Vorbringen durch den behandelnden Psychiater – am Gutachter Dr. med. D. _____ haltlos ist. Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass die Begutachtung nicht lege artis erfolgt wäre. Insbesondere darf und muss sich ein Gutachter denn auch kritisch mit allen Facetten des Falles auseinandersetzen und gegebenenfalls auch von früheren Beurteilungen abweichende Ergebnisse präsentieren.

Der Gutachter hat – dies unter Einbezug der Vorgutachten (AB 25, 74) – in einlässlicher und überzeugender Weise dargelegt, dass ein Zusammenwirken verschiedenster Faktoren zur heute beschriebenen Symptomatik geführt hat, dies jedoch nicht vor dem Hintergrund einer eigentlichen psychischen Störung gesehen werden kann. Die diesbezüglich ausführliche Diskussion überzeugt und der Gutachter hat zu Recht auch darauf hingewiesen, dass letztlich der behandelnde Psychiater selbst das in den MEDAS-Gutachten (AB 25, 74) präsentierte Modell bzw. die darin gestellten Diagnosen noch in seinem Bericht vom 7. Oktober 2009 (AB 79) ebenfalls vertreten hat (AB 138.1/32). Insbesondere hat auch der behandelnde Psychiater auf erheblich mitwirkende psychosoziale Umstände hingewiesen. Er führte die Beschwerden schliesslich auf den Unfall zurück, obwohl die SUVA schon Jahre vorher eine Kausalität korrekterweise verneint hatte (vgl. AB 5/78 ff., 5/74 f. und 22/2 ff.; vgl. auch AB 138.1/23), und er war auch bereit, eine zweifelsfrei nicht bestehende PTSD anzuerkennen (AB 79). Bereits darin zeigt sich die vom behandelnden Psychiater unkritische Annahme aller vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden.

Überzeugend hat der Gutachter unter Berücksichtigung der Akten und seiner eigenen Erhebungen dargelegt, die geklagten Symptome könnten mit Blick auch auf die bisher attestierten Störungen keiner dieser Störungen (im Sinne einer Entwicklung) zugeordnet werden (vgl. E. 3.3.3 hiavor). Damit folgt der Gutachter in der diagnostischen Einordnung früheren gutachterlichen Einschätzungen nur beschränkt. Dies ist jedoch nicht Zeichen für eine Veränderung, sondern, wie vom Gutachter in der Auseinandersetzung mit den früheren Beurteilungen dargelegt, eine andere medizinische Beurteilung des soweit objektivierbar nach wie vor gleichen Befundbildes. Wenn der Gutachter festhält, es liege im Ergebnis trotz geltend gemachter

neuer Symptome und deshalb geltend gemachter Verschlechterung der gesundheitlichen Situation aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Veränderung der Situation vor, erweist sich das als nachvollziehbar und überzeugend.

3.5.2 Der Gutachter hat zu Recht auf Widersprüche in Bezug auf die vom behandelnden Psychiater nun in den Vordergrund gestellten und als psychotisch bezeichneten Symptome hingewiesen: So führte der behandelnde Psychiater aus, die entsprechenden Symptome seien bereits 2004 aufgetreten (AB 118/2 unten und BB 2/1 unten; gleich auch AB 137/3 f., wo der Beschwerdeführer offenbar angab, er habe die Erscheinung seit 2005 fast täglich). Dem widersprechend führte er im identischen Schreiben nur zwei Sätze später aus (AB 118/2 unten), die Erscheinungen seien seit ungefähr 2009 aufgetreten; eine entsprechende Erkrankung (schizoaffektive Störung; DD: Depression mit psychotischen Symptomen, Schizophrenie) erachtete er gemäss Schreiben vom 24. Oktober 2014 "seit ung 4 Jahren" erstellt (AB 118/2 Mitte). Jedenfalls wurden solche Symptome in den Berichten vor 2009 nie beschrieben. Signifikanterweise war es denn auch nicht der behandelnde Psychiater, welcher erstmals geltend gemachte Stimmen und Halluzinationen erwähnte, sondern die MEDAS-Gutachter im Jahr 2009 (AB 74/13; vgl. E. 3.2.2 zweiter Abschnitt hiervor). Obschon gemäss heutiger Darstellung angeblich seit langem bekannt, übernahm der behandelnde Arzt im Bericht vom 7. Oktober 2009 (AB 79/2 f.) im Wesentlichen bloss die Diagnosen der MEDAS-Begutachtung und unterliess eine vertiefte Betrachtung seinerseits. Erst im Rahmen der neuerlichen Anmeldung wurde nun grosses Gewicht auf die vom Beschwerdeführer behaupteten Symptome gelegt. Widersprüche ergeben sich auch insoweit, als nunmehr – entgegen allen früheren Angaben (AB 5/10 unten, 25/9, 74/14) – behauptet wird, es seien traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit insbesondere in Bezug auf die Mutter vorhanden. Auch noch im Bericht des Spitals B. _____ vom 23. Januar 2013 wird die Mutter als verständnisvolle Bezugsperson dargestellt, zu deren Beerdigung der Beschwerdeführer infolge zu kurzfristiger Benachrichtigung nicht habe gehen können, was ihm sein Umfeld nunmehr vorwerfe (AB 137/4; vgl. E. 3.3.1 hiervor). Ausführungen des behandelnden Psychiaters zufolge hat er an der Beerdigung der Mutter aus finanziellen Gründen und im Einverständnis der ganzen

Familie nicht teilnehmen können. Wenn der behandelnde Psychiater zudem heute – im Widerspruch zu den umfangreichen früheren Erhebungen – traumatisierende Kindheitserlebnisse annimmt (AB 118/2 f.; vgl. E. 3.3.2 hiervor), so kann ihm nicht gefolgt werden.

Soweit der behandelnde Arzt unter Verweis auf die seines Erachtens (neu) zu stellende Diagnose aus dem Bereich der Schizophrenie das Gutachten für nicht verwertbar hält (vgl. BB 2/1), kann ihm damit nicht gefolgt werden: Die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 sind diesbezüglich verständlich und eindeutig. Der Gutachter hat sich an diese gehalten. Die vom behandelnden Arzt gestellte Diagnose der gemischten schizoaffektiven Störung (ICD-10: F25.2; vgl. AB 118/2) würde gemäss diagnostischen Leitlinien voraussetzen, dass während der gleichen Krankheitsperiode Elemente einer schizophrenen und einer gemischten bipolaren affektiven Störung vorliegen. Entsprechende Symptome sind hier jedoch keineswegs ausgewiesen, worauf der Gutachter zu Recht hingewiesen hat. Wenn der behandelnde Arzt von einem langjährigen und weitgehend immer gleichen psychotischen Krankheitsverlauf ausgeht, fehlt damit eine hinreichende Einordnung. In diesem Sinne ist der Vorbehalt des Gutachters mit dem Hinweis auf Anzeichen für eine Aggravation – wie vorstehend dargelegt – durchaus berechtigt.

Die (nachgeschoben wirkende) sinngemässe Darlegung, der Beschwerdeführer sei gehemmt, über seine "Halluzinationen" zu sprechen, weswegen diese im Rahmen der Begutachtung nur ungenügend zum Ausdruck gekommen seien (vgl. BB 2/2 Mitte), überzeugt nicht. Derartige Stimmen wurden erstmals im MEDAS-Gutachten 2009 erwähnt (AB 74/13; vgl. E. 3.2.2 zweiter Abschnitt hiervor), dies ohne Hinweis darauf, dem Beschwerdeführer sei es schwer gefallen, darüber zu sprechen. Gleiches gilt in Bezug auf die Berichte des Spitals B._____ vom 10. und 23. Januar 2013 (AB 106/2 f., 137; vgl. E. 3.3.1 hiervor). Ganz allgemein liegen über die Jahre verschiedenste Arztberichte vor, die belegen, dass der Beschwerdeführer sich im Behandlungssetting durchaus auf die Ärzte einlassen und insbesondere auch ohne grössere Hemmungen über Themen sprechen konnte, die gemeinhin mit Hemmungen verbunden sein können. Es wäre nicht einsichtig, weshalb der Beschwerdeführer sich etwa über sexuelle

Probleme durchaus äusserte, indessen in den früheren (auch stationären) Abklärungen nie bzw. kaum die angeblichen (prominenten und als wichtigste Zeichen der entsprechenden Störung erscheinenden) Halluzinationen erwähnte. Dass diese Hemmung gar auch im langjährigen engen Behandlungssetting bei med. pract. C._____ bestanden haben soll, erscheint schlichtweg unglaublich. Tatsächlich hatte dieser Arzt vor 2009 die Halluzinationen nie thematisiert und erst rückwirkend eine entsprechende Erkrankung als erstellt betrachtet (AB 118/2 Mitte; vgl. schon E. 3.5.3 hier vor). Wenn derartig prominente Faktoren einer Störung vorgelegen hätten, wären diese beim behandelnden Psychiater zweifellos thematisiert worden bzw. hätte der Facharzt zufolge seines Fachwissens und seiner Erfahrung in einer lege artis erfolgenden langjährigen Behandlung entsprechende Anzeichen selbst aufgespürt und diese danach auch vertieft abgeklärt. Gerade dies ist bei den hier nun geltend gemachten Halluzinationen seit 2004 (der behandelnde Psychiater hat im mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 24. Oktober 2015 [BB 2] nochmals ausdrücklich festgehalten, der Beschwerdeführer leide [bereits!] seit dem Tod der Mutter [im Jahr 2004] an Halluzinationen) zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Die Ausführungen des behandelnden Psychiaters hinsichtlich der leitenden Funktion der Kultur des Beschwerdeführers überzeugen als Erklärung für das angebliche Verschweigen nicht. Vielmehr bestätigen diese Ausführungen die Feststellung des Gutachters, dass vorab psychosoziale Umstände (Verlust von Einkommen und Sozialstatus) zur derzeitigen Situation geführt haben (vgl. E. 3.3.3 hier vor). Die Ausführungen des behandelnden Psychiaters erscheinen als wenig kritische Wiedergabe dessen, was der Beschwerdeführer schilderte. Eine Plausibilisierung hat der behandelnde Arzt nie vorgenommen. Dies mag vor dem Hintergrund eines Therapiesettings medizinisch zulässig und allenfalls auch sinnvoll sein, genügt jedoch nicht, um die gutachterlichen Feststellungen in Frage zu stellen (vgl. E. 3.4.4 hier vor).

Entgegen der Darstellung des med. pract. C._____ (BB 2/2 f.) hat der Gutachter die Besuche des Nachbarn und des Sohnes durchaus thematisiert. Dass er diesen nicht die gleiche Bedeutung gibt, begründet keine Zweifel am Gutachten (vgl. E. 3.4.4 hier vor). Der behandelnde Arzt führte aus, der Beschwerdeführer erwidere diese Besuche nicht, woraus er auf eine soziale Isolation schloss. Ob der Beschwerdeführer die Besuche

tatsächlich nicht erwidert, erscheint angesichts der Ausführungen gegenüber dem Gutachter zumindest fraglich. Wie es sich damit verhält, ist jedoch nicht entscheidend. Entscheidend ist vielmehr, dass trotz angeblicher Probleme der Kontakt zu den Bezugspersonen nie abgebrochen ist und diese offensichtlich auch nach Jahren noch bereit sind, mit dem Beschwerdeführer den sozialen Kontakt zu pflegen und der Beschwerdeführer diese Kontakte offensichtlich auch nicht ablehnt, sondern vielmehr zulässt. Eine eigentliche Isolation besteht damit nicht. Dass der Beschwerdeführer sich in der aktuellen psychosozialen Situation schämt und deshalb eher zurückgezogen lebt, mag zutreffen, ist jedoch weder Ausfluss noch Grundlage einer psychiatrischen Erkrankung. Mit dem Gutachter (vgl. E. 3.3.3 hiavor) ist zufolge der inzwischen langjährigen Abstinenz vom Arbeitsmarkt von einer Dekonditionierung auszugehen, die jedoch zweifellos überwindbar war und ist. Sie kann nicht der IV angelastet werden.

5.5.3 Es bleibt damit dabei, dass auf das psychiatrische Gutachten abzustellen ist. Im Ergebnis ist von unveränderten Verhältnissen in medizinischer Hinsicht auszugehen. Die diagnostisch etwas andere Beurteilung des Gutachters hat keine Bedeutung. Auch aus erwerblicher Sicht hat sich gemäss Aktenlage nichts geändert. Entsprechendes wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Eine umfassende Prüfung kann damit unterbleiben. Selbst wenn jedoch von einem Revisionsgrund (infolge veränderter Verhältnisse) als Neuanmeldungsgrund ausgegangen würde und eine allseitig freie Prüfung erfolgen würde (vgl. E. 2.5 hiavor), würde sich am Ergebnis nichts ändern. Eine massgebliche invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liegt gemäss überzeugendem Gutachten nicht vor, wobei auch unter Berücksichtigung der somatischen Einschränkungen (vgl. AB 74/25 Ziff. 11) - bezüglich derer weder eine Veränderung geltend gemacht wurde noch Anzeichen hierfür vorlägen - offensichtlich kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde (vgl. E. 2.2 hiavor).

5.6 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung die Verweigerung der Rente so lange aufrechtzuerhalten ist, als vom Versicherten eine Anstrengung erwartet werden kann, d.h. eine Rente erst dann

gesprochen werden darf, wenn der Versicherte durch seinen Gesundheitszustand daran gehindert wird, die Arbeitsfähigkeit zu verwerten, wozu es aufgrund objektiver medizinischer Symptome der Diagnose eines neuen Krankheitsbildes bedarf, mithin bei im Wesentlichen unverändert gebliebenen Verhältnissen eine Invalidisierung im Sinne einer Chronifizierung oder Fixierung eines diagnostisch unklaren neurotisch gefärbten Beschwerdebildes nicht allein durch blossen Zeitablauf erreicht werden kann (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 Rz. 20 S. 22).

5.7 Es ist erstellt, dass weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes (bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit) noch der erwerblichen Situation eingetreten ist. Der Beschwerdeführer hat folglich (auch weiterhin) keinen Anspruch auf Leistungen der IV.

Die angefochtene Verfügung vom 25. September 2015 (AB 142) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

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

6.2 Vorliegend besteht kein 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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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